BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP DASAR TEORI

2.1.1 KONSEP DASAR KEHAMILAN

1) Pengertian Kehamilan

Kehamilan merupakan suatu mata rantai yang berkesinambungan dan di mulai dari ovulasi pelepasan ovum,terjadi migrasi spermatozoa dan ovum, proses konsepsi,nidasi pada endometrium, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi hingga kira-kira 280 hari atau 40 minggu dan tidak lebih dari 300 hari atau 43 minggu.(Yeyeh et al., 2009)

Kehamilan adalah masa dimulai dari konsepsi sampailahirnya janin yang berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan 7 hari) .(Yeyeh et al., 2009) .

Menurut Federasi Obstetri Ginekoloigi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari fase fertilitas hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalendervinternasional. Kehamilan berlangsung dalamvtiga trimester, trimester satu berlangsung dalam 13 minggu, trimester kedua 14 minggu(minggu ke-14 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke 40).(Evayanti, 2015)

2) Proses Kehamilan

A. Konsepsi

Konsepsi adalah pertemuan antara ovum matang dan sperma sehat yang memungkinkan terjadinya kehamilan . Peristiwa ini merupakan rangkaian kejadian yang meliputi pembentukan gamet (telur dan sperma), ovulasi (pelepasan telur), penggabungan gamet dan implantasi embrio didalam uterus (Romauli, 2011).

Konsepsi disebut juga dengan fertilisasi atau pembuahan.Pengertian konsepsi adalah peristiwa bertemunya sel telur (ovum) dan sperma.Peristiwa konsepsi terjadi di ampula tuba.Pada hari ke 11-14 terjadi ovulasi dari siklus menstruasi normal. Ovulasi adalah peristiwa matangnya sel telur sehingga siap untuk dibuahi.Pada saat coitus, 3-5 cc semen yang ditumpahkan ke dalam forniks posterior, dengan jumlah spermatozoon sekitar 200-500 juta. Gerakan sperma dari serviks terus melintasi uterus menuju tuba falopi. Jika tidak terjadi pembuahan, sel telurakan mengalami kemunduran (degenerasi) dan dibuang melalui vagina bersamaan dengan darah menstruasi. Jika terjadi pembuahan, maka sel telur yang telah dibuahi oleh spermaakan mengalami serangkaian pembelahan dan tumbuh menjadi bakal janin (embrio). Gerakan sperma di dalam rongga uterus dan tuba disebabkan oleh kontraksi otot-otot pada organ tersebut.

Spermatozoa yang dapat melintasi zona pellusida dan masuk ke dalam vitellus pada saat fertilisasi hanya satu. Pada keadaan normal, sel tubuh mempunyai 46 buah kromosom, masing-masing ovum dan spermamemiliki 23 kromosom terdiri dari 22 kromosom tubuh

(autosom) dan 1 kromosom seks. Kedua inti akan menyatu pada saat fertilisasi, sehingga ovum memiliki 46 kromosom, bersatunya sel sperma dan sel telur membentuk *zigote.*Zigot akan mengalami pembelahan sekitar 30 jam pasca konsepsi. Proses pembelahan menjadi 2 sel disebut *blastomer*. Blastomer akan berjalan menuju uterus dan terus melakukan pembelahan menjadi 4 sel, kemudian membelah lagi menjadi 8 sel dan akhirnya zigot menjadi 12-16 blastomer yang menyerupai buah murbai yang disebut *morula.* Perjalanan zigot hingga memasuki kavum uteri memerlukan waktu sekitar 3 hari.(Sulistyawati, 2009)

B. Fertilisasi

Fertilisasi merupakan kelanjutan dari proses konsepsi, yaitu sperma bertemu dengan ovum , terjadi penyatuan sperma dan ovum di ampula tuba, sampai jadinya perubahan fisik dan kimiawi ovum-sperma hingga menjadi buah kehamilan (Sulistyawati, 2009)

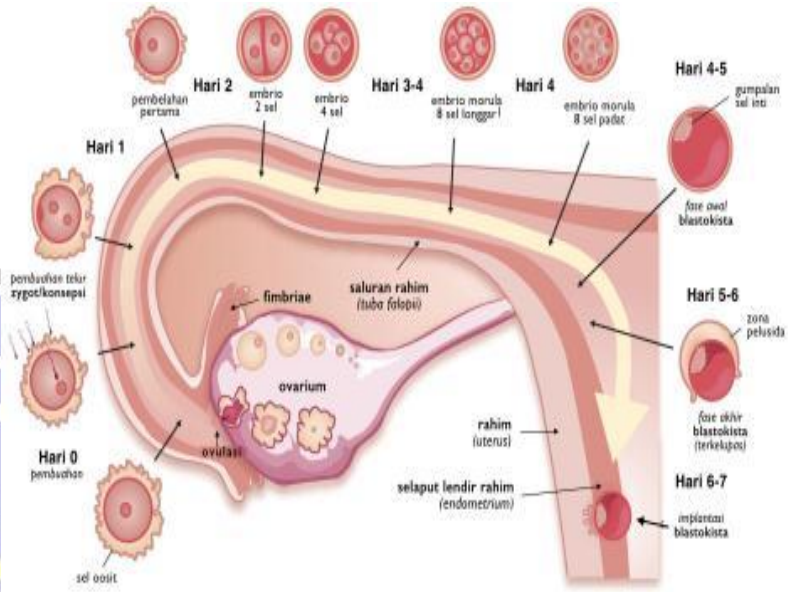
C. Pembelahan

Zigot mulai menjalani pembelahan awal mitosis sampai beberapa kali.Sel-sel yang dihasilkan dari setiap pembelahan berukuran lebih kecil dari ukuran induknya yang disebut blastomer dan mengalami pembelahan hingga menjadi trofoblas (Yeyeh et al., 2009).

D. Implantasi/Nidasi

Masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi kedalamendometrium.Pada hari ke-4 blastula masuk ke dalam endometrium dan pada hari ke-6 menempel pada endometrium. Pada

hari ke-10 seluruh blastula sudah terbenam dalam endometrium dan dengan demikian nidasi sudah selasai (Kusmiyati, 2009)



Gambar nidasi atau implantasi

E. Plasentasi

Plasenta adalah organ vital untuk promosi dan perawatan kehamilan dan perkembangan janin normal. Hal ini diuraikan oleh jaringan janin dan ibu untuk dijadikan instrumen transfer nutrisi penting (Afodun et al , 2015). Plasentasi adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta. Setelah nidasi embrio ke dalam endometrium, plasentasi dimulai. Pada manusia plasentasi berlangsung sampai 12-18 minggu setelah fertilisasi .Pertumbuhan plasenta makin lama makin besar dan luas, umumnya mencapai pembentukan lengkap pada usia kehamilan sekitar 16 minggu. Plasenta dewasa/lengkap yang normal memiliki karakteristik berikut:

a. Bentuk budar /oval

b. Diameter 15-25 cm, tebal 3-5 cm

c. Berat rata-rata 500-600 gr.

d. Insersi tali pusat (tempat berhubungan dengan plasenta) dapat di tengah/sentralis, disamping/lateralis, atau tepi ujung tepi/marginalis.

e. Di sisi ibu, tampak daerah-daerah yang agak menonjol (katiledon) yang diliputi selaput tipis desidua basialis.

f. Di sisi janin, tampak sejumlah arteri dan vena besar (pembuluh korion) menuju tali pusat. Korion diliputi oleh amnion.

g. Sirkulasi darah ibu di plasenta sekitar 300 cc/menit (20 minggu) meningkat sampai 600-700 cc/ menit (aterm).(Ludmila, 2019).

b. F.Pertumbuhan dan perkembangan hasil konsepsi.

Pertumbuhan dan perkembangan embrio dari trimester 1 sampai dengan trimester 3 adalah sebagai berikut:

a) Trimester 1

(1) Minggu ke-1

Disebut masa germinal. Karekteristik utama masa germinal adalah sperma membuahi ovum yang kemudian terjadi pembelahan sel .

(2) Minggu ke-2

Terjadi diferensiasi massa seluler embrio menjadi dua lapis (stadium bilaminer). Yaitu lempeng epiblast (akan menjadi ectoderm) dan hipoblast (akan menjadi endoderm). Akhir stadium ini ditandai alur primitive (primitive streak).

(3) Minggu ke-3

Terjadi pembentukan tiga lapis/lempeng yaitu ectoderm dan endoderm dengan penyusupan lapisan mesoderm diantaranya diawali dari daerah primitive streak .

(4) Minggu ke-4

Pada akhir minggu ke-3/awal minggu ke-4, mulai terbentuk ruas-ruas badan (somit) sebagai karakteristik pertumbuhan periode ini.Terbentuknya jantung, sirkulasi darah, dan saluran pencernaan.

(5) Minggu ke-8

Pertumbuhan dan diferensiasi somit terjadi begitu cepat, sampai dengan akhir minggu ke-8 terbentuk 30-35 somit, disertai dengan perkembangan berbagai karakteristik fisik lainnya seperti jantungnya mulai memompa darah. Anggota badan terbentuk dengan baik .

(6) Minggu ke -12

Beberapa system organ melanjutkan pembentukan awalnya sampai dengan akhir minggu ke-12 (trimester pertama).Embrio

menjadi janin.Gerakan pertama dimulai selama minggu ke 12.Jenis kelamin dapat diketahui. Ginjal memproduksi urine .

b) Trimester II

(1) Sistem Sirkulasi

Janin mulai menunjukkan adanya aktivitas denyut jantung dan aliran darah. Dengan alat fetal ekokardiografi, denyut jantung dapat ditemukan sejak minggu ke-12.

(2) Sistem Respirasi

Janin mulai menunjukkan gerak pernafasan sejak usia sekitar 18 minggu. Perkembangan struktur alveoli paru sendiri baru sempurna pada usia 24-26 minggu. Surfaktan mulai diproduksi sejak minggu ke-20, tetapi jumlah dan konsistensinya sangat minimal dan baru adekuat untuk pertahanan hidup ekstrauterin pada akhir trimester III.

(3) Sistem gastrointestinal

Janin mulai menunjukkan aktivitas gerakan menelan sejak usia gestasi 14 minggu. Gerakan mengisap aktif tampak pada 26-28 minggu. Secara normal janin minum air ketuban 450 cc setiap hari. Mekonium merupakan isi yang utama pada saluran pencernaan janin, tampak mulai usia 16 minggu.

Mekonium berasal dari :

i. Sel-sel mukosa dinding saluran cerna yang mengalami deskuamasi dan rontok.

ii. Cairan/enzim yang disekresi sepanjang saluran cerna, mulai dari saliva sampai enzim enzim pencernaan.

iii. Cairan amnion yang diminum oleh janin, yang terkadang mengandung lanugo (rambut-rambut halus dari kulit janin yang rontok). Dan sel-sel dari kulit janin/membrane amnion yang rontok.

iv. Penghancuran bilirubin.

(4) Sistem Saraf dan Neuromuskular

Sistem ini merupakan sistem yang paling awal mulai menunjukkan aktivitasnya, yaitu sejak 8-12 minggu, berupa kontraksi otot yang timbul jika terjadi stimulasi lokal. Sejak usia 9 minggu, janin mampu mengadakan fleksi alat-alat gerak, dengan refleks-refleks dasar yang sangat sederhana.

(5) Sistem Saraf Sensorik Khusus/Indra Mata

yang terdiri atas lengkung bakal lensa (lens placode) dan bakal bola mata/mangkuk optic (optic cup) pada awalnya menghadap ke lateral, kemudian berubah letaknya ke permukaan ventral wajah.

(6) Sistem Urinarius Glomerulus

ginjal mulai terbentuk sejak umur8 minggu. Ginjal mulai berfungsi sejak awal trimester kedua dan dalam vesika urinaria dapat ditemukan urine janin yang keluar melalui uretra dan bercampur dengan cairan amnion.

(7) Sistem Endokrin Kortikotropin dan Tirotropin

mulai diproduksi di hipofisis janin sejak usia 10 minggu mulai berfungsi untuk merangsang perkembangan kelenjar suprarenal dan kelenjar tiroid. Setelah kelenjar-kelenjar tersebut berkembang, produksi dan sekresi hormon-hormonnya juga mulai berkembang.

(8) Trimester III

(a) Minggu ke-28

Pada akhir minggu ke-28, panjang ubun-ubun bokong adalah sekitar 25 cm dan berat janin sekitar 1.100 g . Masuk trimester ke-3, dimana terdapat perkembangan otak yang cepat, sistem saraf mengendalikan gerakan dan fungsi tubuh, mata mulai membuka . Surfaktan mulai dihasilkan di paru-paru pada usia 26 minggu, rambut kepala makin panjang, kuku-kuku jari mulai terlihat

(b) Minggu ke-32

Simpanan lemak coklat berkembang di bawah kulit untuk persiapan pemisahan bayi setelah lahir. Bayi sudah tumbuh 38-43 cm dan panjang ubun-ubun bokong sekitar 28 cm dan berat sekitar 1.800 gr Mulai menyimpan zat besi, kalsium, dan fosfor. (Dewi dkk, 2010:80). Bila bayi dilahirkan ada kemungkinan hidup 50-70 % .

(c) Minggu ke-36

Berat janin sekitar 1.500-2.500 gram. Lanugo mulai berkurang, saat 35 minggu paru telah matur, janin akan dapat hidup tanpa kesulitan . Seluruh uterus terisi oleh bayi sehingga ia tidak bisa bergerak atau berputar banyak. Kulit menjadi halus tanpa kerutan, tubuh menjadi lebih bulat lengan dan tungkai tampak montok. Pada janin laki-laki biasanya testis sudah turun ke skrotum .

(d) Minggu ke-38

Usia 38 minggu kehamilan disebut aterm, dimana bayi akan meliputi seluruh uterus. Air ketuban mulai berkurang, tetapi masih dalam batas normal .(Ludmila, 2019)

Gambar :

Tahap-Tahap Pertumbuhan janin Pada Masa Kehamilan

(Ludmila, 2019)

3). Tanda dan Gejala Kehamilan

Menurut (Sofian, 2011)dalam bukunya Sinopsis Obstetri 2012 halaman 35-37, membagi tanda dan gejala kehamilan menjadi 3, yaitu:

A. Tanda – tanda presumtif

1. Amenorea
2. Mual dan muntah
3. Mengidam
4. Pingsan
5. Anoreksia (tidak ada selera makan)
6. Lelah
7. Payudara membesar,tegang dan sedikit nyeri
8. Miksi sering
9. Konstipasi / obstipasi
10. Pigmentasi kulit
11. Epulis
12. Pemekaran vena-vena (varises).

B. Tanda-tanda kemungkinan hamil

1. Perut membesar
2. Uterus membesar
3. Tanda Hegar (servik dan isthmus uteri lunak)
4. Tanda Chadwick (vagina dan labia kebiruan)
5. Tanda Piskasek (pembesaran dan pelunakan rahim)
6. Kontraksi-kontraksi kecil uterus jika dirangsang (Braxton Hicks).
7. Teraba *Ballotement.*
8. Reaksi kehamilan positif.

C. Tanda pasti (tanda positif)

Menurut (Nurvembrianti, 2017), tanda pasti kehamilan diantaranya:

1. Palpasi

   Yang harus ditentukan adalah outline janin. Biasanya menjadi jelas setelah minggu ke 22. Gerakan janin dapat dirasakan dengan jelas setelah minggu ke 24

2. Terdengar denyut jantung janin. DJJ dapat didengar dengan funanduskop pada minggu 17-18. Pada orang gemuk akan lebih lambat lagi, dengan Doppler DJJ dapat didengarkan lebih awal,sekitar minggu ke 12

3. Pemeriksaan ultrasonografi (USG), terlihat adanya kantong kehamilan, ada gambaran embrio..

3.Perubahan Fisiologis dan Ketidaknyamanan Ibu Hamil

A. Sistem Reproduksi

1. Uterus

   Ithmus lebih nyata menjadi bagian korpus uteri dan berkembang menjadi segmen bawah rahim (SBR).Pada kehamilan tua karena kontraksi otot-otot bagian atas uterus, SBR menjadi lebih lebar dan tipis, tampak batas yang nyata antara segmen atas rahim (SAR) yang lebih tebal dan SBR yang lebih tipis.Batas itu dikenal sebagai lingkaran retraksi fisiologis dinding uterus.Pada akhir kehamilan (Trimester 3) uterus akan membesar dan kepala semakin turun, Hal tersebut menyebabkan ketidaknyamanan yaitu peningkatan frekuensi berkemih (Romauli, 2011)

2. Serviks uteri

Serviks bertambah vaskularisasinya dan menjadi lunak (Soft) yang disebut dengan tanda Goodell.Kelenjar endoservikal membesar dan mengeluarkan banyak cairan mucus. Oleh karena pertambahan dan pelebaran pembuluh darah, warna menjadi livid yang disebut dengan tanda Chadwick.(Ludmila, 2019)

3. Vagina dan vulva

Perubahan yang terjadi pada vagina dan vulva pada awal kehamialan karena pengaruh estrogen.Akibat hipervaskularisasi, vagina dan vulva terlihat lebih merah atau kebiruan. Sel – sel yang tinggal membentuk cairan vagina yang kental dan berwarna keputihan, selama hamil pH sekresi vagina menjadi lebih asam dari 4 menjadi 6,5. (Romauli, 2011)

4. Ovarium

Pada permulaan kehamilan masih terdapat korpus luteum graviditum, korpus luteum graviditatis berdiameter kira-kira 3 cm, kemudian mengecil setelah plasenta terbentuk (Ina Kuswanti, 2014 : 79). Korpus luteum selama kehamilan dipertahankan sampai umurnya 16 minggu, setelah itu fungsi ovarium makin menurun dan fungsi plasenta meningkat (Manuaba et al., 2007)

5. Payudara

Selama kehamilan, payudara bertambah besar,tegang dan berat. Dapat teraba nodul-nodul akibat hipertrofi kelenjar alveoli, bayangan vena-vena lebih membiru. Hiperpigmentasi pada puting susu dan

areola payudara. Apabila diperas aan keluar air susu (kolostrum) berwarna kuning ((Depkes RI, 2018)

B. Sistem Perkemihan

Pada awal kehamilan hingga usia kehamilan 12 minggu karena ureter membesar, tonus otot – otot saluran kemih menurun akibat pengaruh estrogen dan progesteron. Kencing lebih sering karena dinding saluran kemih tertekan oleh pembesaran uterus (Asrinah, 2010)

C. Sistem Pencernaan

Progesteron menyebabkan otot polos berelaksasi yang mengakibatkan menurunnya motilitas pada usus dan menyebabkan wanita mengalami konstipasi dalam kehamilan.Motilitas yang tertunda seiring dengan meningkatnya penyerapan air yang mengakibatkanfeses keras.Perubahan dalam diet dan olahraga, kurangnya cairan secara adekuat, dan penggunaan suplemen zat besi juga berperan terhadap munculnya masalah ini.Peningkatan ukuran uterus pada ibu hamil menurunkan aktivitas mengejan sambil membungkuk, karena menurunkan dorongan untuk mengeluarkan feses.(Walsh, 2007)

D. Sistem Endokrin

Perubahan-perubahan hormonal selama kehamilan trimester III diantaranya sebagai berikut :

1. Estrogen

   Produksi estrogen plasenta terus naik selama kehamilan dan pada akhir kehamilan kadarnya kira-kira 100 kali sebelum hamil.

2. Progesteron

   Produksi progesteron bahkan lebih banyak daripada estrogen.Progesteron menyebabkan tonus otot polos menurun dan juga diuresis.Progesteron menyebabkan lemak disimpan dalam jaringan subkutan di abdomen, punggung dan paha atas.

3. *Human Placental Lactogen* (HPL)

   Hormon ini diproduksinya terus naik dan pada saat aterm mencapai 2 gram/hari.Efeknya mirip dengan hormon pertumbuhan.Iajuga bersifat diabetogenik, sehingga kebutuhan insulin wanita hamil naik.

4. Prolaktin

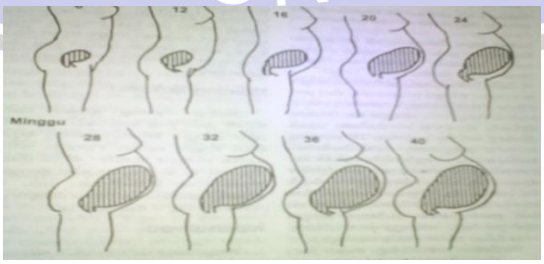
   Produksinya terus meningkat, sebagai akibat kenaikan sekresi estrogen

E. Sistem Musculoskeletal

Akibat peningkatan hormone estrogen dan progesterone, terjadi relaksasi dari jaringan ikat, kartilago dan ligament dalam tubuh yang menyebabkan peningkatan mobilitas dari sambungan atau otot terutama otot pada pelvic (Kuswanti, 2014)Berikut gambar perubahan system musculoskeletal :

Gambar

Perubahan Muskuloskeletal



F. Sistem Kardiovaskuler

Perubahan pada fungsi jantung mulai tampak selama 8 minggu pertama kehamilan.Perubahan pada postur mempengaruhi tekanan darah arteri.Tekanan arteri biasanya menurun hingga pada 24 sampai 26 minggu dan kemudian meningkat.Tekanan diastol menurun lebih daripada tekanan sistol.Pada sekitar 10 persen wanita, penekanan pembuluh – pembuluh besar saat berbaring terlentang oleh uterus menyebabkan hipotensi arteri signifikan, yang kadang disebut *supine hypotensi syndrome* (Cunningham dkk, 2013:124).

G. Sistem Integument

Jaringan elastis kulit mudah pecah, menyebabkan striae gravidarum livid atau alba, areola mamae, papila mamae, linea nigra, cloasma akibat perubahan keseimbangan hormon. Setelah persalinan hiperpigmentasi ini akan hilang (Romauli, 2011)

H. Metabolisme

Dengan adanya kehamilan, metabolisme mengalami perubahan yang mendasar, dimana perubahan nutrisi makin tinggi untuk pertumbuhan janin dan persiapan memberikan ASI (Kuswanti, 2014)

I. Sistem Pernapasan

Keluhan sering sesak nafas dan nafas pendek disebabkan oleh usus yang tertekan ke arah diafragma akibat pembesaran rahim.Kapasitas vital paru meningkat sedikitselama hamil (Kuswanti, 2014)

J. **Sistem Persarafan**

Perubahan pada sistem saraf pusat adalah penurunan daya ingat terkait kehamilan, yang terbatas pada trimester ketiga.Adanya masalah

dengan pemusatan pikiran, perhatian, dan daya ingat sepanjang kehamilan dan nifas dini. Dimulai sejak sekitar 12 minggu dan berlanjut sepanjang 2 bulan pertama pascasalin, wanita mengalami kesulitan jatah tidur, pengurangan jam tidur malam, dan penurunan efisiensi tidur serta sering terbangun (Williams, 2013: 136).

4.Ketidaknyamanan dan Cara Mengatasi

Dalam proses kehamilan memerlukan adanya proses adaptasi, tidak jarang dalam proses tersebut ibu akan mengalami ketidaknyamanan, berikut beberapa ketidaknyamanan dan cara mengatasinya menurut Bayu Irianti dkk, 2014: 63-144) :

1. Sering buang air kecil (TM I dan III)

   Cara mengatasi :

   a) Kosongkan saat ada dorongan untuk kencing
   b) Perbanyak minum pada siang hari
   c) Jangan kurangi minum
   d) Batasi minum kopi, the dan soda
   e) Jelaskan tentang bahaya ISK dengan menjaga posisi tidur, yaitu dengan berbaring miring kiri dan kaki ditinggikan untuk mencegah diuresis

2. Striae Gravidarum (tampak jelas pada bulan 6-7)

   Cara mengatasi :

   a) Gunakan antipruritic jika ada indikasinya
   b) Gunakan baju longgar yang dapat menopang payudara dan abdomen
   c) Hemoroid (timbul pada TM II dan III)

   Cara mengatasi :

a) Hindari konstipasi

b) Makan makanan yang berserat dan banyak minum

c) Gunakan kompres es atau air hangat

d) Dengan perlahan masukkan kembali anus setiap selesai BAB

3. Kelelahan/fatique (TM I)

   Cara mengatasi :

   a) Pastikan hal ini normal pada awal kehamilan

   b) Istirahat cukup

   c) Hindari istirahat yang berlebihan

4. Keputihan (TM I, II dan III)

   Cara mengatasi :

   a) Tingkatkan kebersihan

   b) Pakaian dalam yang mudah menyerap

   c) Ganti celana dalam ketika basah

   d) Tingkatkan daya tahan tubuh dengan makan buah dan sayur

5. Keringat bertambah secara perlahan terus meningkat sampai akhir kehamilan

   Cara mengatasi :

   a) Pakailah pakaian yang tipis dan longgar

   b) Tingkatkan asupan cairan

   c) Mandi secara teratur

6. Sembelit (TM II dan III)

   Cara mengatasi :

   a) Tingkatkan asupan cairan

   b) Konsumsi buah

c) Minum cairan dingin atau hangat ketika perut kosong

d) Istirahat cukup

e) Senam hamil

f) Membiasakan BAB secara teratur

g) BAB segera setelah ada dorongan

7. Kram pada kaki (setelah usia kehamilan 24 minggu)

Cara mengatasi :

a) Gunakan penghangat untuk otot

b) Latihan dorsofleksi pada kaki dan meregangkan otot yang kram

8. Ngidam (pica)

Cara mengatasi :

a) Tidak perlu dikhawatirkan selama diet memenuhi kebutuhan

9. Nafas sesak (TM II dan III)

Cara mengatasi :

a) Merentangkan tangan di atas kepala serta menarik napas panjang

b) Bernafas perlahan lahan

10. Nyeri ligamentum rotundum (TM II dan III)

Cara mengatasi :

a) Tekuk lutut ke arah abdomen

b) Mandi air hangat

c) Gunakan bantal untuk menopang uterus dan bantal lainnya diletakkan diantara lutut sewaktu dalam posisi berbaring miring

11. Perut Kembung (TM II dan III)

Cara mengatasi :

a) Hindari makan makanan yang mengandung gas

b) Mengunyah makanan secara sempurna

c) BAB teratur

12. Pusing/Sinkop (TM II dan III)

Cara mengatasi :

a) Bangun secara perlahan dari posisi tidur

b) Hindari posisi berdiri terlalu lama

c) Hindari posisi terlentang terlalu lama

13. Mual dan muntah (TM I)

Cara mengatasi :

a) Hindari faktor penyebabnya

b) Makan sedikit tapi sering

c) Duduk tegak setiap kali selesai makan

d) Bangun tidur secara perlahan

e) Hindari menggosok gigi setelah makan

f) Istirahat sesuai kebutuhan

14. Sakit punggug atas dan bawah (pinggang) (TM II dan III)

Seiring dengan bertambahnya usia kehamilan, tubuh akan mengadakan penyesuaian fisik dan pertambahan ukuran janin. Keluhan yang sering muncul adalah rasa nyeri di punggung dan kram kaki (Sulistyawati, 2009).

Cara mengatasi :

a) Gunakan possi tubuh yang baik

b) Gunakan bra yag menopang payudara dengan ukuran yang tepat

c) Gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung

15. Varises pada kaki (TM II dan III)

Cara mengatasi :

a) Posisi tidur kaki lebih tinggi dari kepala
b) Usahakan kaki tidak bersilangan
c) Hindari berdiri dan duduk terlalu lama
d) Senam untuk melancarkan peredaran darah
e) Hindari pakaian ketat

6.Adaptasi Psikologis pada Ibu Hamil

Menurut Elizabeth (2013 : 76-77), beberapa perubahan psikologi pada wanita hamil yang sering terjadi selama masa kehamilan :

I. Perubahan pada Trimester Pertama (Periode Penyesuaian)

a. Ibu merasa tidak sehat dan kadang merasa benci dengan kehamilannya. Kadang muncul penolakan, kekecewaan, kecemasan, dan kesedihan.
b. Ibu akan selalu mencari tanda-tanda apakah ia benar-benar hamil.
c. Oleh karena perutnya masih kecil, kehamilan merupakan rahasia seorang ibu yang mungkin akan diberitahukannya kepada orang lain atau malah mungkin dirahasiakannya.
d. Hasrat untuk melakukan hubungan seksual berbeda-beda pada setiap wanita, tetapi kebanyakan akan mengalami penurunan.

II. Perubahan pada Trimester Kedua (Periode Kesehatan yang Baik)

a. Ibu merasa sehat, tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi. Ibu sudah bisa menerima kehamilannya.
b. Menuntut perhatian dan cinta.
c. Hubungan sosial meningkat dengan wanita hamil lainnya atau pada orang lain yang baru menjadi ibu.
d. Ketertarikan dan aktivitasnya terfokus pada kehamilan, kelahiran dan persiapan untuk peran baru.

III. Perubahan pada Trimester Ketiga (Periode Penantian dengan penuh kewaspadaan)

a. Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh dan tidak menarik.
b. Merasa tidak menyenangkan ketika bayi lahir tidak tepat waktu.
c. Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatan dirinya dan bayi.
d. Merasa kehilangan perhatian dan perasaan mudah terluka (sensitif).

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO

7.Kebutuhan Fisiologis pada Ibu Hamil

Kebutuhan dasar ibu hamil menurut Menurut Ina Kuswanti, (2014: 117-134) yaitu :

A. Personal Hygiene

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genetalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan.

B. Pakaian

Hal – hal yang perlu diperhatikan untuk pakaian ibu hamil :

1. Pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat di daerah perut
2. Bahan pakaian diusahakan yang mudah menyerap keingat
3. Pakailah bra yang menyokong payudara
4. Memakai sepatu dengan hak yang rendah
5. Pakaian dalam harus selalu bersih

C. Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering buang air kemih.Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengkonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih, terutama ketika lambung dalam keadaan kosong.

D. Nutrisi

1. Kalori : kebutuhan ibu hamil 2500 kalori per hari
2. Protein : konsumsi protein ibu hamil adalah 85 gram per hari
3. Kalsium : kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 kg per hari

4. Zat besi :Diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg per hari terutama setelah trimester kedua. Zat besi yang diberikan bisa berupa *ferrous gluconate, ferrous fumarate atau ferrous sulphate*. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defesiensi zat besi
5. Asam folat : ibu hamil memerlukan asam folat sebesar 400 mikro gram per hari. Asam folat bisa diperoleh dari buah- buahan,sayuran hijau,dan beras merah
6. Air : dianjurkan untuk minum 6-8 gelas (1500-2000ml) air, susu, dan jus

E. Seksual

Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti :

1. Sering abortus dan kelahiran premature
2. Perdarahan pervaginam

Dalam buku Kebidanan *Oxford, (2012:*68), hubungan seksual normalnya aman dalam kehamilan, asalkan kedua pasangan menginginkannya dan hubungan seksual tersebut tidak menimbulkan ketidaknyamanan. Hubungan seksual harus dihindari dalam kehamilan pada tahap kehamilan yang relevan jika terdapat :

1. Riwayat keguguran berulang
2. Perdarahan pervagina
3. Plasenta previa
4. Dilatasi servik secara prematur
5. Pecah ketuban

6. Riwayat persalinan premature

F. Imunisasi

Imunisasi selama kehamilan sangat penting dilakukan, jenis imunisasi yang diberikan adalah Tetanus Toxoid (TT) yang dapat mencegah penyakit tetanu

G. Mobilisasi, Body Mekanik

Perubahan tubuh yang paling jelas adalah tulang punggung bertambah lordosis, karena tumpuan tubuh bergeser lebih ke belakang dibandingkan sikap tubuh ketika tidak hamil.Untuk mencegah dan mengurangi keluhan ini, dibutuhkan sikap tubuh yang baik.

1. Pakailah sepatu dengan hak yang rendah/ tanpa hak dan jangan terlalu sempit
2. Posisi tubuh saat mengangkat beban, yaitu dalam keadaan tegak lurus dan pastikan beban terfokus pada lengan
3. Tidur dengan posisi ditinggikan
4. Duduk dengan posisi punggung tegak

H. Senam Hamil

Senam hamil terapi latihan gerakan untuk menjaga stamina dan kebugaran ibu selama kehamilan dan mempersiapkan ibu secara fisik maupun mental untuk menghadapi persalinan dengan optimal. (Irianti Bayu, 2014 : 288)

Manfaat senam hamil :

1. Penyesuaian terhadap perubahan fisik akibat kehamilan
2. Menguasai teknik pernafasan
3. Melakukan latihan kontraksi dan relaksasi
4. Mengurangi stres dan kecemasan
5. Mengurangi terjadinya *inkontinesia urine*
6. Pertumbuhan dan kesejahteraan bayi

Menurut Yeyeh Ai, 2014: 84 senam hamil dimulai pada umur kehamilan setelah 22 minggu. Senam hamil bertujuan untuk mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat berfungsi secara optimal dalam persalinan.

Gerakan dan latihan dalam senam hamil (Buku Kesehatan Ibu dan Anak,2014: 8)

1. Senam untuk kaki
   a. Duduk dengan kaki diluruskan kedepan dengan tubuh bersandar tegak lurus (rileks)
   b. Tarik jari-jari kaki keratah tubuh secara perlahan lalu llipat kedepan (Lakukan sebanyak 10 kali
   c. Tarik kedua telapak kaki kearah tubuh secara perlahan-lahan dan dorong kedepan. Lakukan sebanyak 10 kali
2. Senam duduk bersila
   a. Duduk bersila. Letakkan kedua telapak tangan diatas lutut
   b. Tekan lutut kebawah dengan perlahan-lahan (Lakukan sebanyak 10 kali)

3. Senam untuk pinggang (posisi terlentang)
   a. Tidur terlentang dan tekuk lutut jangan terlalu lebar, arah telapak tangan kebawah dan berada disamping badan
   b. Angkat pinggang secara perlahan. Lakukan sebanyak 10 kali
4. Senam untuk pinggang (posisi merangkak)
   a. Badan dalam posisi merangkak
   b. Sambil menrik nafas angkat perut, punggung keatas dengan wajah menghadap kebawah membentuk lingkaran
   c. Sambil perlaham-;ahan mengangkat wajahhembuskan nafas, turunkan punggung kembalidengan perlahan. Laukan sebanyak 10 kali
5. Senam dengan satu lutut
   a. Tidurlah terlentang tekuk lutut kekanan
   b. Lutut kanan digerakkan perlahan kearah kanan lalu kembalikan. Lakukan sebnayak 10 kali
   c. Lakukan hal yang sama untuk lutut kiri
6. Senam dengan kedua lutut
   a. Tidurlah terlentang, kedua lutut ditekuk dan kedua lutut saling menempel
   b. Kedua tumit dirapatkan, kaki kiri dan kanan saling menempel
   c. Kedua lutut digerakkan kearah kiri perlahan-lahan kearah kiri dan kanan. Lakukan sebanyak 8 kali

I. Istirahat Tidur

Posisi tidur yang dianjurkan pada ibu hamil adalah miring ke kiri, kaki kiri lurus, kaki kanan sedikit menekuk dan diganjal dengan bantal

dan untuk mengurangi rasa nyeri pada perut, ganjal dengan bantal pada perut bawah sebelah kiri. Kebutuhan tidur ibu hamil adalah 8 jam.

J. Traveling

Hal – hal yang dianjurkan apabila ibu hamil bepergian adalah sebagai berikut :

1. Hindari pergi ke suatu tempat yang ramai, sesak dan napas serta berdiri terlalu lama ditempat tersebut karena akan menimbulkan sesak napas (*sincope*)
2. Apabila bepergian selama kehamilan, duduk dalam jangka panjang lama harus dihindari
3. Perempuan hamil boleh mengendarai mobil maksimal 6 jam dalam sehari dan harus berhenti selama berhenti selama 2 jam
4. Duduk dalam jangka waktu lama di mobil atau pesawatSabuk
5. pengaman sebaiknya selalu dipakai

K. Persiapan Laktasi

Persiapan menyusui pada masa kehamilan merupakan hal yang penting karena dengan persiapan dini ibu akan lebih baik dan siap untuk menyusui bayinya.

1. Persiapan psikologis, langkah-langkah yang harus diambil dalam mempersiapkan ibu secara kejiwaan untuk menyusui adalah setiap ibu percaya dan yakin bahwa akan sukses dalam menyusui bayinya
2. Pemeriksaan payudara, pemeriksaan ini dengan tujuan untuk mengetahui lebih dini adanya kelainan

3. Pemeriksaan putting susu, pada saat kehamilan putting susu ibu perlu dipriksakan kelenturannya

L. Persiapan Persalinan dan Kehamilan Bayi

Beberapa hal yang harus dipersiapkan untuk persalinan adalah sebagai berikut, biaya dan penentuan tempat, serta penolong persalinan, baju ibu dan baju bayi beserta perlengkpan lainnya, anggota keluarga yang dijadikan pengambilan keputusan jika terjadi suatu komplikasi yang membutuhkan rujukan, surat-surat fasilitas kesehatan (misalnya asuransi Kesehatan (ASKES), jaminan kesehatan ditempat kerja, kartu sehat).Selain itu ibu juga harus memahami tentang tanda pasti akan persalinan meliputi, rasa sakit atau mules diperut dan menjalar ke perut bagian bawah sampai ke pinggang bagian belakang (kontraksi), adanya pengeluaran cairan pervaginam berupa secret yang berwarna merah muda (lendir), kadang dijumpai pengeluaran air ketuban yang terjasi secara spontan (selaput ketuban pecah).

J. Memantau Kesejahteraan Janin

Salah satu indikator kesejahteraan janin yang dapat dipantau sendri oleh ibu yaitu gerakan janin 24 jam. Gerakan janin dalam 24 jam minimal 10 kali.

M. Stiker P4k

Melalui P4K dengan stiker yang ditempel dirumah ibu hamil, maka setiap ibu hamil akan tercatat, terdata dan terpantau secara tepat. Stiker P4K berisi data tentang : nama ibu hamil, taksiran persalinan, penolong persalinan, tempat persalinan, pendamping persalinan, transport yang digunakan dan calon donor darah(Depkes RI 2009).

8.Kebutuhan Psikologis pada Ibu Hamil

Menurut Asrinah, dkk, 2010: 116 kebutuhan psikologi ibu hamil trimester 1–3 yaitu :

A. Persiapan menjadi orang tua

Kehamilan merupakan kesempatan untuk belajar, menyesuaikan diri, merencanakan, dan menyiapkan diri menjadi orang tua.Menjadi orang tua merupakan pengalaman yang bersifat permanen.

B. Dukungan keluarga

1. Ayahdanibu kandung maupun mertua sangat mendukung kehamilan.
2. Ayah danibu kandung maupun mertua mertua sering berkunjung pada periode ini.
3. Seluruh keluarga berdoa untuk keselamatan ibu dan bayi.

C. Rasa aman dan nyaman selama kehamilan

Peran keluarga, khususnya suami, sangat diperlukan bagi seorang perempuan hamil.Tindakan yang dilakukan suami meningkatkan kesehatan psikologis ibu hamil kearah yang lebih baik.

D. Dukungan dari tenaga kesehatan

1. Aktif melalui kelas antenatal.
2. Pasif dengan member kesempatan pada mereka yang mengalami masalah untuk berkonsultasi.

E. Persiapan saudara kandung

Keluarga dan bidan harus mencegah adanya sibling.

Menurut Reva Rubin (Nurhayati, 2012: 103) seorang wanita sejak hamil sudah memiliki harapan-harapan antara lain :

1. Kesejahteraan ibu dan bayi

2. Penerimaan dari masyarakat
3. Penentuan identitas diri
4. Mengetahui tentang arti memberi dan menerima

Tahap-tahap psikologis yang bisa dilalui oleh calon ibu menurut Reva Rubin (Nurhayati, 2012: 104) dalam mencapai perannya adalah :

1. Anticipatory stage

   Seorang ibu mulai melakukan latihan peran dan memerlukan interaksi dengan anak yang lain.

2. Honeymoon stage

   Ibu mulai memahami sepenuhnya peran dasar yang di jalaninya.Pada tahap ini ibu memerlukan waktu beberapa minggu sampai ibu kemudian melanjutkan sendiri.

3. Disengagement

   Merupakan tahap penyelesaian latihan peran sudah berakhir.

9.Antenatal Care

a. Pengertian

Antenatal care adalah pengawasan kehamilan untuk mengetahui kesehatan umum ibu, menegakkan secara dini penyakit yang menyertai kehamilan, menegakkan secara dini komplikasi kehamilan, dan menetapkan risiko kehamilan risiko tinggi, risiko meragukan, risiko rendah (Manuaba dkk, 2012:122).

Perawatan kehamilan merupakan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama masa kehamilannya, dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang ditetapkan (Depkes RI, 2010).

b. Tujuan

Menurut Ina Kuswanti, (2014: 6), tujuan asuhan kebidanan meliputi :

1. Untuk memfasilitasi hamil yang sehat dan positif bagi ibu maupun bayi dengan menegakkan hubungan kepercayaan dengan ibu.
2. Mendeteksi komplikasi yang dapat mengancam jiwa selama hamil
3. Mempersiapkan kelahiran bayi
4. Memberikan pendidikan ibu hamil, suami dan keluarga
5. Mempersiapkan ibu agar nifas berjalan normal dan dapat memberikan ASI eksklusif
6. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang normal
7. Membantu ibu mengambil keputusan klinik

c. Standar ANC

Menurut Ina Kuswanti, (2014: 9), standard ANC yaitu :

Kunjungan ANC minimal 4 kali :

1. Satu kali pada trimester I (usia kehamilan 0-12 minggu)
2. Satu kali pada trimester II (usia kehamilan 13-28 minggu)
3. Dua kali pada trimester III (usia kehamilan 29-40 minggu)

Sesuai kebijakan Departemen Kesehatan, 2012 standart minimal pelayanan pada ibu hamil adalah 10 T antara lain sebagai berikut :

1. Tinggi Badan dan 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 kg

selama kehamilan atau kurang dari 1 kg setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin.

2. Ukuran Tekanan Darah

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

Langkah-langkah skrining preeklampsia :

1. Anamnesis, menggali informasi lebih dalam untuk mengetahui potensi terjadinya preeklampsia
2. Pemeriksaan Fisik untuk prediksi kemungkinan terjadinya preeklampsia
3. Indeks massa tubuh: BB/TB^{2}dalam meter. Jika hasilnya 30 (obesitas)
4. *Mean Arterial Pressure* (MAP): (TD sistolik + 2x TD diastolik):3. Jika > 90 mmHg berarti positif.
5. *Roll Over Test* (Perbandingan diastolic antara posisi miring kiri, 15 menit kemudian telentang) >15 mmHg.
6. Dapat dilanjutkan pemeriksaan lain yang mendukung, seperti USG Doppler untuk melihat resistensi dari arteri uterine Ibu(Majalah Bidan 2016).

3. Nilai status gizi (ukuran lingkar lengan atas / LILA)

Pengukuran lila hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil beresiko kurang energi kronis (KEK), 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 bera lahir rendah (BBLR).

4. Ukuran Tinggi Fundus Uteri

Pengukuran tinggu fundus uteri pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan.jika tinggi fundus uteri tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin.Standard pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.

Tabel 2.1

Penambahan ukuran TFU per 3 jari

Usia Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus Uteri
12	3 jari diatas simfisis
16	Pertengahan simfisis pusat
20	3 jari dibawah pusat
24	Setinggi pusat
28	3 jari diatas pusat
32	Pertengahan pusat – prosesus xiphoideus (px)
36	3 jari dibawah prosesus xiphoideus (px)
40	Pertengahan prosesus xiphoideus (px) – pusat

Sumber:Manuaba dkk,2007.Pengantar Kuliah Obstetri.EGC:Jakarta, halaman 164

Tabel 2.2

Tinggi Fundus Uteri Menurut Usia Kehamilan

Tinggi fundus uteri dalam cm	Umur kehamilan dalam bulan
20	5
23	6
26	7
30	8
33	9

Sumber : Bagian Obstetri & Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran Bandung, 1983 : 164

5. Tentukan presentasi janin dan DJJ

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya dilakukan setiap kali kunjunganANC. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester 3 bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berati ada kelainan letak panggul sempit atau ada masalah lain. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali pada kunjungan antenatal.DJJ lambat <100x/menit atau DJJ cepat >160x/menit menunjukkan adanya gawat janin.

6. Skreening status imunisasi TT dan berikan imunisasi TT bila diperlukan

Untuk mencegah terjadinya Tetanus Neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT.Pada saat kontak pertama ibu hamil diskrining status imunisasi T-nya.Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil, disesuaikan dengan status imunisasi TT ibu saat ini.Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi T2 agar mendapat perlindungan terhadap infeksi tetanus.Vaksin untuk ibu hamil diberikan pada trimester III atau akhir trimester II (setelah usia kehamilan 20 minggu). Apabila tidak diberikan selama kehamilan dianjurkan agar tetap diberikan segera setelah persalinan,untuk memastikanperlindungan terhadap ibu dan bayi, ibu hamil yang belum permah disuntikkan tetanus harus mendapatkan 3 vaksin yang berisi tetanus dan mengurangi difteri. (Irianti Bayu, 2014:256)

Tabel 2.3

Pemberian Suntikan TT

Status	Jenis Suntikan	Interval Waktu	Lama Perlindungan	Presentase Perlindungan
T1	TT1	Pada kunjungan ANC pertama	-	-
T2	TT2	4 minggu dari TT 1	3 tahun	80 %
T3	TT3	6 bulan dari TT2	5 tahun	95 %
T4	TT4	1 tahun dari TT3	10 tahun	99 %
T5	TT5	1 tahun dari TT4	25 tahun atau Seumur hidup	99%

Sumber : Ina Kuswanti, 2014. Asuhan Kehamilan. Yogyakarta : Pustaka Pelajar, halaman 20

Tabel 2.4

Pemberian vaksin TT untuk ibu hamil yang sudah pernah diimunisasi

Pernah	Selang waktu minimal
1 kali	TT 2, 4 minggu setelah TT 1 (pada kehamilan)
2 kali	TT 3, 6 bulan setelah TT 2 (pada kehamilan, jika selang waktu minimal terpenuhi)
3 kali	TT 4, 1 tahun setelah TT 3
4 kali	TT 5, 1 tahun setelah TT 4
5 kali	Tidak perlu lagi

Sumber : Buu saku pelayanan kesehatan ibu di fasilitas kesehatan dasar dan rujukan, 2013 halaman 30

7. Beri Tablet Tambah Darah (tablet besi)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah minimal 90 tablet dan asam folat selama kehamilan yang diberikasn sejak kontak pertama. Berikan ibu 60 mg tablet fe (1x1) segera setelah mua/muntah berkurang dan 400 µg asam folat (1x1) segera mungkin selama kehamilan (Buku saku pelayanan kesehatan ibu di fasilitas kesehatan dasar dan rujukan, 2013: 28).

8. Periksa Tes Laboratorium (rutin dan khusus)

Pemeriksaan laboratorium rutin adalah pemeriksaan yang harus dilakukan pada setiap ibu hamil yaitu golongan darah, HB, dan pemerikasaan spesifik daerah endemik (malaria dan HIV). Sementara pemeriksaan laboratorium khusus adalah pemeriksaan lain yang dilakukan atas indikasi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal meliputi:

a) Pemeriksaan golongan darah : dilakukan tidak hanya untuk mengetahui golongan darah melainkan untuk mempersiapkan calon pendonor apabila diperlukan pada situasi kegawatdaruratan.

b) Pemeriksaan kadar HB : dilakukan minimal pada trimester I dan III tujuannya untuk mengetahui apakah selama hamil ibu menderita anemia atau tidak, karena dapat mempengaruhi tumbuh kembang janin dalam kandungan. Pada trimester II dilakukan apabila ada indikasi.

c) Pemeriksaan protein dalam urin : Dilakukan pada trimester II dan III atas indikasi, tujuannya untuk mengetahui adanya protein urin

pada ibu hamil karena merupakan salah satu indikator terjadinya preeklamsia.

d) Pemeriksaan kadar gula darah : Dilakukan minimal 1 kali pertrimester, tujuannya untuk mengetahui apakah ibu menderita diabetes militus.

9. Tata Laksana Penanganan Khusus

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan harus ditangani sesuai standar dan kewenangan tenaga kesehatan, kasus – kasus yang tidak bisa ditangani segera dilakukan rujukan.

10. Temu Wicara (Konseling)

Dilakukan setiap kunjungan antenatal yang meliputi :

a) Kesehatan ibu.

b) Perilaku hidup bersih dan sehat.

c) Peran suami dan keluarga dalam kehmailan dan P4K (Program Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi).

d) Mengenalkan tanda bahaya pada kehamilan, persalinan, dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi.

e) Asupan gizi seimbang.

f) Mengenalkan gejala penyakit menular dan tidak menular.

g) Penawaran untuk melakukan testing dan konseling HIV di daerah yang terkonsentrasi HIV dan bumil resiko tinggi terinfeksi HIV.

h) Inisiasi menyusu dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif

i) KB pasca persalinan.

j) Imunisasi

a. Pemeriksaan diagnostik kehamilan

Manuaba (2007:161-189) asuhan yang diberikan pada ibu hamil meliputi :

1. Pemeriksaan Fisik

   a. Pemeriksaan

      I. Kunjungan pertama

         1) Fisik Umum meliputiTB, BB, LILA, TTV (TD, nadi, suhu, RR), Muka, Mulut dan gigi, Leher, Payudara, Abdomen, Genetalia dan anus, Ekstremitas

         2) Periksa dalam meliputi vulva dan vagina (varises, kondiloma, oedem, hemoroid), pemeriksaan speculum (servik, tanda-tanda infeksi, cairan dan ostium uteri)

         3) Laboratorium meliputi Hb, urine (protein dan reduksi).

      II. Kunjungan ulang

         1) TTV (TD,nadi,suhu,RR)

         2) Mengukur TFU

         3) Palpasi untuk menentukan letak janin (UK >28 minggu)

      (Sarwono Prawirohardjo, 2010: 92)

   b. Palpasi abdomen

      Menurut Sulistyawati (2009 : 90-92), palpasi abdomen menggunakan cara Leopold dengan langkah sebagai berikut :

      1. Leopold I

         Bertujuan untuk mengetahui TFU dan bagian janin yang ada di fundus. Dengan diketahuinya TFU, maka akan dapat menentukan usia kehamilan (UK) dan TBJ.

Cara pelaksanaan Leopold I :

a) Kaki pasien ditekuk. Pemeriksa menghadap pasien.
b) Kedua tangan meraba bagian fundus dan mengukur berapa TFU.
c) Meraba bagian apa yang ada di fundus. Jika teraba bagian bulat, melenting dan mudah digerakkan, maka itu adalah kepala. Namun jika teraba bagian lunak, tidak melenting dan susah digerakkan maka itu adalah bokong.

2. Leopold II

Bertujuan mengetahui bagian janin yang ada di sebelah kanan atau kiri ibu.

Cara pelaksanaan Leopold II :

a) Tetap dalam posisi kaki pasien ditekuk. Kedua tangan pemeriksa berada di sebelah kanan dan kiri perut ibu.
b) Ketika memeriksa sebelah kanan, maka tangan kanan menahan perut sebelah kiri ke arah kanan.
c) Raba perut sebelah kanan menggunakan tangan kiri, dan rasakan bagian apa yang ada di sebelah kanan. Jika teraba benda yang rata, keras seperti papan, terasa ada tahanan, maka itu adalah punggung bayi. Namun jika teraba bagian-bagian yang kecil dan menonjol, maka itu adalah bagian kecil janin.

3. Leopold III

Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang adadi bawah uterus dan apakah bagian bawah uterus tersebut sudah masuk panggul atau belum.

Cara pelaksanaan Leopold III :

a) Tetap dalam posisi kaki pasien ditekuk. Tangan kiri menahan fundus.
b) Tangan kanan meraba bagian yang ada di bagian bawah uterus. Jika teraba bagian bulat, melenting dan mudah digerakkan, maka itu adalah kepala. Namun jika teraba bagian lunak, tidak melenting dan susah digerakkan maka itu adalah bokong. Jika di bagian bawah tidak ditemukan kedua bagian seperti di atas, maka pertimbangan apakah janin dalam letak melintang atau oblique.
c) Pada letak sungsang, dapat dirasakan ketika tangan kanan menggoyangkan bagian bawah, tangan kiri akanmerasakan *ballotement* (pantulan dari kepala janin, terutama ini ditemukan pada usia kehamilan 5-7 bulan).
d) Tangan kanan meraba bagian bawah (jika teraba kepala, goyangkan, jika masih mudah dihoyangkan, berarti kepala belum masuk panggul, namun jika tidak dapat digoyangkan, berarti kepala sudah masuk panggul), lalu lanjutkan pada pemeriksaan Leopold IV untuk mengetahui seberapa jauh kepala sudah masuk panggul.

4. Leopold IV

Bertujuan untuk mengetahui seberapa jauh kepala sudah masuk panggul.

Cara pelaksanaan Leopold IV :

a) Kaki pasien diluruskan. Pemeriksa menghadap kaki pasien.
b) Kedua tangan meraba bagian janin yang ada di bawah.

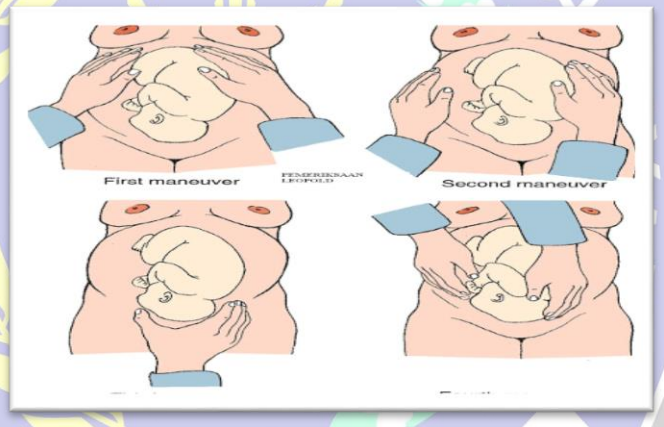
c) Jika teraba kepala, tempatkan kedua tangan di dua belah pihak yang berlawanan di bagian bawah.

d) Jika kedua tangan konvergen (dapat saling bertemu) berarti bagian kecil dari kepala turun ke dalam rongga panggul.

e) Jika kedua tangan sejajar, maka separuh dari kepala masuk ke dalam rongga panggul.

f) Jika kedua tangan divergen (tidak saling bertemu) berarti bagian terbesar dari kepala masuk ke dalam rongga panggul dan ukuran terbesar dari kepala sudah melewati PAP.

Gambar Palpasi abdomen menggunakan Leopold



Sumber : Kemenkes RI,2013: 27

c. Denyut Jantung Janin

Denyut jantung janin merupakan salah satu indikator penentu kesejahteraan janin. Denyut jantung janin mulai mengalami penurunan pada usia kehamilan 20 minggu dari 155 denyutan/ menit menjadi 144 denyutan/ menit hingga usia 30 minggu. Pada kehamilan aterm denyutan denyutan memiliki jumlah rerata 140 denyutan/menit Denyut jantung normal janin berfrekuensi antara 110-160 denyutan/menit.Jika denyutan <110 disebut

bradikardi dan takhikardi jika denyut >160 denyutan/menit.Takhikardi dan bradikardi dapat menandakan janin dalam kondisi tidak baik karena disertai adanya penurunan atau penambahan gerakan janin (Irianti bayu, 2014: 222-223).

d. Pemeriksaan reflek patella

Refleks Patella : ketukan pada tendon patella dengan hammer. Respon :Tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon diketuk. Bila reflek lutut negative kemungkinan pasien mengalami kekurangan vitamin B1, bila gerakannya berlebihan dan cepat maka hal ini mungkin merupakan tanda pre eklamsi (Kehamilan.go.id, 2017).

2. Menentukan Usia Kehamilan

Menentukan usia kehamilan menurut Dewi, V.N.L, dkk, (2011: 155)

Ada beberapa cara dalam menetukan usia kehamilan yaitu :

1) Menggunakan suatu alat khusus (skala yang sudah ditentukan)
   a) Tentukan dahulu hari pertama haid terkhir (HPHT)
   b) Lihat skala, akan terlihat usia kehamilan sekaligus HPLnya
2) Menggunakan cara menual (menghitung)
   a) Tentukan HPHT lebih dahulu
   b) Tentukan tanggal periksa hari ini
   c) Buat daftar jumlah minggu dan kelebihan hari setiap bulan contoh : bulan desember berjumlah 31 hari, maka menjadi 4 minggu + 3 hari
   d) Daftar jumlah minggu dan hari dibuat mulai dari sisa hari dalam bulan HPHT sampai dengan jumlah minggu dan hari dibulan saat pasien melakukan pemeriksaan
   e) Setelah daftar selesai dibuat, jumlahkan minggu dan harinya, hasil akhirnya dikonversikan dalam jumlah minggu.

3) Dihitung dari tanggal haid terakhir (Rustam Mochtar, 2011: 41) dengan rumus :

UK = Tanggal periksa – HPHT

4) Menurut Spiegeiberg dengan mengukur tinggi fundus uteri dari simpisis, diperoleh tabel sebagai berikut :

Tabel 2.5Mengukur TFU untuk menentukan UK

Usia Kehamilan (minggu)	Panjang TFU (Cm)
22 – 28	24 – 25 cm di atas simfisis
28	26,7 cm di atas simfisis
30	29,5 – 30 cm di atas simfisis
32	29,5 – 30 cm di atas simfisis
34	31 cm di atas simfisis
36	32 cm di atas simfisis
38	33 cm di atas simfisis
40	37,7 cm di atas simfisis

Sumber : Mochtar, Rustam. 2011. Sinopsis Obstetri. Jakarta : EGC, halaman 41

Menurut Mac Donald adalah modifikasi cara Spiegeiberg, yaitu jarak fundus ke simpisis dalam cm dibagi 3,5

$$UK = \frac{TFU\ (cm)}{3,5}$$

Tabel 2.6

Penambahan ukuran TFU per 3 jari

Usia Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus Uteri
12	3 jari diatas simfisis
16	Pertengahan simfisis pusat
20	3 jari dibawah pusat
24	Setinggi pusat
28	3 jari diatas pusat
32	Pertengahan pusat – prosesus xiphoideus (px)
36	3 jari dibawah prosesus xiphoideus (px)
40	Pertengahan prosesus xiphoideus (px) – pusat

Sumber:Manuaba dkk,2007.Pengantar Kuliah Obstetri.EGC:Jakarta, halaman 164

3. Dalam buku Rustam Mochtar, (2011 : 42), cara menentukan HPL yaitu :

   Rumus Neagle : HPL = HPHT + 7 hari – 3 bulan +1 tahun

   Namun, rumus ini tidak bisa digunakan pada :

   1) Ibu riwayat haid yang tidak teratur

2) Ibu hamil yang saat menyusui dan belum mendapat haid sesudah melahirkan

3) Ibu hamil karena mengkonsumsi pil KB dan belum haid

Contoh : HPHT 12-07-2017

+7 - 3 + 1

19–04–2018

Jadi, HPL nya adalah tanggal 19 April 2018

4. Menghitung TBJ(Taksiran Berat Janin)

Menghitung TBJ menurut Jhonson Thausak yang dikutip dalam buku Varney, H dkk(2008: 42)

TBJ = (TFU – K) x 155

Ket :

TFU = dalam satuan cm, dihitung dengan menggunakan pita ukur dan dilakukan 2 kali pengukuran

K = 11 jika kepala sudah memasuki pintu atas panggul, 12 jika belum memasuki pintu atas panggul

5. Pemeriksaan laboratorium

a. Hematologi rutin

Pemeriksaan ini dilakukan minimal pada trimester I dan III tujuannya untuk mengetahui apakah selama hamil ibu menderita anemia atau tidak, karena dapat mempengaruhi tumbuh kembang janin dalam kandungan.Pada trimester II dilakukan apabila ada indikasi.Pemeriksaan dan pengawasan Hb dapat dilakukan dengan menggunakan alat *Sahli*.Hasil pemeriksaan Hb dengan sahli dapat digolongkan sebagai berikut :

1) Hb 11 g% : tidak anemia

2) Hb 9-10 g% : anemia ringan

3) Hb 7-8 g% : anemia sedang

4) Hb <7 g% : anemia berat

(Manuaba dkk. 2012: 161-18)

b. Urin

Dilakukan pada trimester II dan III atas indikasi, tujuannya untuk mengetahui adanya protein urea pada ibu hamil, bila ditemukan gula dalam jumlah besar perlu dicurigai adanya diabetes dan jika ditemukan protein dalam jumlah besar, perlu diwaspadai adanya infeksi pada saluran kemih, penyakit ginjal atau preeklamsia (suatu kondisi yang dapat muncul setelah usia kehamilan 20 minggu, ditandai dengan tekanan darah tinggi dan retensi/penimbunan cairan yang dapat berakibat fatal pada janin dan ibunya). Berikut adalah cara menilai hasil uji urine :

1) Uji Glukosa Urine

a) Biru atau sedikit kehijauan : Negatif (-)

b) Hijau kekuningan dan keruh : Positif (+)

c) Kuning keruh : Positif (++)

d) Jingga atau warna lumpur keruh :Positif (+++)

e) Merah keruh :Positif(++++)

2) Uji Protein Urine

a) Tidak ada kekeruhan : Negatif (-)

b) Keruh ringan tanpa butiran : Positif (+)

c) Keruh mudah dilihat dan ada butiran : Positif (++)

d) Urin jelas keruh dan kekeruhan dengan kepingan :Positif (+++)

e) Urin sangat keruh dan kekeruhan dengan gumpalan: Positif(++++)

6. Pemeriksaan panggul

Menurut Rustam Mochtar (2012:58) pemeriksaan panggul luar terdiri dari :

a. Distansia spinarum : normalnya sekitar 24 – 26 cm
b. Distansia kristarum : normalnya 28 – 30 cm
c. Konjugata eksterna (Boudeloque) : normalnya sekitar 18 cm
d. Distansia tuberum : 10,5 cm

7. Diagnosa kehamilan

Menurut Manuaba dkk (2007 : 159-180) diagnosa kehamilan meliputi:

a. Hamil atau tidak

Untuk dapat menetapkan kehamilan harus dapat dicari atau dibuktikan terdapat tanda pasti kehamilan.

b. Primigravida atau multigravida

Untuk membedakan primigravida dan multigravida diperlukan : anamnesis, kehamilan keberapa, riwayat abortus, riwayat kelahiran hidup.

c. Janinnya hidup atau mati

Tanda kematian janin dalam rahim yaitu : ibu tidak merasakan gerakan janin dalam rahim, fundus uteri semakin kecil, tidak terdengar bunyi jantung janin dan geraknya tidak ada, palpasi janin kurang jelas.

d. Janinnya tunggal atau ganda

Kehamilan ganda dapat dirasakan oleh ibu hamil karena gerakan ektremitas sering terasa dibeberapa tempat, tampak perut ibu hamil lebih besar, teraba tiga bagian besar atau bagian sama yang berdampingan, terdengar 2 pungtum maksimum detak jantung janin.

e. Letak dan kedudukan janin dalam uterus

Letak janin membujur artinya sumbu panjang janin dan ibunya merupakan satu garis.Letak lintang artinya sumbu panjang janin tegak lurus terhdap sumbu panjang ibunya.Presentasi kepala atau bokong.

f. Umur kehamilan

Cara untuk menentukan umur kehamilan dintaranya pengukuran tinggi fundus uteri, evaluasi masuknya kepala pada PAP, USG,HPHT.

g. Intrauterine atau ekstrauterin

Kehamilan**intrauterine :**

Saat meraba mungkin terjadi kontraksi Braxton Hicks, gerak janin tidak sakit, janin saat diraba dalam uterus karena dibatasi ototnya, USG ; janin intrauterine.

Kehamilan**ekstrauterine :**

Gerak janin terasa sakit, mudah diraba dibawah kulit/dinding abdomen ibunya, tidak dijumpai kontraksi Braxton hicks.

h. Keadaan jalan lahir

Ukuran – ukuran jalan lahir dalam batas normal akan dapat memberikan peluang untuk persalinan spontan, belakang kepala, hidup, atau aterm.

i. Keadaan umum ibu

Untuk menilai kesehatan umum ibunya dapat dilakukan pemeriksaan rutin yaitu : bertambahnya kenaikan berat badan sesuai dengna umur hamil, laboratorium, dan bagaimana gizinya.

10.pelayanan pada masa covid Bagi Ibu Hamil:

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

b) Pengisian stiker Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) dipandu bidan/perawat/dokter melalui media komunikasi.

c) Pelajari buku KIA dan terapkan dalam kehidupan sehari-hari.

d) Ibu hamil harus memeriksa kondisi dirinya sendiri dan gerakan janinnya. Jika terdapat risiko / tanda bahaya (tercantum dalam buku KIA), maka periksakan diri ke tenaga kesehatan. Jika tidak terdapat tanda-tanda bahaya, pemeriksaan kehamilan dapat ditunda.

e) Pastikan gerak janin diawali usia kehamilan 20 minggu dan setelah usia kehamilan 28 minggu hitung gerakan janin (minimal 10 gerakan per 2 jam).

f) Ibu hamil diharapkan senantiasa menjaga kesehatan dengan mengonsumsi makanan bergizi seimbang, menjaga kebersihan diri dan tetap mempraktikan aktivitas fisik berupa senam ibu hamil / yoga / pilates / aerobic / peregangan secara mandiri dirumah agar ibu tetap bugar dan sehat.

g) Ibu hamil tetap minum tablet tambah darah sesuai dosis yang diberikan oleh tenaga kesehatan. Pedoman Bagi Ibu Hamil, Ibu Nifas, dan Bayi Baru Lahir selama Social Distancing - 4

h) Kelas Ibu Hamil ditunda pelaksanaannya sampai kondisi bebas dari pandemik COVID-19.

1. Rekomendasi bagi Petugas Kesehatan saat antenatal care:

a) Wanita hamil yang termasuk pasien dalam pengawasan (PDP) COVID-19 harus segera dirawat di rumah sakit (berdasarkan pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi COVID-19). Pasien dengan COVID-19 yang diketahui atau diduga harus dirawat di ruang isolasi khusus di rumah sakit. Apabila rumah sakit tidak memiliki ruangan isolasi khusus yang memenuhi syarat Airborne Infection Isolation Room (AIIR), pasien harus ditransfer secepat mungkin ke fasilitas di mana fasilitas isolasi khusus tersedia.

b) Investigasi laboratorium rutin seperti tes darah dan urinalisis tetap dilakukan

c) Pemeriksaan rutin (USG) untuk sementara dapat ditunda pada ibu dengan infeksi terkonfirmasi maupun PDP sampai ada rekomendasi dari episode isolasinya berakhir. Pemantauan selanjutnya dianggap sebagai kasus risiko tinggi.

d) Penggunaan pengobatan di luar penelitian harus mempertimbangkan analisis risk benefit dengan menimbang potensi keuntungan bagi ibu dan keamanan bagi janin. Saat ini tidak ada obat antivirus yang disetujui oleh FDA untuk Pedoman Bagi Ibu Hamil, Ibu Nifas, dan Bayi Baru Lahir selama Social Distancing - 7 pengobatan COVID-19, walaupun antivirus

spektrum luas digunakan pada hewan model MERS sedang dievaluasi untuk aktivitas terhadap SARS-CoV-2

e) Antenatal care untuk wanita hamil yang terkonfirmasi COVID-19 pasca perawatan, kunjungan antenatal selanjutnya dilakukan 14 hari setelah periode penyakit akut berakhir. Periode 14 hari ini dapat dikurangi apabila pasien dinyatakan sembuh. Direkomendasikan dilakukan USG antenatal untuk pengawasan pertumbuhan janin, 14 hari setelah resolusi penyakit akut. Meskipun tidak ada bukti bahwa gangguan pertumbuhan janin (IUGR) akibat COVID-19, didapatkan bahwa dua pertiga kehamilan dengan SARS disertai oleh IUGR dan solusio plasenta terjadi pada kasus MERS, sehingga tindak lanjut ultrasonografi diperlukan.

f) Jika ibu hamil datang di rumah sakit dengan gejala memburuk dan diduga / dikonfirmasi terinfeksi COVID-19, berlaku beberapa rekomendasi berikut: Pembentukan tim multi-disiplin idealnya melibatkan konsultan dokter spesialis penyakit infeksi jika tersedia, dokter kandungan, bidan yang bertugas dan dokter anestesi yang bertanggung jawab untuk perawatan pasien sesegera mungkin setelah masuk. Diskusi dan kesimpulannya harus didiskusikan dengan ibu dan keluarga tersebut.

g) Konseling perjalanan untuk ibu hamil. Ibu hamil sebaiknya tidak melakukan perjalanan ke luar negeri dengan mengikuti anjuran perjalanan (travel advisory) yang dikeluarkan pemerintah.

Dokter harus menanyakan riwayat perjalanan terutama dalam 14 hari terakhir dari daerah dengan penyebaran luas SARS-CoV-2.

h) Vaksinasi. Saat ini tidak ada vaksin untuk mencegah COVID-19.

2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

A. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). (Sulistyawati, A, 2013: 4)

Persalinan adalah suatu proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan disebut normal apabila prosesnya terjadi pada usia cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). (Johariah, dkk, 2012:1)

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar (Ina kuswanti, dan Fitria Melina. 2014).

B. Sebab – Sebab Yang Menimbulkan Persalinan

Menurut Johariah, dkk,(2012:3-4) sebab-sebab persalinan

A. Teori peregangan

1. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas waktu tertentu.
2. Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.
3. Contohnya, pada ibu hamil ganda sering terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu, sehingga menimbulkan proses persalianan.

B. Teori penurunan progesterone

1. Proses penuaan plasenta mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu.
2. Produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim menjadi lebih sensitif terhadap oxsitosin.
3. Akibat otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu.

C. Teori oksitosin internal

1. Oksitosin dkeluarkan oleh kelenjar hipofisis parst posterior.
2. Perubahan keseimbangan esterogen dan progesteron dapat mengubah sensivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks.
3. Menurunnya konsentrasi akibat tuanya kehamilan, maka oksitosin dapat meningkatkan aktifitas, sehingga persalinan dapat dimulai.

D. Teori prostaglandin.

1. Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua.
2. Pemberian prostaglandin pada saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan.
3. Prostaglandin diaggap dapat memicu persalinan.

E. Pengaruh *hipotalamus – pituitary* dan *glandula suprarenalis*

a. Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan anencephalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus.
b. Malpar pada tahun 1933 mengangkat otak kelinci percobaan, hasilnya kehamilan kelinci berlagsung lama.

c. Dari hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan terdapat hubungan antara hipotalamus dengan mulainya persalinan.

d. *Glandula suprarenalis* merupakan pemicu terjadinya persalinan.

C. Tahapan Persalinan

Menurut Yanti (2010:6) tahapan persalinan terdiri dari :

A. Kala I

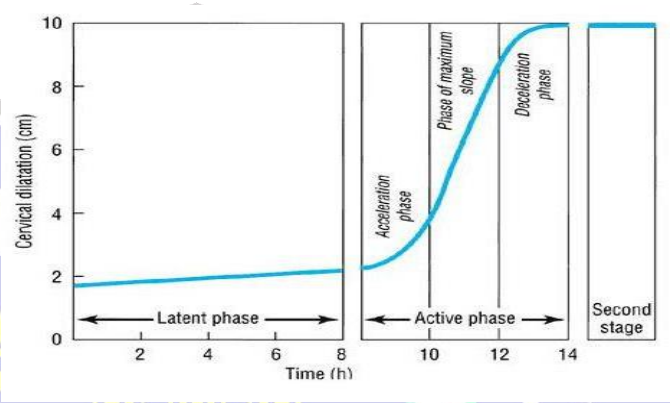
Menurut Yanti (2010:6) Kala I atau kala pembukaan adalah periode persalinan yang dimulai dari his persalinan yang pertama sampai pembukaan serviks menjadi lengkap (10 cm). Persalinan kala I di bagi menjadi 2 fase, yaitu fase laten dan fase aktif. Fase latent, yaitu fase pembukaan yang sangat lambat ialah dari 0 sampai 3 cm yang membutuhkan waktu 8 jam.Berdasarkan kurve Friedman, di perhitungkan pembukaan pada primi gravida 1 cm per jam dan pembukaan multigravida 2 cm per jam. Lama kala I untuk primi gravida berlangsung 12 jam dan multigravida sekitar 8 jam (Rohani dkk 2011: 5).

Berdasarkan kurve Friedman, ditemukan perbedaan antara primigravida dan multigravida, yaitu :

a) Primi : pembukaan 1 cm/jam dan mekanisme membukanya serviks berbeda antara primigravida dan multigravida. Pada primi yang pertama OUI (Ostium Uteri Internum) akan membuka lebih dahulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis. Baru kemudian OUE (Ostium Uteri Eksternum) membuka.

b) Multi : pembukaan 2 cm/jam, pada fase laten, fase aktif dan fase deselerasi terjadi lebih pandek. Pada multigravida OUI sudah sedikit terbuka. OUI dan OUE serta penipisan dan pendataran servik terjadi dalam saat yang sama.

Gambar Kurva Friedman



Sumber : Prawirohardjo,Sarwono.2010.Kebidanan.jakarta:Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo halaman 304

B. Kala II

Dalam buku karya Ari Sulistyawati Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin 2013:7-9 Kala II adalah kala pengeluaran bayi, dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir. Tanda dan gejala kala II his semakin kuat, dengan interval 2-3 menit, ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rectum atau vagina, perineum terlihat menonjol, vulva vagina dan sfingter ani terlihat membuka, dan peningkatan pengeluaran lendir darah (Rohani, 2013: 7)Uterus dengan kekuatan hisnya ditambah kekuatan meneran akan mendorong bayi hingga lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida(Sulistyawati 2013: 10). Diagnosa

persalinan kala II ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan kepala bayi sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm

C. Kala III

Menurut Yanti (2009:190), Kala III atau kala uri adalah periode persalinan yang dimulai dari lahirnya bayi sampai dengan lahirnya plasenta. Managemen Aktif kala III terdiri dari 3 langkah diantaranya: Pemberian Oksitoksin, Penegangan tali pusat terkendali, dan Masase Uterus.

Kala III adalah kala pengeluaran uri.Setelah bayi lahir, kontraksi uterus istirahat sebentar, uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat.Kemudian uterus kembali berkontraksi dan berlangsung pelepasan plasenta dari lapisannya. Umumnya persalinan kala III berlangsung kurang dari 30 menit, sebagian besar berlangsung sekitar 2-5 menit (Yanti, 2009 : 191).

D. Kala IV

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta sampai 2 jam *post partum.* Pada 1 jam pertama, observasi dilakukan setiap 15 menit, sedangkan pada jam ke 2 observasi dilakukan setiap 30 menit (Yanti, 2009 : 211).

D. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

A. Power

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligament.

1. His (kontraksi uterus)

His adalah gelombang kontraksi ritmis otot polos dinding uterus yang dimulai dari daerah fundus uteri dimana tuba falopi memasuki dinding uterus, awal gelombang tersebut didapat dari "pacemaker" yang terdapat dari dinding uterus daerah tersebut. His memiliki sifat :

a. Involutir
b. Intermiten
c. Terasa sakit
d. Terkoordinasi
e. Serta kadang dipengaruhi oleh fisik, kimia, psikis.

His yang adekuat (2-3x dalam 10 menit lamanya 40 detik).

(Walyani Siwi Elisabeth,2015 : 20 - 21)

2. Mengejan

Yang pegang kendali atau yang paling menentukan dalam tahapan ini adalah proses mengejan ibu yang dilakukan dengan benar, baik dari segi kekuatan maupun keteraturan. Ibu harus mengejan sekuat mungkin seirama dengan instruksi yang diberikan.Biasanya ibu diminta menarik nafas panjang dalam beberapa kali saat kontraksi terjadi lalu buang secara perlahan. (Walyani Siwi Elisabeth,2015 : 22)

B. Faktor passenger

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 ia juga dianggap sebagai bagian dari passenger yang menyertai janin (Sumarah,2009:35).

C. Faktor passage (jalan lahir)

Passage atau faktor jalan lahir dibagi atas bagian keras: tulang-tulang panggul, bagian lunak: otot-otot, jaringan dan ligament.

1. Sumbu Panggul

Sumbu panggul adalah garis yang menghubungkan titik-titik tengah ruang panggul yang melengkung kedepan (sumbu carus)

Bidang-bidang panggul :

a. Hodge I : jarak antara promotorium dan pinggir atas simfisis, sejajar dengan PAP.
b. Hodge II : sejajar dengan PAP melewati tepi bawah simfisis.
c. Hodge III : sejajar dengan PAP melewati spina ishiadika.
d. Hodge IV : sejajar dengan PAP melewati ujung coccygis.

2. Ukuran-Ukuran Panggul

<u>Ukuran panggul luar :</u>Distansia Spinarum (24-26 cm), Distansia cristarum (28-30 cm), Konjugata externa (Boudeloque) (18-20 cm), Lingkaran panggul (80-90 cm).

<u>Ukuran-ukuran pnggul dalam :</u>

a. Pintu atas panggul

Konjungata vera : 12,5-11 cm, Konjungata tranvera : 12-13 cm, Konjungata oblique : 13 cm, konjungata obstetrica : 10,5 cm jarak bagian tengah simpisis ke promontorium

b. Pintu tengah panggul

Distansia interspinarum : 10,5 cm

Diameter anteroposterior : 12 cm

c. Pintu bawah panggul

Ukuran anterior-posterior 10-11 cm

Ukuran melintang 10,5 cm

(Sarwono Prawirohardjo.2010 : 189)

D. Psikis Ibu

Psikis ibu bersalin sangat berpengaruh dari dukungan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama bersalin dan kelahiran. Anjurkan mereka berperan aktif dalam mendukung dan mendampingi langkah-langkah yang mungkin akan sangat membantu kenyamanan ibu, hargai keinginan ibu untuk didamping(Rukiah,ai yeyeh,2009:29).

E. Penolong Persalinan

Peran dari penolong persalian adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin,dalam hal ini tergantung dalam kemampuan dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan(Rohani,2013:36).

E. **Tanda dan Gejala Persalinan**

Menurut Yanti (2010:7) tanda dan gejala persalinan adalah :

A. Tanda – tanda bahwa persalinan sudah dekat

1) Lightening

Menjelang minggu ke-36 pada primigravida, terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk ke dalam panggul.Pada multigravida, tanda ini tidak begitu kelihatan.Mulai menurunnya bagian terbawah bayi ke pelvis terjadi sekitar 2 minggu menjelang persalinan. Bila bagian terbawah bayi telah turun, maka ibu akan merasa tidak nyaman.

2) Pollakisuria

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

3) False labor

3 atau 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 berjalan sering berkurang
4. Tidak ada pengaruh pada pendataran atau pembukaan serviks

4) Perubahan serviks

Adanya his persalinan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan :

1. Pendataran dan pembukaan
2. Pembukaan menyebabkan selaput lender yang terdapat pada kanalis servikalis terlepas
3. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah

5) Energy Spurt

Beberapa ibu akan mengalami peningkatan energy kira – kira 24 – 48 jam sebelum persalinan mulai, setelah beberapa hari sebelumnya merasa kekelahan fisik karena tuanya kehamilan.

6) Gastrointestinal Upsets

Beberapa ibu mungkin akan mengalami tanda – tanda seperti diare, obstipasi, mual dan muntah karena efek penurunan hormone terhadap sistem pencernaan.

7) His persalinan

Karakter dari his persalinan :

1. His yang adekuat (2-3x dalam 10 menit lamanya 40 detik)
2. Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut depan
3. Sifat his teratur, makin lama makin pendek intervalnya dan makin kuat intensitasnya
4. Kalau dibawa berjalan bertambah kuat
5. Mempunyai pengaruh pada pendataran dan pembukaan serviks

8) Bloody Show (lender disertai darah dari jalan lahir)

Dengan pendataran dan pembukaan, lender dari canalis cervikalis keluar disertai dengan sedikit darah.Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena terlepasnya selaput janin bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa kapiler darah terputus (Yanti, 2010:9).

9) Pengeluaran cairan

Sebagian pasien mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban.Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam.Namun, jika ternyata tidak tercapai maka persalinan akhirnya diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum atau section caesaria. (Sulistyawati A, 2013 : 7)

F. Adaptasi fisiologis ibu bersalin

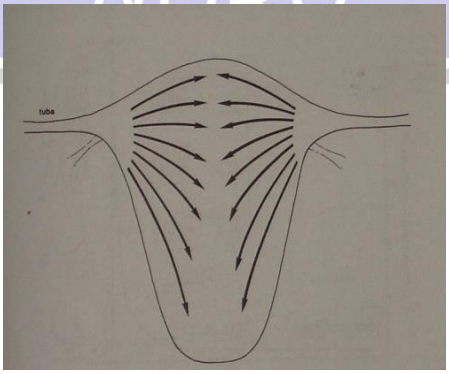
A. Perubahan Fisiologis Ibu Bersalin Kala I

Menurut Yanti (2009:93) perubahan fisiologis Kala I meliputi :

1) Uterus (rahim)

Pada uterus terdapat keistimewaan yaitu kontraksi uterus dimulai dari fundus uteri dan terus menyebar kedepan dan kebawah abdomen, gerak his dengan masa yang terpanjang dan sangat kuat pada fundus sumber dari timbulnya kontraksi pada pace maker.

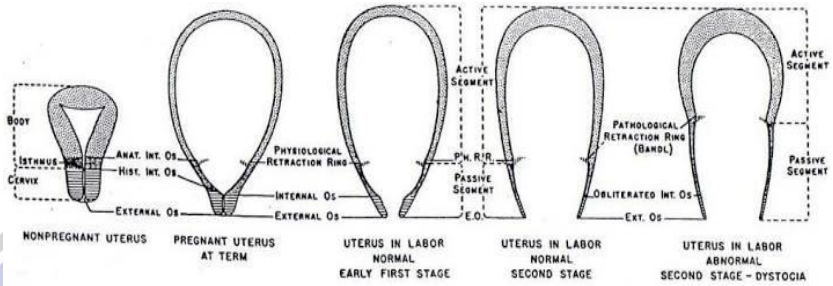
Gambar Kontraksi uterus



Manuaba, 2007: 274

Selama persalinan aktif, pembagian uterus semakin mencolok.Dengan palpasi abdomen, bahkan sebelum ketuban pecah, kedua segmen dapat dibedakan. Segmen atas teraba padat saat kontraksi, sementara segmen bawah lebih lunak, teregang, dan pasif (Cunningham dkk,2013:148).

Gambar 2.4 perubahan uterus



Manuaba,2007: 284

2) Serviks

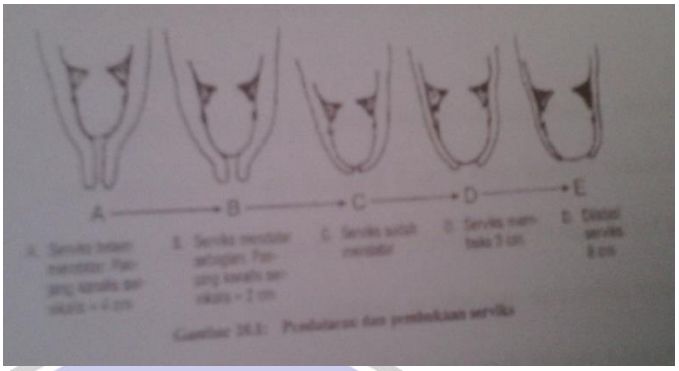
1) Pendataran dari serviks/ Effasement

Pendataran serviks adalah pemendekan dari kanalis serviklis yang semula berupa sebuah saluran yang panjangnya 1-2 cm, menjadi suatu lubang saja dengan pinggir yang tipis.

2) Pembukaan dari serviks

Pembukaan serviks adalah pembesaran dari ostium externum yang tadinya berupa suatu lubang dengan diameter beberapa millimeter menjadi lubang yang dapat dilalui anak, kira – kira 10 cm diameternya.

Gambar pembukaan serviks



Manuaba,2007: 286

3) Sistem Urinarius

Pada akhir bulan ke-9, dari hasil pemeriksaan didapatkan fundus uteri lebih rendah daripada kedudukannya dan kepala janin sudah mulai masuk kedalam PAP.Keadaannya ini menyebabkan kandung kemih sehingga merangsang ibu untuk sering kencing.Hal itu juga didukung karena pada Kala I terjadi kontraksi/his pembukaan yang menyebabkan kandung kemih semakin tertekan.

4) Sistem Kardiovaskuler

a. Tekanan darah

Tekanan darah meningkat saat kontraksi, sistole meningkat sekitar 10 – 20 mmHg, sedangkan diastole meningkat sekitar 5 – 10 mmHg.

b. Denyut jantung

Karena kontraksi menyebabkan metabolisme meningkat, mengakibatkan kerja jantung meningkat sehingga denyut jantung akan meningkat selama kontraksi.

5) Sistem Pencernaan

Saat persalinan dimulai terjadi penurunan hormone yang berpengaruh terhadap sistem pencernaan, sehingga pencernaan menjadi lebih lambat

selama persalinan.Keadaan ini menyebabkan makanan lebih lama tinggal dilambung, maka banyak ibu yang melahirkan mengalami obstipasi.Selain itu terjadi peningkatan getah lambung sehingga dapat terjadi mual dan muntah.

6) Sistem Respirasi

Selama persalinan Kala I, ibu membutuhkan tambahan energi yang besar sehingga ibu mengalami peningkatan pernafasan karena adanya kontraksi uterus dan peningkatan metabolisme, kadang – kadang ibu juga merasakan sesak karena diafragma tertekan oleh janin.

B. Perubahan Fisiologis Kala II

Menurut Yanti (2009: 140) perubahan fisiologis kala II yaitu :

1. Uterus

Kontraksi uterus selama persalinan sama dengan gelombang di pantai. Kontraksi tersebut berirama, teratur, involunter, serta mengikuti pola yang berulang.

2. Vulva dan Anus

a) Saat kepala berada di dasar panggul, perineum menjadi menonjol dan menjadi lebar dan anus membuka.

b) Labia mulai membuka dan kepala janin tampak di vulva pada waktu his

c) Perineum akan robek bila tidak ada tahanan

C. Perubahan fisiologis kala III

Otot uterus menyebabkan berkurangnya ukuran rongga uterus secara tiba-tiba setelah lahirnya bayi.Penyusutan ukuran rongga uterus ini menyebabkan implantasi plasenta karena tempat implantasi menjadi semakin

kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah. Oleh karena itu plasenta akan menekuk, menebal, kemudian terlepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau bagian atas vagina. (Prawirohardjo, 2010 : 297)

D. Perubahan fisiologis kala IV

1) Tanda vital

Dalam 2 jam pertama setelah persalinan, tekanan darah, nadi dan pernapasan akan berangsur kembali normal. Suhu pasien biasanya akan mengalami sedikit peningkatan, tapi masih dibawah 38˚C, hal ini disebabkan oleh kurangnya cairan dan kelelahan. Jika intake cairan baik, maka suhu akan berangsur normal kembali setalah 2 jam.

2) Sistem gastrointestinal

Selama 2 jam pascapersalinan kadang dijumpai pasien merasa mual sampai muntah, atasi hal ini dengan posisi tubuh yang memungkinkan dapat mencegah terjadinya aspirasi ncorpus aleanum kesaluran pernapasan dengan setengah duduk atau duduk ditempat tidur.perasaan haus pasti dirasakan pasien., oleh karena itu hidrasi sangat penting diberikan untuk mencegah dehidrasi.

3) Sistem renal

Selama dua jam pasca persalinan kandung kemih masih dalam keadaan hipotonik akibat adanya alostaksis sehingga sering dijumpai kandung kemih dalam keadaan penuh dan mengalami pembesaran. Hal ini disebabkan oleh tekanan pada kandung kemih dan uterus selama persalinan.

4) Sistem kardiovaskuler

Setelah persalinan, shunt akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah pasien relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menyebabkan beban pada jantung dan akan menimbulkan dekompensasio kordis pada pasien dengan vitum kardio. Keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan adanya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti kondisi awal.

5) Serviks

Perubahan pada serviks terjadi setelah bayi lahir.Bentuk serviks agak menganga seperti corong.Bentuk ini disebabkan oleh korpus uterus yang dapat mengadakan kontraksi.Serviks berwarna merah kehitaman karena penuh dengan pembuluh darah.Konsistensi lunak.Muara serviks yang berdilatasi sampai 10 cm sewaktu persalinan akan menutup secara perlahan dan bertahap. Setelah bayi lahir tangan bisa masuk kedalam rongga rahim, setelah 2 jam hanya dapat dimasuki 2-3 jari.

6) Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut kedua organ ini tetap 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.

7) Pengeluaran ASI

Dengan menurunnya hormon estrogen, progesteron dan Human Placenta Lactogen Hormon setelah plasenta lahir, prolactin dapat

berfungsi membentuk ASI dan mengeluarkannya kedalam alveoli bahkan sampai ductus kelenjar ASI. (Sulistyawati.2010 : 178)

G. Adaptasi Psikologis Ibu Bersalin

A. Menurut Yanti (2009:100)Perubahan Psikologis Ibu Bersalin Kala I yaitu :

1) Kecemasan dan ketakutan pada dosa – dosa atau kesalahan – kesalahan sendiri
2) Timbulnya rasa tegang, ketakutan, kecemasan dan konflik – konflik batin.
3) Sering timbul rasa jengkel, tidak nyaman, badan selalu kegerahan, tidak sabaran sehingga harmoni antara ibu dan janin yang dikandungnya jadi terganggu.

B. Perubahan psikologis ibu pada kala II menurut Yanti (2009: 145) diantaranya:

1) Perasaan ingin meneran dan ingin BAB.
2) Panik / terkejut dengan apa yang dirasakan pada daerah jalan lahirnya.
3) Bingung dengan apa yang terjadi pada saat pembukaan lengkap.
4) Membutuhkan pertolongan, frustasi, marah. Dalam hal ini dukungan dari keluarga / suami saat proses mengejan sangat dibutuhkan.
5) Tidak memperdulikan apa saja dan siapa saja yang ada dikamar bersalin
6) Rasa lelah dan sulit mengikuti perintah
7) Fokus pada dirinya dari pada bayinya
8) Lega dan puas karena diberi kesempatan untuk meneran

C. Perubahan psikologis kala III menurut Rohani dkk (2013: 8-9) yaitu :

1) Ibu ingin melihat, menyentuh dan memeluk bayi

2) Merasa gembira, lega, dan bangga dirinya juga merasa lelah
3) Memusatkan diri dan kerap bertanya apakah vaginanya perlu dijahit
4) Menaruh perhatian terhadap plasenta

D. Perubahan psikologis kala IV menurut Varney (2006)

1) Kesiapan emosi

Tingkat emosi pada ibu bersalin cenderung kurang bisa terkendali yang di akibatkan oleh perubahan – perubahan yang terjadi pada dirinya sendiri serta pengaruh dari orang – orang terdekatnya, ibu bersalin biasanya lebih sensitive terhadap semua hal.Untuk dapat lebih tenang dan terkendali biasanya lebih sering bersosialisasi dengan sesama ibu – ibu hamil lainnya untuk saling tukar pengalaman dan pendapat.

2) Persiapan menghadapi persalinan (fisik, mental,materi dsb)

Biasanya ibu bersalin cenderung mengalami kekhawatiran menghadapi persalinan, antara lain dari segi materi apakah sudah siap untuk menghadapi kebutuhan dan penambahan tanggung jawab yang baru dengan adanya calon bayi yang akan lahir. Dari segi fisik dan mental yang berhubungan dengan risiko keselamatan ibu itu sendiri maupun bayi yang di kandungnya.

3) Support system

Peran serta orang-orang terdekat dan di cintai sangat besar pengaruhnya terhadap psikologi ibu bersalin biasanya sangat akan membutuhkan dorongan dan kasih sayang yang lebih dari

seseorang yang di cintai untuk membantu kelancaran dan jiwa ibu itu sendiri.

H. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

Kebutuhan ibu bersalin menurut Yanti (2009: 47) yaitu :

A. Dukungan Fisik dan Psikologis

Bidan adalah orang yang diharapkan ibu sebagai pendamping persalinan yang dapat diandalkan serta mampu memberikan dukungan, bimbingan dan pertolongan persalinan.Dukungan dapat diberikan oleh orang – orang terdekat pasien (suami, keluarga, teman, perawat, bidan dan dokter).

B. Kebutuhan Makanan dan Cairan

Makanan padat tidak boleh diberikan selama persalinan aktif, oleh karena makanan padat lebih lama tinggal dalam lambung daripada makanan cair, sehingga proses pencernaan lebih lambat selama persalinan. Untuk mencegah dehidrasi, pasien dapat diberikan banyak minuman segar (jus buah, sup, dll) selama proses persalinan, namun bila mual / muntah dapat diberikan cairan IV (RL).

C. Kebutuhan Eliminasi

Kandung kemih harus dikosongkan setiap 2 jam selama proses persalinan. Demikian pula dengan jumlah dan waktu berkemih juga harus dicatat. Bila pasien tidak dapat berkemih sendiri, dapat dilakukan kateterisasi, oleh karena kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terbawah janin.

D. Posisi dan Aktifitas

Posisi meneran adalah posisi yang nyaman selama ibu bersalin.Ibu bersalin dapat berganti posisi secara teratur selama persalinan kala II,

karena hal ini seringkali mempercepat kemajuan persalinan dan ibu mungkin merasa dapat meneran secara efektif pada posisi tertentu yang dianggap nyaman bagi ibu.

E. Pengurangan rasa nyeri

a. Posisi ibu dan perubahan posisi

b. Pijatan (massage)

c. Tekanan (pressure)

d. Distraksi

I. Mekanisme Persalinan Normal

Menurut Sulistyowati (2013 : 110-111) mekanisme persalinan terbagi menjadi tahap-tahap berikut:

A. Penurunan (*engagement*) : Terjadi selama prosespersalinan karena daya dorong dari kontraksi uterus yang efektif, serta kekuatan meneran dari pasien.

B. Penguncian (engagement) : Tahap penurunan pada waktu diameter biparietal dari kepala janin telah melalui lubang masuk panggul pasien

C. Flexi : Dalam proses masuknya kepala janin ke dalam panggul, fleksi menjadi hal yang sangat penting karena dengan fleksi diameter kepala janin terkecil dapat bergerak melalui melalui panggul dan terus menuju dasar panggul.

D. Putar paksi dalam : Putaran internal dari kepala janin akan membuat diameter anteroposterior (yang lebih panjang) dari kepala menyesuaikan diri dengan diameter anteroposterior dari panggul pasien.

E. Extensi : Cara kelahiran ini untuk kepala dengan posisi oksiput posterior. Prose ini karena gaya tahanan dari dasar panggul, dimana gaya tersebut

membentuk lengkungan curus, yang mengarahkan kepala ke atas menuju corong vulva.

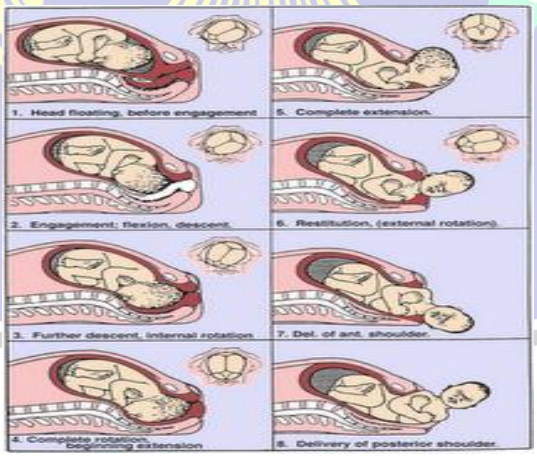
F. Restitusi : Perputaran kepala sebesar 45 derajat baik ke kanan atau kiri, bergantung kepada arah dimana ia mengikuti perutaran menuju posisi oksiput anterior.

G. Putar paksi luar : Putaran ini terjadi secara bersamaan dengan putaran internal dari bahu. Pada saat kepala janin mencapai dasar panggul, bahu akan mengalami perputaran dalam arah yang sama dengan kepala janin agar terletak dalam diameter yang besar dari rongga panggul

H. Lahirnya bahu dan seluruh anggota badan bayi : Bahu posterior akan mengembangkan perineum dan kemudian dilahirkan dengan cara fleksi lateral.

Gambaran dari proses mekanisme persalinan dapat dilihat di gambar bawah ini,

Gambar Mekanisme Persalinan



Manuaba, 2007: 307

J. **Asuhan Kebidanan Persalinan**

A. Asuhan Kebidanan Pada Persalinan Kala I

I. Penapisan Ibu Bersalin

Menurut APN (2008 : 50) tujuan dari penapisan awal adalah untuk menentukan apakah ibu boleh bersalin di bidan praktek swasta (BPS) atau harus dirujuk, apabila didapati salah satu/lebih penyulit maka ibu harus dirujuk di rumah sakit :

1. Riwayat bedah besar
2. Perdarahan pervaginam
3. Persalinan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)
4. Ketuban pecah dengan mekonium yang kental
5. Ketuban pecah lama (>24 jam)
6. Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)
7. Ikterus
8. Anemia berat
9. Tanda/gejala Infeksi
10. Pre-eklampsia/Hipertensi dalam kehamilan
11. Tinggi fundus uteri 40 cm atau lebih
12. Gawat janin
13. Primipara dalam fase aktif kala I persalinan dengan palpasi kepala masih 5/5
14. Presentasi bukan belakang kepala
15. Presentasi ganda (majemuk)
16. Kehamilan gemeli

17. Tali pusat menumbung

18. Syok

II. Partograf

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik, berikut keterangan partograf berdasarkan APN, 2008 (54-70).

a. Tujuan utama dari penggunaan partograf menurut APN(2008:55)

1) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui periksa dalam

2) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal

3) Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, bayi, grafik kemajuaan persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan yang dicatat secara lengkap. Partograf digunakan untuk semua ibu hamil dalam fase aktif kala satu persalian

b. Pencatatan pada partograf

Dalam fase laten kondisi ibu dan bayi juga harus dinilai dan dicatat dengan seksama yaitu :

a. Denyut jantung janin setiap ½ jam

b. Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus ½ jam

c. Nadi setiap ½ jam

d. Pembukaan serviks setiap 4 jam

e. Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam

f. Tekanan darah dan temperature tubuh setiap 4 jam

g. Produksi urine, aseton, dan protein setiap 2 jam

Halaman depan partograf mengintruksikan observasi dimulai pada fase aktif persalinan dan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan selama fase aktif yaitu :

1. Informasi tentang ibu
   a) Nama, umur
   b) Gravida, para, abortus
   c) Nomor catatan medik
   d) Tanggal dan waktu mulai dirawat
   e) Waktu pecahnya selaput ketuban
2. Kondisi janin

   Menurut APN(2008:58) yang dipantau dari kondisi janin adalah

   a) DJJ : nilai dan catat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit. Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf diantara garis tebal pada angka 180 dan 100.
   b) Warna dan adanya air keutuban, cara penulisannya adalah :

      U : Kulit ketuban masih utuh

      J : Selaput ketuban pecah dan air ketuban jernih

      M : Air ketuban bercampur meconium

      D : Air ketuban bercampur darah

      K : Tidak ada cairan ketuban / kering.
   c) Penyusupan kepala janin adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala janin dapat menyesuaikan diri terhadap bagian tulang keras panggul. Semakin besar derajat penyusupan tulang kepala

janin maka semakin menunjukkan resiko diproposi kepala panggul (CPD). Cara penulisannya menggunakan lambang-lambang berikut:

0 : tulang – tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah 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 tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan

3. Kemajuan persalinan

a) Pembukaan serviks

Pemantauan dilakukan mulai pembukaan 4-10 cm dan diberi tanda (X)

b) Penurunan bagian terbawah atau presentasi janin

Mengacu pada bagian kepala (di bagi 5 bagian) yang teraba (pada pemerikasaan abdomain/luar) di atas simfisis pubis ; catat dengan tanda lingkaran (O) pada setiap pemeriksaan dalam. Pada posisi 0/5, sinsiput (S) atau paruh atas kepala berada di simfisis pubis.

c) Kontraksi uterus

Catat setiap 30 menit.Lakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya masing–masing kontraksi dalam hitungan detik.

Kurang dari 20 detik

Antara 20 dan 40 detik

Lebih dari 40 detik

Cara menuliskan di partograf dengan melakukan arsiran dengan bentuk tertentu (sesuai dengan durasi kontraksi) dikotak-kotak yang ada dalam grafik.Skala dalam grafik 1-5, dimaksudkan untuk menggambarkan jumlah kontraksi dalam 10 menit serta bagaimana kualitasnya. Misalnya dalam 10 menit terdeteksi 2 kontraksi dengan durasi 20-40 detik, maka yang diarsir adalah 2 kotak sesuai dengan durasi 20-40 detik.

4. Jam dan waktu
   a) Waktu mulainya fase aktif persalinan
   b) Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian
5. Obat-obatan dan cairan yang diberikan
   a) Oksitosin
   b) Obat-obatan lainnya dan cairan pada kala IV yang diberikan
6. Kondisi ibu
   a) Nadi (diperiksa minimal setiap 4 jam), tekanan darah (diperiksa setiap 30 menit) dan suhu (pemeriksaan setiap 2 jam)
   b) Urin (volume, aseton atau protein).
7. Penurunan kepala janin menurut sistem perlimaan

   Menurut Rohani dkk (2013: 85) penilaian penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada di atas tepi simpisis dan dapat di ukur dengan perlimaan

Tabel 2.7 penurunan kepala dengan perlimaan

Periksa Luar	**Periksa Dalam**	**Keterangan**
5/5		Kepala diatas PAP, mudah digerakkan
4/5	H I-II	Sulit digerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
3/5	H II-III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
2/5	H III +	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
1/5	H III-IV	Kepala di dasar panggul
0/5	H IV	Di perineum

Sumber: Rohani, dkk. 2013. Asuhan kebidanan pada Masa Persalinan, Salemba Medika, Jakarta, halaman 85

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO

Tabel 2.8

Penurunan Kepala Janin

Pemeriksaan Luar	Periksa Dalam	Keterangan
= 5/5		Kepala di atas PAP, mudah digerakkan
= 4/5	H I – II	Sulit digerakkan. Bagian terbesar kepala belum masuk penggul
= 3/5	H II – III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
= 2/5	H III +	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
= 1/5	H III – IV	Kepala di dasar panggul
= 0/5	H IV	Di perineum

Sumber : Prawirohardjo, S. 2012

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO

Pencatatan pada partograf

a) Mengacu kepada bagian kepala (dibagi 5 bagian) yang teraba pada pemeriksaan abdomen luar diatas sympisis pubis
b) Cara menuliskannya dengna menggunakan symbol huruf "O" yang dituliskan di skala 0-5 dengan pembagian perlima untuk setiap penurunan kepala. Contohnya, jika teraba 3/5 bagian kepala, maka dituliskan pada skala angka 3; jika teraba 4/5 bagian kepala maka dituliskan di skala 4.
c) Jika skala sudah turun dan pembukaan lengkap yaitu 0/5, maka dituliskan dalam skala 0.

8. Vagina toucher (VT)

Menurut Sulistyawati (2010 : 73) pemeriksaan dalam adalah pemeriksaan genetalia dalam mulai dari vagina sampai serviks menggunakan dua jari dengan menggunakan teknik skala ukuran jari (lebar satu jari berarti 1 cm) untuk menentukan dilatasi serviks.

Cara melakukan pemeriksaan dalam

1. Mencuci tangan dan memakai darung tangan steril
2. Tangan kiri membuka labia, tangan kanan jari tengah masuk dulu kemudian diikuti jari telunjuk. Setelah jari masuk, tangan kiri pindah di fundus.

Pemeriksaan dalam digunakan untuk menilai :

a) Pembukaan serviks
b) Dilatasi dan efficement serviks
c) Pecah tidaknya selaput ketuban

d) Presentasi janin dan posisi bayi

e) Seberapa jauh bagian terendah janin masuk dalam panggul

f) Adakah molase atau penyusupan

g) Apakah ada bagian-bagian anak yang menumbung seperti tangan, lengan, kaki atau tali pusat

IndikasiVT :

1) Ketuban pecah sebelum waktunya.

2) Untuk mengevaluasi pembukaan cervik uteri/ kemajuan persalinan.

3) Untuk menyelesaikan persalinan atau melakukan rujukan.

4) Petunjuk partograf WHO setiap 4 jam.

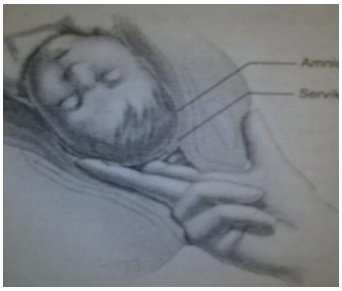
Kontra indikasi VT :

1) Pasien hamil dengan perdarahan pervagina

Perdarahan pervaginam pada kehamilan trimester III, karena kemungkinan adanya plasenta previa, dapat menjadi penyebab perdarahan yang lebih berat (hanya boleh dilakukan dimeja operasi, dilakukan dengan cara perabaan fornices dengan sangat hati-hati).

2) Adanya infeksi daerah genetalia.

Gambar 2.7 Vaginal Toucher



Johariah,S.ST. 2012: 20

B. Asuhan Kebidanan Pada Persalinan Kala II

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

1. Tanda dan gejala kala II

a) His semakin kuat, dengan interval 2- 3 menit

b) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi

c) Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum atau vagina

d) Perineum terlihat menonjol

e) Vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka

f) Peningkatan pengeluaran lendir dan darah

Diagnosis kala II ditegakkan atas dasar pemeriksaan dalam yang menunjukkan :

a) Pembukaan serviks telah lengkap

b) Terlihat bagian kepala bayi pada introitus vagina

2. Macam-Macam Posisi Dan Keuntungan

a) Setengan duduk/duduk

1) Membantu turunnya kepala janin jika persalinan berjalan lambat dengan manfaat gaya grafitasi.

2) Memberi kesempatan istirahat diantara kontraksi.

3) Mengurangi rasa nyeri hebat.

4) Lebih mudah bagi bidan untuk membimbing kelahira kepala bayi dan mengamati perineum.

b) Jongkok.

1) Menbantu penurunan kepala bayi.

2) Memperbesar ukuran panggul menambah 28% ruang outletnya.

3) Memperbesar dorongan untuk meneran (bisa memberi konstribusi pada laserasi perineum).

c) Merangkak.

1) Posisi baik untuk ibu yang mengalami nyeri punggung.

2) Membantu janin dalam melakukan rotasi.

3) Mencegah peregangan perineum.

4) Mengurangi keluhanhemoroid.

(Johariah,dkk,2012:39)

d) Tidur miring kekiri.

Berbaring mirirng kekiri nerupakan posisi baik bagi ibu jika kelelahan karena ibu bisa beristirahat dengan mudah diantara kontraksi, sehingga ibu lebih santai.

1) Oksigenasi lebih baik untuk bayi.

2) Membantu mencegah terjadinya laserasi.

3) Mamberi rasa santai yang letih.

e) Berdiri, berjalan, bersandar.

1) Efektif memberi stimulasi kontraksi uterus.

2) Pengaruh gaya gravitasi sehingga mepengaruhi penurunan kepala.

3. Amniotomi

Amniotomi adalah tindakan untuk membuka selaput ketuban dengan jalan membuat robekan kecil yang kemudian akan melebar. Dilakukan saat pembukaan sudah lengkap tapi selaput ketuban belum pecah, dilakukan diakhir kontraksi, kepala sudah turun di panggul dengan baik, dan tidak teraba bagian terkecil janin (misalnya tali pusat, tangan) (Sulistyawati, 2010 : 123).

Bahaya yang potensial disebabkan oleh amniotomi yaitu

a) Prolaps tali pusat potensial jika ketuban pecah dengan kondisi kepala janin belum *engage* atau janin memiliki presentasi gabungan atau dengan presentasi bokong atau bayi kecil.

b) Infeksi intrauterus potensial jika ketuban pecah sebelum persalinan dimulai dan pecahnya ketuban berlangsung lama.

Gambar Amniotomi

Sulistyawati,Ari.2010: 123

4. Episiotomi

Episiotomi adalah insisi dari perineum untuk memudahkan persalinan dan mencegah rupture perineum totalis (Sulistyawati Ari, 2010: 124)

a. Menurut Yanti (2009: 166) Ada empat macam episiotomi, yaitu sebagai berikut:

1) Episiotomi medialis yang dibuat digaris tengah

2) Episiotomi mediolateralis dari garis tengah ke samping menjauhi anus

3) Episiotomi lateralis, 1-2 cm diatas komisura posterior ke samping

4) Episiotomi sekundar, kalau kita melihat rupture perineum atau episiotomi medialis yang melebar sehingga mungkin menjadi rupture perineum totalis, maka kita gunting ke samping.

b. Tujuan episiotomi menurut Yanti (2009:168) adalah :

1) Episiotomi membuat luka yang lurus dengan pinggir yang tajam, sedangkan rupture perineum yang spontan bersifat luka koyak dengan dinding luka bergerigi. Luka lurus dan tajam lebih mudah dijahit dan sembuh dengan sempurna

2) Mengurangi tekanan pada kepala bayi

3) Mempersingkat kala II

4) Episiotomy lateralis dan mediolateralis mengurangi kemungkinan ruptue perineum totalisIndikasi untuk melakukan episiotomi

1) Gawat janin

2) Persalinan per vaginam dengan penyulit (sungsang, distosia bahu,ekstrksi forceps dll)

3) Jaringan parut pada perineum atau vagina yang menghalangi kemajuan persalinan

c. Waktu yang tepat melakukan episiotomi

1) Pada waktu puncak his dan saat pasien meneran

2) Perineum sudah tipis

3) Lingkar kepala pada perineum sekitar 5 cm

5. Aauhan Persalinan Normal (APN):

1. Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala dua.
2. Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan
3. Memakai celemek plastik dan Alat Pelindung Diri (APD).

4. Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan degan sabun dan air mengalir.
5. Menggunakan sarung tangan DTT
6. Mengambil alat suntik dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin dan letakan kembali ke dalam wadah partus set.
7. Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas basah.
8. Melakukan pemeriksaan dalam.
9. Mencelupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%,
10. Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai (pastikan DJJ dalam batas normal (120 – 160 x/menit).
11. Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada his apabila ibu sudah merasa ingin meneran.
12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Johariah, dkk, 2012:115)
13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
14. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
15. Meletakan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu.
16. Meletakan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian bawah bokong ibu.
17. Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.

18. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
19. Saat kepala janin terlihat pada vulva dengan diameter 5 – 6 cm, memasang handuk bersih untuk mengeringkan janin pada perut ibu.
20. Memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin.
21. Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.
22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental.
23. Setelah bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah.
24. Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri punggung ke arah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah. (Johariah, dkk, 2012:115)
25. Melakukan penilaian selintas :
26. Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan?
27. Apakah bayi bergerak aktif ?
28. Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks.
29. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.
30. Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin.
31. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit IM(intramaskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral.
32. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali

33. pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
34. Mengikat tali pusat dengan benang DTT.
35. Meletakkan bayi tengkurap di dada ibu agar ada kontak kulit atara bayi dan ibu.
36. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi.
37. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 -10 cm dari vulva. (Johariah, dkk, 2012:115)
38. Meletakan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.
39. menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati ke arah dorsokrainal.
40. Melakukan penegangan dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorsokranial).
41. Setelah plasenta tampak pada introitus vagina, teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati. Pegang plasenta dengan kedua tangan dan lakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban.
42. Segera setelah plasenta lahir, melakukan masase (pemijatan).
43. Periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap.

44. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.
45. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
46. Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.
47. Setelah satu jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K1 1 mg intramaskuler di paha kiri anterolateral.
48. Setelah satu jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.
49. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
50. Mengajarkan ibu/keluarga cara
    melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
51. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
52. Memeriksakan nadi ibu dan keadaan kandung kemih.
53. Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik serta suhu tubuh normal.
54. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit).
55. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai. (Johariah, dkk, 2012:115)
56. Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT.
57. Memastikan ibu merasa nyaman.

58. Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%.
59. Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5%.
60. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
61. Melengkapi partograf.

C. Asuhan kebidanana persalianan kala III

a. Tanda-tanda kala III

1) Setelah bayi lahir his berhenti sebentar dan timbul setelah beberapa menit disebut his pengeluaran uri.
2) Setelah bayi lahir uterus teraba seperti tumor yang keras, segmen atas lebar karena mengandung plasenta, fundus uteri teraba sedikit dibawah pusat.
3) Bila plasenta telah lepas bentuk uterus menjadi bundar hingga perubahan bentuk ini disebut tanda pelepasan plasenta.
4) Jika keadaan ini dibiarkan maka plasenta lepas fundus uteri naik sedikit sehingga setinggi pusat atau lebih dan bagian tali pusat diluar vulva menjadi lebih panjang.
5) Naiknya fundus uteri disebabkan karena plasenta jatuh dalam SBR atau bagian atas vagina dan demikian mengangkat uterus berkontraksi, dengan sendirinya akibat lepasnya plasenta bagian tali pusat yang lahie semakin panjang.
6) Lamanya kala uri 8,5 menit, dam pelepasan plasenta hanya memakan waktu 2-3 menit. (Johariah,dkk,2012:37)

b. Mekanisme pelepasan plasenta

Setelah bayi lahir, kontraksi akan terus menerus dan ukuran rongganya akan mengecil. Pengurangan dalam ukuran ini menyebabkan

penguranan dalam ukuran atau penyambungan placenta, oleh kerana itu sambungan placenta mengecil, plasenta menjadi lebih tebal dan mengerut serta memisahkan diri dari dinding uterus. Permulaan proses pemisahan diri dari dinding uterus atau pelepasan plasenta. (Sulistyawati, A,2013: 157) yaitu :

1) Menurut Duncan : plasenta lepas dari mulai pinggir (marginal) disertai dengan keluarnya darah pada vagina apabila plasenta mulai terlepas
2) Menurut Schultz : plasenta mulai dari bagian tengah (sentral) dan tandanya perpanjangan tali pusat yang terlihat pada vagina
3) Terjadi serempak atau kombinasi dari keduanya.

Sebagian dari pembuluh darah yang kecil akan robek saat plasenta terlepas. Situs plasenta akan berdarah terus sampai uterus berkontraksi seluruhnya. Setelah plaseta lahir, dinding uterus akan berkontraksi dan menekan seluruh pembuluh darah yang akhirnya akan menghentikan perdarahan dari situs plasenta tersebut.

Tanda-tanda pelepasan plasenta.

1) Semburan darah : semburan darah ini disebabkan karena penyumbat retroplasenter pada saat plasenta lepas.
2) Pemanjangan tali pusat : hal ini diebabkan karena plasenta turun ke segmen bawah Rahim yang lebih bawah atau rongga vagina.
3) Perubahan bentuk uterus dari discoid menjadi globuler (bulat).
4) Perubahan dalam uterus yaitu uterus naik dalam abdomen. Hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa setelah plasenta lepas TFU naik

disebabkan oleh adanya pergerakan plasenta kesegmen bawah uterus. (Sulistyawati, A,2013: 158)

c. Teknik pengecekan plasenta

Menurut Yanti (2009 : 194), untuk mengetahui lepasnya plasenta dapat dengan cara berikut :

1. Kutsner

   Meletakkan tangan disertai tekanan pada/diatas simpisis tali pusat ditegangkan, maka bila tali pusat masuk berarti belum lepas, maju berarti sudah lepas.

2. Klein

   Sewaktu ada his, rahim kita dorong sedikit tali pusat kembali berarti belum lepas, diam/turun berarti lepas.

3. Strassman

   Tangan kanan memegang tali pusat, tangan kiri mengetok fundus jika bergetar berarti belum lepas, jika tak bergetar berarti sudah lepas.

4. Manuaba

   Tangan kiri memegang uterus pada segmen rahim, sedangkan tangan kanan memegang dan mengencangkan tali pusat. Bila tarikan terasa berat dan tali pusat memanjang berarti belum lepas, bila tarikan terasa ringan dan tali pusat memanjang berarti sudah lepas.

5.Crede

Dengan cara memijat uterus seperti memeras jeruk agar plasenta lepas dari dinding uterus. Gunakan 4 jari pada dinding rahim belakang ibu jari di fundus depan tengah untuk memijit rahim dan mendorong sedikit ke bawah. Lakukan pemijatan sewaktu ada his, jangan menarik tali pusat karena bisa terjadi inversio uteri.

d. Pemeriksaan pada kala III

a) Plasenta.

Pastikan seluruh plasenta sudah lahir lengkap dengan memeriksa jumlah kotiledonnya (rata-rata 20 kotiledon).

b) Tali pusat.

Setelah plasenta lahir periksa tali pusat :

1) Panjang tali pusat.
2) Bentuk tali pusat.
3) Insersio tali pusat.
4) Jumlah vena dan arteri pada tali pusat.
5) Lilitan tali pusat.

e. Inisiasi menyusui dini.

Inisiasi menyusu dini (IMD) adalah bayi mulai menyusu sendiri segera setelah lahir.Cara bayi melakukan inisiasi menyusui dini dinamakaan the best crawl atau mencari payudara.(Johariah, dkk, 2012:177)

Cara menyusui yang benar.

1) Duduk dengan posisi santai menggunakan kursi rendah.
2) Sebelum menyusui keluarkan Asi sedikit dan oleskan pada putting susu dan areola.
3) Gunakan selimut atau bantal untuk menopang bayi.
4) Tangan kanaan menyangga payudara kiridan keempat jari dan ibu jari menekan payudara bagian atas areola.
5) Bayi diberi rangsangan untuk membuka mulut dengan cara menyentuh pipi dengan putting susu atau menyentuh sisi mulut bayi.
6) Setelah bayi membuka mulut, dengan cepat kepala bayi didekatkan ke payudara ibu dengan putting susu serta areola dimasukkan ke mulut bayi.

f. Manajemen aktif kala III

1) Definisi

Manajemen aktif kala III adalah mengupayakan kala III selesai secepat mungkin dengan melakukan langkah-langkah yang memungkinkan plasenta lepas dan lahir cepat.

2) Tujuan :

a) Mengurangi kejadian perdarahan pascakelahiran
b) Mengurangi lamanya kala III
c) Mengurangi penggunaan transfuse darah
d) Mengurangi penggunaan terapi oksitosin

Menurut Sulistyawati (2010 : 160), komponen MAK III diantaranya :

1. Pemberian Oksitosin IM segera setelah bayi lahir.

   Pemberian suntikan oksitosin dilakukan dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir. Suntikan oksitosin dengan dosis 10 IU (1 cc) diberikan secara intramuskuler (IM) pada sepertiga bagian atas paha bagian luar *(aspektus lateralis).* Tujuan pemberian suntikan oksitosin dapat menyebabkan uterus berkontraksi dengan kuat dan efektif sehingga dapat membantu pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah.

2. Penegangan tali pusat terkendali.

   a) Meletakan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, tepat diatas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus, memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.

   b) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang – atas (dorso – kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas.

      Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.

   c) Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong

menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir, (tetap lakukan tekanan dorso-kranial)

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

Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:

1. Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM
2. Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh.
3. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
4. Ulangi penegangna tali pusat 15 menit berikutnya.
5. Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual.

d) Saat plasenta terlihat di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan menggunakan ke dua tangan, pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilih kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.

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

3. Masase fundus uteri.

Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan Masase uterus, meletakan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (Fundus menjadi keras), sedangkan tangan kanan memastikan bahwa kotiledon dan selaput plasenta dalam keadaan lengkap

D. Asuhan kebidanan persalinan Kala IV (Observasi)

Asuhan kebidanan persalinan kala IV menurut Yanti (2009:219) meliputi:

a. Evaluasi kontraksi uterus

Evaluasi kontraksi uterus dimulai sejak plasenta lahir.Tanda – tanda bahwa kontraksi uterus dalam keadaan baik adalah konsistensi keras, bila konsistensi lunak harus dilakukan masase uterus.

b.Pemeriksaan plasenta dan laserasi

Inspeksi plasenta segera setelah persalinan bayi harus menjadi tindakan rutin.Jika ada bagian plasenta yang hilang, uterus harus dieksplorasi dan potongan plasenta dikeluarkan karena dapat menimbulkan perdarahan.Robekan jalan lahir merupakan penyebab kedua tersering dari perdarahan pasca persalinan.Perdarahan pasca persalinan dengan uterus yang berkontraksi baik biasanya disebabkan oleh robekan serviks atau vagina.Setelah persalinan harus selalu dilakukan pemeriksaan vulva dan perineum.

Robekan perineum dipegaruhi oleh beberapa factor yaitu factor maternal, factor janin, factor penolong.Factor maternal meliputi partus presipitatus yang tidak dikendalikan dan tidak ditolong. Pasien tidak mampu berhenti mengejan, partus diselesaikan secara tergesa-gesa dengan dorongan

fundus yang berlebihan, oedem dan kerapuhan pada perineum, Varikositas vulva yang melemah jaringan perineum, arkus pubis sempit dengan pintu bawah panggul yang sempit sehingga menekan kepala bayi kearah posterior, perluasan episiotomy. Factor janin antara lain bayi yang besar posisi kepala yang abnormsl (misalnya presentasi muka dan occipitoposterior), kelahiran bokong ekstraksi forceps yang sukar, distosia bahi, anomali congenital seperti hydrocephalus. (oxorn, 2010). Factor penolong meliputi cara memimpin mengejan, cara berkomunikasi dengan ibu ketrampilan menahan perineum pada saat ekspulsi kepala, anjuran posisi meneran. (Mochtar, 2000)

b. Penjahitan laserasi Perineum/Episiotomi

Laserasi diklasifikasikan berdasarkan robekan, sebagai berikut:

1) Derajat 1: mukosa vagina, komisura posterior, dan kulit perineum.
2) Derajat 2: mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum dan otot perineum.
3) Derajat 3: mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum dan otot sfingter ani.
4) Derajat 4: mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot sfingter ani dan dinding depan rektum.

Dalam buku Asuhan Kebidana Pada Ibu Bersalin karya Sulistyawati(2013: 181) tentang tujuan dilakukannya penjahitn pada laserasi perineum adalah menyatukan atau mendekatkan kembali jaringan tubuh dan mencegah kehilangan darah.

Sebelum dilakukan penjahitan maka berikan anastesi lokal dan lakukan pengujian luka. Gunakan tabung suntik 1 kali pakai dengan jarum

ukuran 22 panjang 4 cm. Obat standar yang digunakan untuk anastesi lokal adalah 1% lidokain tanpa epineprin (silokain) atau lidokain 2% yang dilarutkan terlebih dahulu dengan air steril dengan perbandingan 1:1.

Prinsip yang diperhatikan saat penjahitan luka episiotomi, sebagai berikut: aseptik dan antisepsis pada daerah episiotomi, jika luka episiotomi meluas tangani seperti robekan derajat III dan IV, jahit mukosa vagina secara jelujur dengan *catgut cromic* 2-0 tapi jika ada sayatan hingga mencapai otot maka jahit secara terputus untuk merapatkan jaringan, mulai sekitar 1 cm diatas puncak luka episiotomi sampai batas vagina, gunakan pinset untuk menarik jarum melalui jaringan vagina, jahit otot dan kulit perineum secara interuptus dengan benang 2- 0 (Rohani dkk, 2013:239-240).

c. Pemantauan selama Kala IV

Menurut Yanti(2009:220) pengawasan kala IV meliputi :

1) Pemeriksaan kelengkapan plasenta dan selaput ketuban setelah kelahiran plasenta
2) Memperhatikan jumlah darah yang keluar
3) Pemeriksaan perineum
4) Pemantauan keadaan umum ibu

Pemantauan tekanan darah, nadi, tinggi fundus uteri, kandung kemih, kontraksi uterus dan tanda – tanda adanya perdarahan setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua kala IV.

K. Masalah pada Persalinan dan Cara Mengatasi

A. Masalah yang bisa terjadi pada kala I

Prolong latent phase (fase laten >8jam)

Penanganan : observasi keadaan umum ibu, TTV, tingkat dehidrasi, observasi kesejahteraan janin, konsultasi dengan dokter SpOG untuk tindakan lebih lanjut. (prawirohardjo, 2009)

B. Masalah yang dialami selama kala II

1. Prolonged second stage (pembukaan serviks lengkap, ibu ingin meneran tetapi tidak ada kemajuan penurunan. 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida). Penanganan : observasi keadaan umum ibu, kesejahteraan janin, TTV, dan segera konsultasi dengan dokter SpOG untuk tindakan lebih lanjut.
2. Perineum

   Bila perineum sangat teregang dan kulit perineum terlihat putih, terlihat jaringan parut pada vagina, perineum kaku dan pendek, adanya ruptur yang membakat pada perineum, maka perlu dilakukan tindakan episiotomi.
3. Gawat Janin

   Bila DJJ <100 atau >100x/menit, lemah, tidak teratur maka persalinan kala II perlu segera di akhiri dengan episiotomi dan tindakan seperti vakum ekstraksi, vorcep, atau SC.
4. HIS

   Bila his lemah atau 10 menit tidak terjadi 3x perlu dipertimbangkan tindakan untuk menaganinya, misalnya mengoreksi pemberian cairan dan elektrolit, pemberian stimulasi uterotonika.
5. Kesulitan Kelahiran Bahu atau distosia Bahu

   Kesulitan kelahiran bahu atau distosia bahu, bila presentasi kepala, bahu anterior terjepit diatas simpisis pubis sehingga bahu tidak dapat masuk kepanggul kecil atau bidang sempit panggul.Bahu posterior tertahan diatas

promorium bagian atas, keadaan ini memerlukan penanganan manajemen distosia bahu.

C. Masalah yang terjadi pada kala III

Menurut Yanti (2009:207) masalah yang terjadi pada kala III yaitu:

1. Retensio plasenta

   Retensio plasenta yaitu terhambatnya kelahiran plasenta selama setengah jam setelah persalinan bayi. Penatalaksanaannya : plasenta manual.

2. Inversio uteri

   Inversio uteri merupakan keadaan dimana fundus uteri masuk kedalam kavum uteri, dapat secara mendadak/terjadi perlahan.Penatalaksaan : bertindak cepat, kembalikan posisi uterus, tunda pemberian oksitosin sampai uterus ke posisinya.

D. Masalah yang terjadi pada kala IV

Kandung kemih penuh (bantu ibu untuk mengosongkan kandung kemih, apabila tidak bisa dapat dilakukan kateterisasi dengan teknik antiseptic), dehidrasi (anjurkan ibu untuk minum, nilai ulang ibu setia 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua, apabila dalam waktu satu jam kondisi ibu tetap tidak membaik pasang infus RL atau NS 125 cc/jam jika temperatur tubuh tetap tinggi ikuti asuhan infeksi dan rujuk ke faskes) (Depkes RI, 2008).

Atonia uteri merupakan kegagalan miometrium untuk berkontraksi setelah persalinan sehingga uterus dalam keadaan relakssi penuh, melebar, lembek dan tidak mampu menjalankan fungsi oklusi pembuluh darah.Akibat

atonia uteri ini adalah terjdinya perdarahan.Penatalaksaannya : masaase uterus dan pemberian uterutonika, Kompresi bimanual, Rujuk (Yanti, 2009:228).

L. Pelayanan pada massa covidnBagi Ibu Bersalin:

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

A. Rekomendasi Bagi Tenaga Kesehatan Terkait Pertolongan Persalinan:

a) Jika seorang wanita dengan COVID-19 dirawat di ruang isolasi di ruang bersalin, dilakukan penanganan tim multi-disiplin yang terkait yang meliputi dokter paru / penyakit dalam, dokter kandungan, anestesi, bidan, dokter neonatologis dan perawat neonatal.
b) Upaya harus dilakukan untuk meminimalkan jumlah anggota staf yang memasuki ruangan dan unit, harus ada kebijakan lokal yang menetapkan personil yang ikut dalam perawatan. Hanya satu orang (pasangan/anggota Pedoman Bagi Ibu Hamil, Ibu Nifas, dan Bayi Baru Lahir selama Social Distancing - 8 keluarga) yang dapat menemani pasien. Orang yang menemani harus diinformasikan mengenai risiko penularan dan mereka harus memakai APD yang sesuai saat menemani pasien.

c) Pengamatan dan penilaian ibu harus dilanjutkan sesuai praktik standar, dengan penambahan saturasi oksigen yang bertujuan untuk menjaga saturasi oksigen > 94%, titrasi terapi oksigen sesuai kondisi.

d) Menimbang kejadian penurunan kondisi janin pada beberapa laporan kasus di Cina, apabila sarana memungkinkan dilakukan pemantauan janin secara kontinyu selama persalinan.

e) Sampai saat ini belum ada bukti klinis kuat merekomendasikan salah satu cara persalinan, jadi persalinan berdasarkan indikasi obstetri dengan memperhatikan keinginan ibu dan keluarga, terkecuali ibu dengan masalah gagguan respirasi yang memerlukan persalinan segera berupa SC maupun tindakan operatif pervaginam.

f) Bila ada indikasi induksi persalinan pada ibu hamil dengan PDP atau konfirmasi COVID-19, dilakukan evaluasi urgency-nya, dan apabila memungkinkan untuk ditunda samapai infeksi terkonfirmasi atau keadaan akut sudah teratasi. Bila menunda dianggap tidak aman, induksi persalinan dilakukan di ruang isolasi termasuk perawatan pasca persalinannya.

g) Bila ada indikasi operasi terencana pada ibu hamil dengan PDP atau konfirmasi COVID-19, dilakukan evaluasi urgency-nya, dan apabila memungkinkan untuk ditunda untuk mengurangi risiko penularan sampai infeksi terkonfirmasi atau keadaan akut sudah teratasi. Apabila operasi tidak dapat ditunda maka operasi sesuai prosedur standar dengan pencegahan infeksi sesuai standar APD lengkap.

h) Persiapan operasi terencana dilakukan sesuai standar.

i) Apabila ibu dalam persalinan terjadi perburukan gejala, dipertimbangkan keadaan secara individual untuk melanjutkan observasi persalinan atau dilakukan seksio sesaria darurat apabila hal ini akan memperbaiki usaha resusitasi ibu.

j) Pada ibu dengan persalinan kala II dipertimbangkan tindakan operatif pervaginam untuk mempercepat kala II pada ibu dengan gejala kelelahan ibu atau ada tanda hipoksia. Pedoman Bagi Ibu Hamil, Ibu Nifas, dan Bayi Baru Lahir selama Social Distancing - 9

k) Perimortem cesarian section dilakukan sesuai standar apabila ibu dengan kegagalan resusitasi tetapi janin masih viable.

l) Ruang operasi kebidanan : • Operasi elektif pada pasien COVID-19 harus dijadwalkan terakhir. • Pasca operasi ruang operasi harus dilakukan pembersihan penuh ruang operasi sesuai standar. • Jumlah petugas di kamar operasi seminimal mungkin dan menggunakan alat perlindungan diri sesuai standar.

m) Penjepitan tali pusat ditunda beberapa saat setelah persalinan masih bisa dilakukan, asalkan tidak ada kontraindikasi lainnya. Bayi dapat dibersihkan dan dikeringkan seperti biasa, sementara tali pusat masih belum dipotong.

n) Staf layanan kesehatan di ruang persalinan harus mematuhi Standar Contact dan Droplet Precautions termasuk menggunakan APD yang sesuai dengan panduan PPI.

o) Antibiotik intrapartum harus diberikan sesuai protokol.

p) Plasenta harus dilakukan penanganan sesuai praktik normal. Jika diperlukan histologi, jaringan harus diserahkan ke laboratorium, dan

laboratorium harus diberitahu bahwa sampel berasal dari pasien suspek atau terkonfirmasi COVID-19.

q) Berikan anestesi epidural atau spinal sesuai indikasi dan menghindari anestesi umum kecuali benar-benar diperlukan.

r) Tim neonatal harus diberitahu tentang rencana untuk melahirkan bayi dari ibu yang terkena COVID-19 jauh sebelumnya.

2.1.3 Konsep Dasar Masa Nifas

A) Pengertian Masa Nifas

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandung kemih seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari). (Sunarsih,Tri. 2011: 1)

Masa nifas atau peurperium adalah dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 Hari). (Sarwono Prawiroharjo, 2009: 356).

B) Tujuan Asuhan Masa Nifas

Menurut Sunarsih Tri, (2014: 1) tujuan asuhan pada masa nifas :

1. Mendeteksi adanya perdarahan masa nifas
2. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya
3. Melaksanakan skrining secara komprehensif
4. Memberikan pendidikan kesehatan diri
5. Memberikan pendidikan mengenai laktasi dan perawatan payudara
6. Konseling mengenai KB

C) Tahapan Masa Nifas

Tahapan nifas dibagi dalam 3 periode :

1. *Puerperium dini*

   Yaitu kepulihan dimana ibu telah berdiri dan berjalan-jalan, dalam agama islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2. *Puerperium intermedial*

   Yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genital yang lamanya 6-8 minggu.

3. *Remote puerperium*

   Yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, berbulan-bulan, atau tahunan.(Sulistyawati Ari, 2009 : 5)

A. Perubahan Sistem Reproduksi

1. Uterus.

   a) Pengerutan rahim (involusi)

      Proses involusi adalah proses kembalinya uteruske dalam keadaan sebelum hamil setelah melahirkan. Proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Pada tahap ketiga persalinan uterus berada digaris tengah, kita-kira 2 cm dibawah umbilikus dengan bagian fundus bersandar pada promotorium sakralis. (Sunarsih, 2011 : 55).

Tabel 2.9

Tinggi Fundus Uteri Dan Berat Uteri Menurut Involusi

Involusi	Tinggi fundus uteri	Berat uteru(gram)	Diameter bekas plasenta (cm)	Keadaan serviks
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000		
Uri lahir	2 jari dibawah pusat	750	12, 5	Lembek
Satu minggu	Pertengahan pusat-sympisis	500	7,5	Beberapa hari setelah postpartum dilalui 2 jari Akhir minggu pertama dimasuki 1 jari.
Dua minggu	Tak teraba atas sympisis	350	3-4	
Enam minggu	Kecil	50-60	1-2	
Delapan minggu	Sebesar normal	30		

Sumber: Sunarsih, Tri. 2011: 57, Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas.

Kecepatan Involusi uteri dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain umur, ibu, jumlah anak yang dilahirkan (paritas), pekerjaan, pendidikan, menyusui eksklusif, mobilisasi dini dan menyusui dini. Faktor mobilisasi dini dapat membantu untuk mempercepat pengembalian rahim ke bentuk semula karena adanya pergerakan yang dilakukan oleh ibu yang membantu untuk memperlancar peredaran darah dan pengeluaran lochea

sehingga membantu mempercepat proses involusi uterus. Faktor paritas, ukuran uterus pada primipara dan multipara juga mempengaruhi proses berlangsungnya involusi uterus. Faktor umur, pada umur dibawah 20 tahun elastisitas otot uterus belum maksimal,sedangkan pada usia diatas 35 tahun elastisitas otot berkurang. Status gizi yang baik akan mampu menghindari serangan kuman sehingga tidak terjadi infeksi dalam masa nifas dan mempercepat involusi uterus. (Ferdina Fitriana Mayasari. 2014)

b) Lokhea

Menurut Rustam Mochtar, (2011 : 87) lochea adalah cairan yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas

Lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas.Lokhea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus.(Sulistyawati, 2009 : 76).

Lokhea berbau amis/anyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita.Lokhea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lokhea mempunyai perbedaan warna dan volume karena adanya proses involusi.

Menurut Sulistyawati, A,(2009 : 76 – 77)Lokhea dibedakan menjadi 4 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya:

1) Lokhea rubra/ merah

Lokhea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa *postpartum*. Cairan yang keluar berwarna merah karena

terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, *lanugo*, dan *mekonium*.

2) Lokhea sanguinolenta

Lokhea ini berwarna merah kecoklatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 *postpartum*.

3) Lokhea serosa

Lokhea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta.Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14.

4) Lokhea alba/putih

Lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan selaput jaringan yang mati. Lokhea alba ini dapat berlangsung selama 2-6 mingguPostpartum.

Lokhea alba atau serosa yang berlanjut dapat menandakan adanya endometritis, terutama bila disertai dengan nyeri pada abdomen dan demam. Bila terjadi infeksi, akan keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan "*lokhea purulenta*". Pengeluaran lokhea yang tidak lancar disebut dengan "*lokhea statis*".

c) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Perubahan perubahan yang terdapat pada serviks postpartum adalah bentuk serviks yang akan menganga seperti corong. Warna serviks berwarna merah kehitam-hitaman karena penuh

pembuluh darah.Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi atau perlukaan kecil. (Sunarsih Tri, 2011: 58)

2. Vagina dan perineum

Estrogen pascapartum yang menurun berperan dalam penipisan mukosa vagina hilangnya rugae. Vagina yang semula sangat meregang akan kembali secara bertahap pada ukuran sebelum hamil selama 6-8 minggu setelah bayi lahir. Rugae akan kembali terlihat sekitar minggu keempat, walaupun tidak akan menonjol pada wanita nulipara. Pada umumnya rugae akan memipih secara permanen. (Sunarsih, 2011: 59)

Pada robekan perineum Menurut (Bahiyatun, 2009: 78) robekan perineum terjadi pada semua persalinan dan biasanya robekan terjadi digaris tengah dan dapat meluas apabila kepala janin lahir terlalu cepat, perineum yang dilalui kepala bayi mengalami peregangan, lebam dan luka masih basah trauma sehingga dapat menyebabkan rasa nyeri pada luka jahitan perineum. Rasa nyeri biasanya timbul 2-3 jam pasca penjahitan dan berlangsung 1-2 hari post partum .

Dalam jurnal penelitian Setiya Hartiningtiyaswati 2010 "*Hubungan Perilaku Pantang Makanan Dengan Lama Penyembuhan Luka Perineum Pada Ibu Nifas Di Kecamatan Srengatkabupaten Blitar*" menjelaskan tentang sebagian besar luka perineum dapat digolongkan sebagai luka dalam karena trauma jaringan melibatkan lapisan di bawah epidermis dan dermis (Coad, 2007). Seseorang yang mengalami luka, tubuh akan memberikan reaksi atas terjadinya luka

tersebut. Reaksi yang terjadi yaitu melalui fase-fase yang disebut sebagai fase penyembuhan luka. Fase penyembuhan luka yaitu :

(a) Fase inflamasi (24 jam pertama -48 jam) Setelah terjadi trauma,pembuluh darah yang terputus pada luka akan menyebabkan perdarahan dan tubuh akan berusaha menghentikannya dengan vasokonstriksi, pengerutan ujung pembuluh darah yang terputus (retraksi), reaksi hemostasis serta terjadi reaksi inflamasi (peradangan).Respon peradangan adalah suatu reaksi normal yang merupakan hal penting untuk memastikan penyembuhan luka. Peradangan berfungsi mengisolasi jaringan yang rusak dan mengurangi penyebaran infeksi.

(b) Fase proliferasi (48 jam –5 hari) Fase proliferasi adalah fase penyembuhan luka yang ditandai oleh sintesis kolagen. Sintesis kolagen dimulai dalam 24 jam setelah cidera dan akan mencapai puncaknya pada hari ke lima sampai hari ke tujuh kemudian akan berkurang secara perlahan-lahan. Kolagen disekresi oleh fibroblas sebagai tropokolagen imatur yang mengalami hidroksilasi (tergantung vitamin C) untuk menghasilkan polimer yang stabil.Proses fibroplasia yaitu penggantian parenkim yang tidak dapat beregenerasi dengan jaringan ikat. Proses ini dimulai sejak 24 jam setelah cidera.Pada fase proliferasi, serat- serat dibentuk dan dihancurkan kembali untuk penyesuaian diri dengan tegangan pada luka yang cenderung mengerut, sehingga menyebabkan tarikan pada tepi luka. Fibroblast dan sel endotel vaskular mulai berproliferasi dan dengan waktu 3-5 hari terbentuk jaringan granulasi yang merupakan tanda dari penyembuhan.

Jaringan granulasi berwarna kemerahan dengan permukaan yang berbenjol halus. Bentuk akhir dari jaringan granulasi adalah suatu parut yang terdiri dari fibroblast berbentuk spindel, kolagen yang tebal, fragmen jaringan elastik, matriks ekstraseluler serta pembuluh darah yang relatif sedikit dan tidak kelihatan aktif (Prabowo, 2007). Epitel tepi luka yang terdiri atas sel basal terlepas dari dasarnya dan berpindah mengisi permukaan luka. Tempatnya kemudian diisi oleh sel baru yang terbentuk dari proses mitosis. Proses ini baru berhenti setelah epitel saling menyentuh dan menutup seluruh permukaan luka. Dengan tertutupnya permukaan luka, proses fibroplasia dengan pembentukan jaringan granulasi juga akanberhenti dan mulailah proses pematangan dalam fase penyudahan (maturasi).

(c) Fase Maturasi (5 hari -berbulan-bulan) Pada fase ini terjadi proses pematangan yang terdiri atas penyerapan kembali jaringan yang berlebih, pengerutan sesuai dengan gaya gravitasi dan akhirnya perupaan kembali jaringan yang baru terbentuk. Fase ini dinyatakan berakhir jika semua tanda radang sudah hilang dan bisa berlangsung berbulan-bulan. Tubuh berusaha menormalkan kembali semua yang menjadi abnormal karena proses penyembuhan. Odem dan sel radang diserap, sel muda menjadi matang, kapiler baru menutup dan diserap kembali, kolagen yang berlebih diserap dan sisanya mengerut sesuai dengan regangan yang ada. Selama proses ini dihasilkan jaringan parut yang pucat, tipis, lemas dan mudah digerakkan dari dasar.Terlihat pengerutan yang maksimal pada luka. Pada akhir fase ini, perupaan luka kulit mampu menahan regangan kira-kira 80% kemampuan kulit

normal.Hal ini tercapai kira-kira 3-6 bulan setelah penyembuhan (Coad, 2007 dan Sjamsuhidajat, 2005).

B. Perubahan Sistem Perncernaan

Menurut Sunarsih, Tri (2014 : 61-62) Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan, antara lain :

1) Nafsu Makan

Setelah benar-benar pulih dari efek analgesia, anestesia, dan keletiham,ibu biasanya lapar segera setelah melahirkan, sehingga ia boleh mengkonsumsi makanan ringan

2) Pengosongan Usus

Buang air besar bisa tertunda selama 2-3 hari setelah ibu melahirkan.Kebiasaan pengosongan usus secara regular perlu dilatih kembali untuk merangsang pengosongan usus.Sistem pencernan pada masa nifas membutuhkan waktu yang berangsur-angsur untuk kembali normal.

3) Motiliitas

Penurunan tonus dan motilitas otot taktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anastesia dapat memperlambat pengembalian tonus dan mobilitas ke keadaan normal

Beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali teratur antara lain :

a) Pemberian makanan yang mengandung serat

b) Pemberian cairan yang cukup

c) Pengetahuan tentang perawatan luka jalan lahir

C. Perubahan Sistem Perkemihan

Setelah proses persalinan, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Kemungkinan penyebabnya adalah terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih sesudah bagian ini mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung.

D. Perubahan Sistem Endokrin

1. hormon plasenta

Hormon plasenta menurun dengna cepat setelah persalinan.HCG (Human Chorionic Gonadotropin) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3jam hingga hari ke-7 *postpartum* dan sebagai *onset* pemenuhan *mamae* pada hari ke-3 *postpartum*.

2. Hormon pituitary

Prolaktin darah akan meningkat dengan cepat. Pada wanita yang tidak menyusui, prolaktin menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH akan meningkat pada fase konsentrasi *folikuler* (minggu ke-3) dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

3. Hypotalamik pituitary ovarium

Lamanya seorang wanita mendapat menstruasi juga dipengaruhi oleh faktor menyusui. Seringkali menstrusi pertamabersifat anovulasi karena rendahnya kadar estrogen dan progesteron.

4. Kadar estrogen

Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktivitas prolaktin yang juga sedang meningkat

dapat mempengaruhi kelenjar *mamae* dalam menghasilkan ASI.(Sulistyawati, A, 2009: 80)

E. Perubahan tanda-tanda vital

1. Suhu badan

   Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2-37,5 derajat Celcius. Pasca melahirkan, suhu tubuh dapat naik kurang lebih 0,5 derajat Celcius dari keadaan normal. Kurang lebih pada hari ke-4 post partum, suhu tubuh akan naik lagi. Apabila kenaikan suhu diatas 38 derajat Celcius, waspada terhadap infeksi post partum.

2. Nadi

   Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80x/menit. Setelah melahirkan denyut nadi akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100 adalah abnormal dan hal ini mungkin disebabkan oleh infeksi atau perdarahan postpartum (Handayani, dkk, 2011:105)

3. Tekanan darah

   Tekanan darah normal manusia adalah sistolik antara 90-120 mmHg dan diastolik 60-80 mmHg.Pasca melahirkan pada kasus normal, tekanan darah biasanya tidak berubah.Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan terjadinya preeklamsi postpartum.

4. Pernafasan

   Frekuansi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 16-24 kali permenit. Pada ibu post partum umumnya pernafasan lambat atau normal. Hal ini dikarenakan ibu dalam keadaaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat.Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi.

F. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Kardiak output meningkat selama persalinan dan berlangsung sampai kala III ketika volume darah uterus dikeluarkan. Penurunan terjadi pada beberapa hari pertama postpartum dan akan kembali normal pada akhir minggu ke-3 post partum. Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300-400 cc. Bila kelahiran melalui section caesaria kehilangan darah dapat dua kali lipat. (Handayani, 2011:106)

G. Perubahan Sistem Hematologi

Pada hari pertama postpartum, kadar*fibrinogen* dan plasma akan sedikit menurun, tetapi darah akan mengental sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Perubahan jumlah Hb, hematokrit, dan eritrosit dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi wanita tersebut.

H. Perubahan Sistem Musculuskeletal

Sebagian besar tonus otot ibu nifas mengendor, kekuatan otot menurun sehingga aktifitas menurun.Ibu nifas melakukan ambulasi (bisa berjalan) 4-8 jam postpartum.

D) Perubahan Psikologis pada masa nifas

A. Menurut Sulistyawati, A (2009: 87-89) sesuai dengan teori Reva Rubin adaptasi psikologi ibu nifas dibagi menjadi tiga, yaitu :

1. *Periode Taking In*

Periode ini terjadi setelah 1-2 hari dari persalinan. Ibu pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya, ia mungkin akan mengulang-ulang menceritakan pengalaman waktu melahirkan.Pada fase ini, sangat diperlukan dukungan

moril dan menyediakan waktu untuk mendengarkan semua yang disampaikan ibu.

2. *Periode Taking Hold*

Berlangsung pada hari ke-2 sampai ke- 4 post partum. Pada periode ini ibu berusaha bertanggung jawab terhadap bayinya dengan berusaha untuk menguasai ketrampilan perawatan bayi, berkosentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, misalnya buang air kecil atau buang air besar, dan biasanya ibu agak sensitive dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal tersebut.

3. *Periode Letting Go*

Terjadi setelah ibu pulang ke rumah.Pada masa ini ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi dan beradaptasi dengan segala kebutuhan bayinya.

B. Postpartum Blues

Postpartum blues adalah keadaan psikologi dimana seorang ibu mengacuhkan bayinya dan merasa takut tidak bisa merawat bayinya. Postpartum blues biasanya dimulai pada beberapa hari setelah kelahiran dan berakhir setelah 10-14 hari dan puncaknya adalah 3-5 hari postpartum dan berlangsung dari beberapa hari sampai 2 minggu. Gejala-gejala postpartum blues seperti depresi, sedih,sering menangis, mudah tersinggung, dan cenderung menyalahkan diri sendiri(Dewi, dan Sunarsih, Tri, 2011 : 67).

C. Kesedihan dan duka cita

Kesedihan dan duka cita berlangsung antara 3-6 bulan bahkan pada beberapa kasus terjadi selama 1 tahun pertama kehidupan bayi. Beberapa gejala-gejala depresi seperti perubahan pada mood, perubahan mental dan libido, dan Phobia akan menyakiti dirinya dan bayinya.

E) Kebutuhan Dasar Masa Nifas

Kebutuhan dasar ibu dalam masa nifas yaitu :

A. Nutrisi dan cairan Menurut Dewi, dan Sunarsih.T (2014:71-77)

1. Kalori

   Rata-rata ibu harus mengonsumsi 2.300-2.700 kkal ketika menyusui yang berguna sebagai sumber tenaga, metabolisme, cadangan dalam tubuh, proses produksi ASI. bu memerlukan tambahan 20 gr protein di atas kebutuhan normal ketika menyusui.

2. Zat besi

   Pil zat besi 60 mg harus diminum setidaknya selama 42 hari postpartum 1x/hari.

3. Vitamin A

   Minum kapsul vitamin A (200.000 IU) sebanyak 2 kali, yaitu pada 1 jam setelah melahirkan dan 24 jam setelahnya agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

4. Nutrisi lain berupa asupan cairan

   Ibu menyusui dianjurkan minum 2-3 liter/hari dalam bentuk air putih, susu, dan jus buah.

B. Mobilisasi

Pada persalinan normal sebaiknya ambulasi dikerjakan setelah 2 jam (miring kiri miring kanan untuk mencegah adanya tromboplebitis). Perawatan mobilisasi dini mempunyai keuntungan sebagai berikut :

a) Melancarkan pengeluaran lochea dan mengurangi infeksi puerpurium.
b) Mempercepat involusi uterus.
c) Melancarkan peredaran darah.
d) Ibu merasa lebih sehat dan kuat.
e) Faal usus dan kandung kemih lebih baik.
f) Kesempatan baik untuk mengajari ibu merawat anaknya.

C. Eliminasi

1. Miksi / BAK

   Setelah ibu melahirkan ibu akan terasa perih bila BAK, kemungkinan disebabkan oleh iritasi pada uretra sebagai akibat persalinan sehingga penderita takut BAK. Miksi disebut normal bila dapat BAK spontan tiap 3-4 jam

2. Defekasi / BAB

   Defeksi harus dilakukan dalam 3 hari postpartum.Pengeluaran cairan lebih banyak pada waktu persalinan sehingga dapat mempengaruhi terjadinya konstipasi. Biasanya 2-3 hari postpartum masih susah BAB, apabila mengalami kesulitan BAB atau konstipasi, lakukan diet teratur, cukup cairan, konsumsi makanan berserat, olahraga, berikan obat rangsangan per oral atau per rektal bila perlu. (Marmi, 2012: 148)

D. Seksual

Ibu yang baru melahirkan boleh melakukan hubungan seksual kembali setelah 6 minggu persalinan.Bila suatu persalinan dipastikan tidak ada luka, hubungan seks bahkan boleh dilakukan pada 3-4 minggu post partum (Marmi, S.ST. 2009: 147).

E. Personal hygiene

Ibu nifas dianjurkan untuk menjaga kebersihan seluruh tubuh, mengajarkan ibu cara membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air, menyarankan ibu mengganti pembalut setiap kali mandi, BAB/BAK, paling tidak dalam waktu 3-4 jam, anjurkan ibu tidak sering menyentuh luka episiotomi dan laserasi (Bahiyatun, 2009 : 77).

F. Istirahatdan Tidur

Hal-hal yang bisa dilakukan pada ibu untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur adalah sebagai berikut.

1. Anjurkan ibu agar istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.
2. Sarankan ibu untuk kembali pada kegiatan-kegiatanrumah tangga secara perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur (Saleha Sitti, 2009).

G. Perawatan payudara

Perawatan payudara adalah suatu cara yang dilakukan untuk merawat payudara agar air susu keluar dengan lancar (Marmi,2012 : 57).

Manfaat perawatan payudara :

1. Menjaga kebersihan payudara, terutama kebersihan putting susu agar terhindar dari infeksi.

2. Merangsang kelenjar-kelenjar air susu sehingga produksi ASI lancar.
3. Melunakkan serta memperbaiki bentuk putting susu sehingga bayi dapat menyusu dengan baik.
4. Mengetahui secara dini kelainanputing susu dan melakukakan usaha-usaha untuk mengatasinya.
5. Persiapan ibu menyusui.

   Cara melakukan perawatan payudara ibu menyusui

   1. Persipan alat

      Alat yang dibutuhkan :

      a. Handuk
      b. Kapas
      c. Baby oil
      d. Waslap
      e. 2 baskom (masing-masing berisi air hangat dan dingin)

   2. Prosedur prawatan

      a. Buka pakaian ibu.
      b. Letakan handuk ditas pangkuan ibu dan tutuplah payudara dengan handuk.
      c. Buka handuk pada daera payudara.
      d. Kompres putting susu dengan mengunakan kapas yang di beri baby oil selama 3-5 menit.
      e. Bersihkan dan tariklah putting susu keluar terutama untuk putting susu yang datar.
      f. Kedua telapak tangan dibasahi dengan baby oil
      g. Kedua telapak tangan diletakan diantara kedua payudara

h. Pengurutan dimulai kearah atas, samping, telapak tangan kiri kearah sisi kiri, telapak tangan kanan kearah sisi kanan.

i. Pengurutan di teruskan ke bawah, samping, selanjutnya melintang, telapak tangan mengurut kedepan kemudian dilepas dari kedua payudara.

j. Telapak tangan kiri menopang payudara kiri,kemudian jari-jari tangan kanan sisi kelingking mengurut payudara kearah putting susu.

k. Telapak tangan kanan menopang payudara kanandan tangan lainnya menggenggam dan mengurut payudara kearah pangkal putting susu.

l. Payudara disiram dengan air hangat dan dingin secara bergantian kira-kira 5 menit(air hangat dahulu).

m. Keringkan dengan handuk.

n. Pakailah BH khusus untuk ibu menyusui (BH yang menyangga payudara) (Marmi,2012 : 57-58)

Tujuan menyusui yang benar adalah untuk merangsang produksi susu memperkuat reflek menghisap bayi.(Marmi. S.ST, 2012 hal: 58-61)

1. Posisi

a. Posisi madona atau mendorong : bayi berbaring menghadap ibu, leher dan punggung bayi diletakan pada lengan bawah lateral payudara.

b. Posisi football atau menjepit : bayi berbaring atau punggung melingkar antara lengan dan samping dada ibu.

c. Posisi berbaring miring : ibu dan bayi berbaring miring saling berhadapan.

2. Posisi mulut bayi dan putting susu ibu

a. Keluaran ASI sedikit oleskan pada putting susu dan areola.

b. Pegang payudara membentuk huruf C.

c. Sentuh pipi atau mulut bayi untuk merangsang rooting refleks (refleks menghisap).

d. Tunggu sampai mulut bayi terbuka lebar, dan lidah menjulur kebawah.

e. Dengan cepat dekatkan bayi ke payudara ibu dengan menekan bahu belakang bayi bukan belakang kepala.

f. Posisikan putting susu ditas bibir atas bayi dan berhadap-hadapan dengan hidung bayi.

g. Kemudian arahkan putting susu keatas menelusuri langit-langit mulut bayi.

h. Usahakan sebagian besar areola masuk kedalam mulut bayi.

i. Lidah bayi akan menekan dinding bawah payudara dengan gerakan memerah sehingga ASI akan keluar.

j. Setelah bayi menyusu atau menghisap payudara dengan baik, payudara tidap perlu dipengang atau disanggah lagi.

k. Beberapa ibu sering meletakan jarinya pada payudara dengan hidung bayi dengan maksud untuk memudahkan bayi bernafas.

l. Anjurkan tangan ibu yang bebas untuk mengelus-elus bayi.

3. Tanda-tanda posisi bayi menyusu dengan baik

a. Tubuh bagian depan bayi menempel pada tubuh ibu.

b. Dagu bayi menempel pada payudara ibu.

c. Mulut bayi terbuka lebar dengan bibir bawah yang terbuka.

d. Hidung bayi mendekati kadang-kadang menyentuh payudara ibu.

e. Mulut bayi mencangkup sebanyak mungkin areola.

f. Mulut bayi menompang putting susu dan areola bagian bawah.

g. Terdengar suara bayi menelan.

h. Bayi puas dan tenang pada akhir menyusu.

i. Putting susu tidak terasa sakit atau lecet

4. Tanda-tanda posisi menyusui yang salah

a. Mulut tidak terbuka lebar.

b. Dagu tidak menempel payudara.

c. Bayi menghisap sebentar-sebentar.

d. Bayi tetap gelisah pada akhir menyusu.

e. Putting susu lecet dan sakit

H. Keluarga berencana

Tujuan dari kontrasepsi adalah menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma tersebut. Kontrasepsi yang cocok untuk ibu masa nifas, antara lain metode Amenorea Laktasi(MAL), pil progestin, suntikan progestin, kontrasepsi implant, dan AKDR (Sunarsih, 2011 : 77)

I. Latihan/Senam nifas

Nifas adalah senam yang dilakukan ibu-ibu setelah melahirkan dan keadaan tubuhnya pulih kembali.Senam nifas bertujuan untuk mempercepat penyembuhan, mencegah timbulnya komplikasi, serta memulihkan dan menguatkan otot-otot punggung, otot dasar panggul, dan otot perut.

Menurut Rustam (2011:176) berikut adalah cara melakukan senam nifas :

a. Hari pertama
   1) Posisi tidur terlentang tangan dengan kedua kaki lurus kedepan
   2) Tarik nafas (pernafasan perut) melalui hidung sambil merelaksasikan otot perut
   3) Keluarkan nafas pelan sambil mengontraksikan otot perut
   4) Tahan nafas selama 3-5detik untuk relaksasi
   5) Lakukan secara perlahan
   6) Ulangi gerakan sebanyak 8 kali
b. Hari kedua
   1) Posisi tidur terlentang dengan kedua kaki lurus kedepan
   2) Kedua tangan ditarik lurus ke atas sampai kedua telapak tangan bertemu
   3) Turunkan tangan sampai sejajar dada (posisi terlentang)
   4) Lakukan secara perlahan
   5) Ulangi gerakan sebanyak 8 kali
c. Hari ketiga
   1) Posisi tidur terlentang
   2) Kedua tangan berada disamping badan
   3) Kedua kaki ditekuk 45derajat
   4) Bokong diangkat ke atas
   5) Kembali ke posisi semula
   6) Lakukan secara perlahan dan jangan dihentak
   7) Ulangi gerakan sebanyak 8 kali

d. Hari keempat

1) Posisi tidur terlentang, kedua kaki ditekuk 45 derajat
2) Tangan kanan diatas perut, kepala ditekuk sampai dagu menyentuh dada.
3) Gerakan anus dikerutkan
4) Kerutkan otot anus ketika mengempiskan perut, atur pernafasan.
5) Ulangi gerakan sebanyak 8 kali

e. Hari kelima

1) P,osisi terlentang, kaki kiri ditekuk 45 derajat gerakan tangan kiri kearah kaki kanan, kepala ditekuk sampai dagu menyentuh dada
2) Lakukan gerakan tersebut secara bergantian
3) Kerutkan otot sekitar anus ketika mengempiskan perut, atur pernafasan.
4) Ulangi gerakan sebanyak 8 kali

f. Hari keenam

1) Posisi tidur terlentang, lutut ditarik sampai keatas, kedua tangan disamping badan
2) Lakukan gerakan tersebut bergantian
3) Lakukan secara perlahan dan bertenaga
4) Ulangi gerakan sebanyak 8 kali

g. Hari ketujuh

1) Posisi tidur terlentang kedua kaki lurus
2) Kedua kaki diangkat keatas dalam keadaan lurus
3) Turunkan kedua kaki secara perlahan
4) Pada saat mengangkat kaki, perut ditarik kedalam

5) Atur pernafasan

6) Ulangi gerakan sebanya 8 kali

h. Hari kedelapan

1) Posisi nungging

2) Nafas memalalui pernafasan mulut

3) Kerutkan anus tahan 5-10 hitungan, kemudian lepaskan

4) Saat anus dikerutkan ambil nafas dan tahan 5-10 hitungan, kemudian buang nafas saat melepaskan gerakan

5) Ulangi gerakan sebanyak 8 kali

i. Hari kesembilan

1) Posisi tidur terlentang kedua tangan disamping badan

2) Kedua kaki diangkat 90 derajat kemudian turunkan secara perlahan

3) Atur pernafasan saat mengangkat dan menurunkan kaki

4) Ulangi gerakan sebanyak 8 kali

j. Hari kesepuluh

1) Posisi tidur terlentang kedua tangan ditekuk kebelakang kepala

2) Bangun sampai posisi duduk dengan kedua tangan tetap dibelakang kepala

3) Kembali posisi semula (tidur kembali)

4) Lakukan secara perlahan dan jangan menghentak / memaksa

5) Atur pernafasan dan lakuakn sebanya 8 kali

F) Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Menurut Sulistiawati(2009), ibu nifas sebaiknya melakukan kunjungan minimal 3 kali kunjungan nifas dengan tentuan waktu sebagai berikut:

A. Kunjungan pertama (6 jam sampai 3 hari setelah persalinan)

Biasanya pada priode I post partum pasien yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk memeriksa kesehatan dirinya sekaligus bayinya. Pada kunjungan pertama ini yang perlu bidan kaji adalah:

1. Memastikan ivolusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, tidak ada pendarahan abnormal, dan tidak ada bau.
2. Menilai adanya tanda – tanda demam, infeksi, atau pendarahan abnormal.
3. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat.
4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda- tanda infeksi.
5. Bagaimana perawatan bayi sehari-hari.

B. Kunjungan ke dua(hari ke 4 sampai hari ke -28)

Pada kunjungan ke dua ini yang perlu di kaji bidan adalah

1. Bagaimana persepsi ibu tentang persalinan dan kelahiran, respon ibu terhadap bayi barunya.
2. Kondisi payudara ibu
3. Ketidak nyamanan yang di rasakan ibu
4. Istirahat ibu.

C. Kunjungan ke tiga (hari ke -29 sampai hari ke -42)

Pada kunjungan ke tiga ini yang perlu di kaji sama dengan kunjungan ke dua yang perlu di tambah dengan:

1. Permulaan hubungan seksual
2. Metode KB yang di gunakan
3. Hubungan bidan, dokter, dan RS dengan masalah yang ada
4. Latihan pengencangan otot perut
5. Fungsi pencernaan, kostipasi, dan bagai mana penanganannya
6. Melihat keadaan payudara ibu
7. Fungsi pencernaan, konstipasi, dan bagai mana penanganannya
8. Menanyakan apakah haid ibu sudah mulai lagi.

G) Masalah dan tanda bahaya dalam masa nifas

A. Perdarahan Pervaginam

Perdarahan post partum adalah kehilangan darah lebih dari 500 mL selama 24 jam pertama sesudah kelahiran bayi. Sebagai penyebab langsung kematian ibu, perdarahan post partum merupakan penyebab sekitar ¼dari keseluruhan kematian akibat perdarahan.

B. Infeksi

Infeksi nifas adalah infeksi bakteri apapun yang menyerang saluran reproduksi setelah melahirkan.Infeksi alat genital dan uterus merupakan komplikasi masa nifas.Gejala umum infeksi dapat dilihat dari temperatur atau suhu, pembengkakan, takikardi dan

malaise. Sedangakan gejala lokal adanya disuria. (Bahiyatun, 2013:115)

C. Sakit Kepala, Nyeri Epigastrik, dan Penglihatan Kabur

Wanita yang baru melahirkan sering mengeluh sakit kepala hebat atau penglihatan kabur. Penanganan pada gangguan ini meliputi:

1) Jika ibu sadar, periksa nadi, tekanan darah dan pernafasan

2) Jika ibu tidak bernafas, periksa dan lakukan ventilasi dengan masker dan balon. Lakukan intubasi jika perlu. Dan jika pernafasan dangkal, periksa dan bebaskan jalan nafas serta beri oksigen 46 liter per menit.
3) Jika pasien tidak sadar/koma, bebaskan jalan nafas, baringkan miring, ukur suhu, periksa apa ada kaku tengkuk. (Bahiyatun, S.Pd, S.SiT. 2009: 116)

D. Pembengkakan Wajah atau Ekstremitas

Apabila terjadi gejala seperti ini :

a) Periksa adanya varises
b) Periksa kemerahan pada betis
c) Periksa apakah tulang kering, kaki oedema

E. Demam, Muntah, Rasa Sakit Waktu Berkemih

Pada masa nifas, sensivitas kandung kemih terhadap tegangan air kemih akibat trauma persalinan atau analgesia epidural atau spinal sensasi peregangan kandung kemih juga berkurang akibat rasa tidak nyaman yang ditimbulkan oleh episiotomi yang lebar, laserasi periuretra, atau hematoma dinding vagina.

F. Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama

Setelah anak lahir ibu akan merasa lelah mungkin juga lemas karena kehabisan tenaga. Hendaknya lekas mengkonsumsi minuman hangat, susu, teh yang bergula.. Akan tetapi biasanya disebabkan oleh adanya kelelahan yang amat berat, nafsu makan pun akan terganggu, sehingga ibu tidak ingin makan sampai kelelahan hilang. (Bahiyatun, 2013:117-118).

G. Sub Involusi

Segera setelah persalinan berat rahim sekitar 1000 gr dan selanjutnya mengalami masa proteolitik, Sehingga otot rahim menjadi kecil ke bentuknya semula. Pada beberapa keadaan terjadinya proses involusi rahim tidak berjalan sebagaimana mestinya, sehingga proses pengecilannya terlambat. Penyebab terjadinya involusi uteri adalah terjadi infeksi pada endometrium, terdapat sisa plasenta, dan selaputnya, terdapat bekuan darah, atau mioma uteri.Pada palpasi uterus teraba masih besar, fundus masih tinggi, lokia banyak, dapat berbau dan terjadi perdarahan.Masalah dalam menyusui

1. Payudara bengkak

Penyebab :

Payudara bengkak disebabkan karena menyusui yang tidak kontinyu, sehinga sisa ASI berkumpul pada daerah duktus, selain itu penggunaan bra yang ketat serta keadaan puting susu yang tidak bersih dapat memyebabkan sumbatan pada duktus.

Gejala :

Payudara odema, sakit, puting susu kenceng, kulit mengkilat walaupun tidak merah, dan ASI tidak keluar kemudian badan terasa demam setelah 24 jam.

Pencegahan :

a. Menyusui segera setelah bayi lahir dengan posisi dan perlekatan yang benar
b. Menyusui bayi tanpa jadwal

c. Keluarkan ASI dengan tangan atau pompa bila produksi melebihi kebutuhan bayi
d. Jangan memberikan minuman lain kepada bayi
e. Lakukan prawatan payudara pasca persalinan secara teratur

Penatalaksanaan :

a. Masase payudara dan ASI diperas dengan tangan sebelum menyusui
b. Kompres dingin untuk mengurangi stasis pembuluh darah vena dan rasa nyeri. Dapat dilakukan secara bergantian dengan kompres panas untuk melancarkan aliran darah payudara
c. Menyusui lebih sering dan lebih lama pada payudara yang bengkak untuk melancarkan ASI dan menurunkan tegangan payudara(Bahiyatun, 2013: 31-33)

2. Mastitis

Menurut Marmi(2014: 170) mastitis adalah peradangan pada payudara.Mastitis dapat terjadi kapan saja sepanjang periode menyusui, tapi paling sering terjadi antara hari ke 10 dan hari ke 28 setelah kelahiran.

Penyebab :

a. Payudara bengkak yang tidak disusukan secara adekuat
b. Bra yang terlalu ketat
c. Puting susu lecet yang menyebabkan infeksi
d. Asupan gizi kurang, istirahat tidak cukup dan terjadi anemia

Gejala :

a. Bengkak dan nyeri

b. Payudara tampak merah pada keseluruhan atau ditempat tertentu

c. Payudara terasa keras dan berbenjol-benjol

d. Ada demam dan rasa sakit umum

Penanganan :

a. Payudara dikompres dengan air hangat

b. Untuk mengurangi rasa sakit dapat diberi pengobatan analgetika

c. Untuk mengatasi infeksi diberi antibiotik

d. Bayi mulai menyusu dari payudara yang mengalami peradangan

e. Anjurkan ibu selalu menysusui bayinya

f. Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi dan istirahat cukup

3. Abses payudara

Menurut Marmi (2014: 170-171) Abses payudara terjadi bila mastitis tidak segera ditanganai dengan baik.Sehingga memperberat infeksi.

Gejala :

a. Sakit pada payudara ibu tampak lebih parah

b. Payudara lebih mengkilap dan berwarna merah

c. Benjolan terasa lunak karena berisi nanah

Penanganan :

a. Teknik menyusui yang benar

b. Kompres payudara dengan air hangat dan air dingain secara bergantian

c. Meskipun dalam keadaan mastitis, harus sering menyusui bayinya
d. Mulailah meyusui pada payudara yang sehat
e. Menghentikan menyusui pada payudara yang mengalami abses, tetapi ASI harus dikeluarkan
f. Apabila abses bertambah parah dan mengeluarkan nanah, beri antibiotik
g. Rujuk bila keadaan tidak membaik

4. Puting lecet

Menurut Marmi (2014: 171-172) Putting susu lecet dapat disebabkan karena trauma puting susu saat menyusui, selain itu dapat pula terjadi retak dan pembentukan celah-celah. Retalakan pada puting susu bisa sembuh sendiri dalam waktu 48 jam.

Penyebab :

a. Teknik menyusui yang tidak benar
b. Puting susu terpapar oleh sabun, krim, alkohol ataupun zat iritan lain saat ibu membersihkan puting susu
c. Moniliasis pada mulut bayi yang menular pada puting susu ibu
d. Bayi dengan tali lidah pendek
e. Cara menghentikan menyusui yang kurang tepat

Penatalaksanaan :

a. Cari penyebab puting susu lecet
b. Bayi disusukan lebih dahulu pada puting susu yang normal atau lecetnya sedikit

c. Tidak menggunakan sabun, krim, alkohol maupun zat iritan lain saat membersihkan payudara
d. Menyusui lebih sering (8-12 kali dalam 24 jam)
e. Posisi menyusui yang benar
f. Keluarkan sedikit ASI dan oleskan ke puting yang lecet dan biarkan kering
g. Pergunakan BH yang nyaman
h. Bila terasa sangat sakit boleh minum obat pengurang rasa sakit
i. Jika penyebabnya monilia, diberi pengobatan dengan tablet Nystatin

5. Saluran susu tersumbat

Menurut Marmi (2014: 172) Saluran susu tersumbat adalah suatu kedaan ketika terjadi sumbatan pada satu atau lebih duktus laktiferus.

Penyebab :

a. Air susu mengental hingga menyumbat lumen saluran. Hal ini terjadi sebagai akibat air susu jarang dikeluarkan
b. Adanya penekanan saluran air susu dari luar
c. Pemakaian bra yang terlalu ketat

Gejala:

a. Payudara terlihat jelas dan lunak pada perabaan (pada wanita kurus)
b. Payudara terasa nyeri dan bengkak pada payudara yang tersumbat

Penanganan :

a. Payudara dikompres dengan air hangat dan air dingin setelah bergantian, setelah itu bayi disusui
b. Lakukan massase pada payudara untuk mengurangi nyeri dan bengkak
c. Menyusui bayi sesering mungkin
d. Bayi disusui dimulai dengan payudara yang salurannya tersumbat
e. Gunakan bra yang menyokong payudara
f. Posisi menyusui diubah-ubah untuk melancarkan aliran ASI

6. Putting susu datar atau terbenam

Menurut Sunarsih T (2014:38) Tindakan yang paling efisien untuk Putting susu datar atau terbenam adalah isapan langsung bayi yang kuat. Oleh karena itu, sebaiknya tidak dilakukan apa – apa, tunggu saja sambil bayi lahir. Segera setelah pascalahir lakukan tindakan – tindakan sebagai berikut :

a. Skin to skin kontak dan biarkan bayi mengisap sedini mungkin
b. Biarkan bayi " mencari " putting kemudian mengisapnya. Bila perlu coba berbagai posisi untuk mendapat keadaan yang paling menguntungkan. Rangsang putting agar dapat " keluar " sebelum bayi "mengambilnya"
c. Apabila putting benar – benar tidak bisa muncul, dapat " ditarik" dengan pompa putting susu (nipple puller), atau yang paling sederhana dengan sedotan spuit yang dipakai terbalik
d. Jika tetap mengalami kesulitan, usahakan agar bayi tetap disusui dengan sedikit penekanan pada aerola mamae dengan jari

sehingga terbentuk dot ketika memasukkan putting susu ke dalam mulut bayi

e. Bila terlalu penuh ASI, dapat diperas terlebih dahulu dan diberikan dengan sendok atau cangkir, atau teteskan langsung ke mulut bayi. Bila perlu lakuakn ini hingga 1 – 2 minggu.

7. Ibu bekerja

Menurut Marmi (2014:175) ibu yang bekerja bukan menjadi alasan tidak dapat menyusui bayinya. Banyak cara yang dapat digunakan untuk mengatasi hal tersebut, antara lain :

a. Bawalah bayi anda jika tempat kerja ibu memungkinkan
b. Menyusui sebelum berangkat bekerja
c. Perahlah ASI sebagai persediaan di rumah sebelum berangkat bekerja
d. Di tempat bekerja, ibu dapat mengosongkan payudara setiap 3 – 4 jam
e. ASI perah dapat disimpan di lemari es atau freezer
f. Pada saat ibu dirumah, susuilah bayi sesering mungkin dan rubah jadwal menyusui
g. Minum dan makan makanan yang bergizi serta cukup istirahat selama bekerja dan menyusui.

H.pelayanan masa covid Bagi Ibu Nifas dan Bayi Baru Lahir:

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

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

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

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

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

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

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

d) Pelayanan KB tetap dilaksanakan sesuai jadwal dengan membuat perjanjian dengan petugas. Pedoman Bagi Ibu Hamil, Ibu Nifas, dan Bayi Baru Lahir selama Social Distancing - 5

e) Bayi baru lahir tetap mendapatkan pelayanan neonatal esensial saat lahir (0 – 6 jam) seperti pemotongan dan perawatan tali pusat, inisiasi menyusu dini, injeksi vitamin K1, pemberian salep/tetes mata antibiotik dan pemberian imunisasi hepatitis B.

f) etelah 24 jam, sebelum ibu dan bayi pulang dari fasilitas kesehatan, pengambilan sampel skrining hipotiroid kongenital (SHK) dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan.

g) Pelayanan neonatal esensial setelah lahir atau Kunjungan Neonatal (KN) tetap dilakukan sesuai jadwal dengan kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan dengan melakukan upaya pencegahan penularan COVID-19 baik dari petugas ataupun ibu dan keluarga. Waktu kunjungan neonatal yaitu :

   i. KN 1 : pada periode 6 (enam) jam sampai dengan 48 (empat puluh delapan) jam setelah lahir;

   ii. KN 2 : pada periode 3 (tiga) hari sampai dengan 7 (tujuh) hari setelah lahir;

   iii. KN3 : pada periode 8 (delapan) hari sampai dengan 28 (dua puluh delapan) hari setelah lahir.

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

2.1.4 Bayi Baru Lahir

A) Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, dimulai dari usia 0-28 hari yang memerlukan penyesuaian dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterine. (Marmi, 2014:1).

B) Periode masa transisi pada bayi baru lahir

Menurut Rukiyah, (2010: 12)periode transisi dibagi menjadi 3 yaitu:

1) Reaktivitas 1 *(The First Periode Of Reactivity)*

Dimulai dari masa persalinan dan berakhir setelah 30 menit.Selama periode ini detak jantung cepet dan *pulsasi* tali pusat jelas. Warna kulit terlihat sementara *sianosis* atau *akrosisnosis*

2) Fase Tidur *(Periode Of Unresponsive Sleep)*

Berlangsung selama 30 menit sampai 2 jam persalinan. Tingkat tarif pernafasan menjadi lebih lambat. Selama masa tidur memberikan kesempatan bayi untuk memulihkan diri dari proses persalinan dan periode transasi ke kehidupan diluar uterin.

3) Periode Reaktivitas II (*The Second Periode Of Reaktivity*) / transisi ke-III.

Berlangsung selama 2 sampai 6 jam setelah persalinan. Jantung bayi labil dan terjadi perubahan warna kulit yang berhubungan dengan stimulus lingkungan.

C) Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir

Menurut Marmi, S.ST. & Kukuh Rahardjo,(2012: 8). Ciri –Ciri Bayi Baru Lahir :

1) Berat badan 2500 – 4000 gram
2) Panjang badan 48 – 52 cm
3) Lingkar dada 30 – 38 cm
4) Lingkar Kepala 33 – 35 cm
5) Frekuensi jantung 120 – 160 kali/menit
6) Pernafasan kurang lebih 40 – 60 Kali/menit
7) Kulit kemerah – merahan dan licin karena jaringan sub kutan cukup
8) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
9) Kuku agak panjang dan lemas
10) Genetalia :
    a. Perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora
    b. Laki – laki testis sudah turun,skrotum, sudah ada.
11) Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
12) Reflek morro atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik
13) Reflek graps atau reflek menggenggam sudah baik
14) Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan

D) Adaptasi Bayi Baru Lahir

Adaptasi neonatal adalah proses penyesuaian fungsional neonatus dari kehidupan di dalam uterus. Adaptasi ini disebut juga homeostasis.

Homeostasis adalah kemampuan mempelajari fungsi-fungsi vital, bersifat dinamis, dipengaruhi oleh tahap pertumbuhan dan perkembangan, termasuk masa pertumbuhan dan perkembangan intrauterin.

1) Sistem pernafasan

Pernafasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir.Usaha bayi pertama kali untuk mempertahankan tekanan alveoli, selain karena adanya surfaktan, juga karena adanya tarikan nafas dan pengeluaran nafas dengan merintih sehingga udara bisa tertahan di dalam alveoli.Pernafasan pada neonatus biasanya menggunakan pernafasan diafragma dan abdominal, sedangkan untuk frekuensi dan dalamnya pernafasan biasanya belum teratur.Pernafasan normal pada neonatus pertama kali dimulai ketika kurang lebih 30 detik sesudah kelahiran.

Tabel 2.10

Perkembangan Sistem Pulmonal

Usia Kehamilan	**Perkembangan**
24 hari	Bakal paru – paru terbentuk
26 – 28 hari	Kedua bronkus membesar
6 minggu	Segmen bronkus terbentuk
12 minggu	Lobus terdiferensiasi
24 minggu	Alveolus terbentuk
28 minggu	Surfaktan terbentuk
34 – 36 minggu	Struktur paru matang

Sumber :Marmi,S.ST. & Kukuh Raharjo ,2012 : 14.

2) Peredaran darah

Setelah bayi lahir, paru akan berkembang yang akan mengakibatkan tekanan arteriol dalam paru menurun yang diikuti dengan menurunnya tekanan pada jantung kanan. Kondisi ini menyebabkan tekanan jantung kiri lebih besar dibandingkan dengan tekanan jantung kanan dan hal tersebut yang membuat foramen ovale secara fungsional menutup.Hal ini terjadi pada jam-jam pertama setelah kelahiran. (Vivian Nanny Lia Dewi, 2010 : 13).

3) Saluran pencernaan

Pada masa neonatus, traktus digestivus mengandung zat-zat yang berwarna hitam kehijauan yang terdiri dari mukopolosakarida dan disebut mekonium. Pada masa neonatus saluran pencernaan mengeluarkan tinja pertama biasanya dalam 24 jam pertama berupa mekonium(zat yang berwarna hitam kehijauan).Dengan adanya pemberiansusu, mekonium mulai digantikan oleh tinja tradisional pada hari ke tiga sampai empat yang berwarna coklat kehijauan.(Marmi,S.ST. & Kukuh Raharjo ,2012: 21). Pada hari pertama setelah kelahiran bayi menyusu sesuai keinginan dan tidak diberi cairan lainnya maka akan dihasilkan secara bertahap 10-100 ml ASI perhari. (Kemenkes,2014: 52)

Adapun adaptasi pada saluran pencernaan adalah :

a. Pada hari ke-10 kapasitas lambung menjadi 100 cc
b. Enzim tersedia untuk mengkatalisis protein dan karbohidrat sederhana yaitu monosacarida dan disacarida.
c. Difesiensi lipase pada pankreas menyebabkan terbatasnya absorbsi lemak sehingga kemampuan bayi untuk mencerna lemak belum matang, maka susu formula sebaiknya tidak diberikan pada bayi baru lahir.
d. Kelenjar lidah berfungsi saat lahir tetapi kebanyakan tidak mengeluarkan ludah sampai usia bayi ± 2-3 bulan (Marmi,S.ST.& Kukuh Raharjo ,2012: 21)

4) Hepar

Segera setelah lahir, hati menunjukan perubahan kimia dan morfologis yang berupa kenaikan kadar protein dan penurunan kadar lemak serta glikogen. Sel hemopoetik juga mulai berkurang, walaupun dalam waktu yang agak lama.Enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir, daya detoksifikasi hati pada neonatus juga belum sempurna.(Wafi,2010 : 19)

5) Metabolisme

Bayi baru lahir harus menyesuaikan diri dengan lingkungan baru sehingga energi dapat diperoleh dari metabolisme karbohidrat dan lemak. Pada jam-jam pertama kehidupan, energy didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua, energi berasal dari pembakaran lemak. Setelah mendapat susu, sekitar di hari keenam energi diperoleh dari lemak dan karbohidrat yangmasing-masing sebesar 60-40%. (Marmi,S.ST.& Kukuh Raharjo ,2012: 21).

6) Suhu tubuh

Bayi baru lahir mempunyai kecenderungan untuk mengalami stress fisik akibat perubahan suhu di luar uterus.

Tiga factor yang paling berperan dalam kehilangan panas tubuh bayi :

1) Luas permukaan tubuh bayi
2) Pusat pengaturan suhu tubuh bayi yang belum berfungsi secara sempurna
3) Tubuh bayi terlalu kecil untuk memproduksi dan menyimpan panas. Marmi,S.ST.& Kukuh Raharjo ,2012)

Mekanisme hilangnya panas pada bayi baru lahir :

Menurut Marmi (2012 : 26-27), BBL dapat kehilangan panas tubuhnya melalui cara-cara berikut :

a) Radiasi

Kehilangan panas yang terjadi dengan pancaran, karena bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu tubuh lebih rendah dari suhu tubuh bayi walaupun tidak bersentuhan secara langsung.

b) Evaporasi

Kehilangan panas dapat terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri karena setelah lahir tubuh bayi tidak segera dikeringkan.

c) Konduksi

Adalah kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin.

d) Konveksi

Adalah kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin.

7) Keseimbangan cairan dan fungsi ginjal

Semua bayi sudah memiliki struktur ginjal tetapi kemampuan ginjal untuk mengkonsentrasikan urine dan mengatur kondisi cairan serta fluktuasi elektrolit belum maksimal. Bayi biasanya berkemih dalam waktu 24 jam pada bayi baru lahir sampai dengan akhir minggu pertama adalah sekitar 200-300 ml, dengan frekwensi 2-6 kali hingga 20 kali/hari. (Maryunani, Anik. 2010 : 204)

8) Kelenjar Endokrin

Selama dalam uterus, janin mendapat hormon dari ibunya. Pada kehamilan sepuluh minggu kortikotropin telah ditemukan dalam hipofisis janin, hormone tersebut diperlukan untuk mempertahankan grandula supra renalis janin. Pada neonatus hormone yang didapatkan dari ibu masih berfungsi, pengaruhnya pembesaran kelenjar air susu pada bayi laki-laki ataupun perempuan dan adanya pengeluaran darah dari vagina yang menyerupai haid pada bayi perempuan. ((Marmi,S.ST.& Kukuh Raharjo ,2012, : 31).

9) Susunan saraf

Bayi baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkordinasi, pengaturan suhu yang labil, control otot yang buruk, mudah terkejut, dan tremor pada ekstremitas. Reflek bayi baru lahir merupakan indiator penting perkembangan normal (Marmi,S.ST.& Kukuh Raharjo ,2012: 31).

10) Reflek

1) Reflek *morro*

Reflek di mana bayi akan mengembangkan tangan lebar-lebar dan melebarkan jari-jari saat diberi rangsangan dikejutkan dengan cara bertepuk tangan, lengan bayi bergerak ke atas yang tampak seperti memeluk seseorang

2) Reflek *Rooting*.

Reflek ini timbul karena stimulasi taktil pip dan daerah mulut yang di tandai bayi menoleh ke arah benda yang menyentuh pipi atau bibir.

3) Reflek *sucking* (menghisap dan menelan)

Reflek ini timbul bersama-sama dengan rangsangan pipi untuk menghisap puting susu dan menelan ASI.

4) Reflek *palmar graps* (genggaman)

Bila jari diletakkan pada telapak tangan bayi, normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat.

5) Reflek *tonic nect*

Reflek ini timbul jika bayi mengangkat leher dan menoleh kekanan atau kekiri jika di posisikan tengkurap.

6) Reflek *babinsky*

Bila ada rangsangan dari telapak kaki, ibu jari kaki akan bergerak ke atas dan jari lainnya akan membuka.

7) Reflek *walking*

Jika bayi dibuat posisi berdiri maka akan ada gerakan spontan kaki melangkah ke depan walaupun belum bisa berjalan.(Rohani dkk 2011: 249)

11) Imunologi

Pada sistem imunologi terdapat beberapa jenis imunogobulin diantaranya adalah IgG (imunoglobulin Gamma G). Pada neonatus hanya terdapat imunoglobulin gamma G, dibentuk banyak dalam bulan ke dua setelah bayi dilahirkan, imunoglobulin G pada janin berasal dari ibunya melalui plasenta.Sistem imunitas yang matang akan memberikan kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang berfungsi mencegah atau meminimalkan infeksi. (Marmi, 2012 hal.11-32)

12) Traktus Digestivus

Pada neonatus, traktus digestivus mengandung zat berwarna hitam kehijauan yang terdiri atas mukopolisakarida atau disebut juga dengan mekonium. Pengeluaran mekonium biasanya pada 10 jam pertama kehidupan dan dalam 4 hari setelah kelahiran biasanya feses sudah berbentuk dan berwarna biasa. (Vivian Nanny Lia Dewi,2010 :15).

13) Keseimbangan Asam Basa

Tingkat keasaman (pH) darah pada waktu lahir umumnya rendah karena glikolisis anaerobic. Namun,dalam waktu 24 jam, neonatus telah mengompensasi asidosis ini (Vivian Nanny Lia Dewi, 2010:15).\

E) Perawatan Bayi Baru Lahir

1. Kewaspadaan umum

Bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi yang disebabkan oleh paparan atau kontaminasi mkroorganisme selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir. beberapa mikroorganisme harus diwaspadai karena dapat ditularkan lewat percikan darah dan cairan tubuh misalnya virus HIV, Hepatitis B dan Hepatitis C. sebelum menangani bayi baru lahir pastikan penolong persalinan telah melakukan upaya pencegahan infeksi seperti Persiapan diri, persiapan alat yang akan digunakan, persiapan tempat (Kemenkes RI, 2014: 2).

2. Penilaian awal berdasarkan Kemenkes RI, 2014: 2

Sebelum bayi lahir :

1) Apakah kehamilan cukup bulan?
2) Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium?

Segera setelah bayi lahir :

1) Apakah bayi menangis atau bernafas megap-megap atau tidak?
2) Apakah tonus bayi baik dan bayi bergerak aktif?

3. Pencegahan kehilangan panas

Bayi baru lahir beresiko terkena hipotermi.Hipotermi mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada di ruangan yang relative hangat Untuk penanganan hipotermi sebaiknya segera ganti popok yang basah dengan popok yang kering dan selimuti bayi supaya hangat serta setelah bayi lahir segera keringkan (Kemenkes RI, 2014: 8).

4. Perawatan tali pusat

Merawat tali pusat yang berarti menjaga tali pusat agar tetap bersih. Bungkus tali pusat dengan kasa steril dan kering.Jangan mengoleskan cairan atau bahan apapun ke punting tali pusat (Kemenkes RI, 2014: 9).

5. Inisiasi Menyusui dini (IMD)

Prinsip pemberian ASI adalah dimulai sedini mungkin, eksklusif selama 6 bulan diteruskan sampai 2 tahun dengan makanan pendamping ASI sejak usia 6 bulan. Pemberian ASI juga meningkatkan ikatan kasih sayang (asih), memberikan nutrisi terbaik (asuh), dan melatih reflek dan motorik bayi (asah) (Kemenkes RI, 2014: 11).

6. Pencegahan perdarahan

Pada bayi baru lahir system pembekuan darah belum sempurna maka dari itu semua bayi beresiko untuk mengalami perdarahan.Perdarahan bisa ringan atau menjadi sangat berat.Untuk mencegah perdarahan pada BBL maka setiap BBL diberikan suntik vitamin K1(Phytomenadione) sebanyak 1 mg dosis tunggal (0,1 cc dalam spuit 1 cc) , intramuscular pada antero leteral paha kiri (Kemenkes RI, 2014: 13).

7. Pencegahan infeksi mata

Salep mata (Tetracycline/Oxytetracicline) atau tetes mata untuk pencegahan infeksi mata diberikan 1 jam setelah bayi lahir. salep mata diberikan dengan cara menarik kelopak mata bagian bawah kearah bawah, oleskan salep mata dalam satu garis lurus mulai dari bagian mata yang dekat dengan hidung bayi menuju kebagian luar mata dengan catatan ujung tabung salep mata atau pipet tetes tidak boleh menyentuh mata bayi (Kemenkes RI, 2014: 14).

8. Pemberian imunisasi

Imunisasi hepatitis B pertama (HB 0) diberikan 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1 secara intramuscular.Imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi.(Kemenkes RI, 2014: 15).

9. Rawat gabung

Ibu dan bayi harus tidur dalam satu ruangan dalam 24 jam. Idealnya BBL ditempatkan di tempat tidur yang sama dengan ibunya, hal ini merupakan cara yang paling mudah untuk menjaga bayi tetap

hangat, mendorong ibu segera menyusui bayinya dan mencegah paparan infeksi pada bayi. (Kemenkes RI, 2014: 9).

10. Anamnesis dan pemeriksaan fisis

Pemeriksaan meliputi anamnesis dan pemeriksaan fisis.Catat seluruh hasil pemeriksaan.Lakukan rujukan sesuai pedoman MTBM.

A. Anamnesis:

Tanyakan pada ibu dan atau keluarga tentang masalah kesehatan pada ibu:

1. Keluhan tentang bayinya
2. Penyakit ibu yang mungkin berdampak pada bayi (TBC, demam saat persalinan, KPD >18 jam, hepatitis B atau C, syphilis, HIV/AIDS, penggunaan obat)
3. Cara, waktu, tempat bersalin, kondisi bayi saat lahir (langsung menangis/ tidak) dan tindakan yang diberikan pada bayi jika ada
4. Warna air ketuban
5. Frekuensi bayi menyusu dan kemampuan menghisap

B. Pemeriksaan Fisis

Prinsip :

1. Pemeriksaan dilakukan dalam keadaan bayi tenang (tidak menangis)
2. Pemeriksaan tidak harus berurutan, dahulukan menilai pernafasan dan tarikan dinding dada kedalam, denyut jantung serta perut

3. Pengisian Formulir Pencatatan

Petugas kesehatan harus menuliskan hasil pemeriksaannya di formulir pencatatan.Formulir pencatatan Bayi Muda umur kurang dari 2 bulan yang terdiri dari 2 halaman.Baris atas berisi identitas, berat badan, suhu badan, keluhan dan jenis kunjungan/kontak dengan bayi muda.Bagian selanjutnya merupakan catatan penilaian dan klasifikasi bayi muda.

Cara pengisian formulir pencatatan :

a) Jawablah pertanyaan dengan cara menulis apabila tidak ada pilihannya
b) Apabila terdapat pilihan lingkari jawaban yang anda pilih
c) Berikan tanda centang di belakang ya atau tidak pada pertanyaan yang memerlukan jawaban ya atau tidak
d) Pada kolom penilaian lingkari tanda atau gejala yang anda temukan pada pemeriksaan
e) Tulislah klasifikasi sesuai dengan buku bagan MTBS pada kolom klasifikasi
f) Tulislah tindakan atau pengobatan yang diperlukan pada kolom tindakan/ pengobatan
g) Tulislah waktu kunjungan ulang terdekat pada baris yang berisi kunjungan ulang pada akhir halaman ke-2
h) Untuk imunisasi berikan tanda centang pada imunisasi yang sudah diberikan atau tulis tanggal pemberian. Lingkari imunisasi yang dibutuhkan. Apabila pada saat itu

memberikan imunisasi tulislah jenis imunisasi yang diberikan di bagian tindakan/pengobatan dan di buku KIA

i) Untuk bayi yang memerlukan rujukan segera tidak perlu dilakukan penilaian pemberian minum, tidak perlu diberikan imunisasi walaupun diperlukan

C. Pemeriksaan Antropometri

a) Berat badan 2.500-4000 gram

b) Panjang badan 48-52 cm

c) Lingkar dada 30-38 cm

d) Lingkar kepala 33-35cm

e) Lingkar lengan 11-12 cm (Marmi, 2014 : 8)

D. Pemeriksaan Bayi Baru Lahir dengan Skor Ballard

Penilaian menurut Ballard adalah dengan menggabungkan hasil penilaian maturitas fisik dan maturitas neuromuskuler. Menurut Marmi (2012: 50-54), penilaian karakteristik sebagai berikut:

a) Maturitas Fisik

Penilaian karakteristik fisik luar dari beberapa alat tubuh mempunyai hubungan dengan maturitas bayi.

Gambar Skor Ballard bagian depan

	- 2	- 1	0	1	2	3	4	5
Kulit		Lengket, rapuh, transparan	Merah seperti gelatin, tembus pandang	Licin, merah muda, vena membayang	Pengelupasan &/atau ruam superfisial, beberapa vena	Pecah2, daerah pucat, jarang vena	Perkamen, pecah-pecah dalam, tidak terlihat vena	Seperti kulit,pecah-pecah, berkeriput
Lanugo		Tidak ada	Jarang sekali	Banyak sekali	menipis	(+)daerah tanpa rambut	Sebagian besar tanpa rambut	
Garis telapak kaki	Tumit – ibu jari kaki < 40 mm	Tumit – ibu jari kaki 40 –50 mm	> 50 mm, tidak ada lipatan	Garis-garis merah tipis	Garis melintang hanya pd bag. anterior	Garis lipatan sampai 2/3 anterior	Garis lipatan pada seluruh telapak	
Payudara		Tidak dikenali	Susah dikenali	Areola datar (-) penonjolan	Areola berbintil2,Penon- jolan 1-2 mm	Areola terangkat, Penonjolan 3-4 mm	Areola penuh, Penonjolan 5- 10 mm	
Mata / telinga	Kelopak menyatu erat	Kelopak menyatu longgar	Kelopak terbuka, pinna datar, tetap terlipat	Pinna sedikit bergelombang, rekoil lambat	Pinna bergelombang baik, lembek tapi siap rekoil	Keras & berbentuk segera rekoil	Kartilago tebal, daun telinga kaku	
Genitalia pria		Skrotum datar & halus	Skrotum kosong, rugae samar	Testis di kanal bagian atas, rugae jarang	Testis menuju ke-bawah, sedikit rugae	Testis sudah turun,rugae jelas	Testis tergnatung, rugae dalam	
Genitalia wanita		Klitoris menonjol, labia datar	Klitoris menonjol, labia minora kecil	Klitoris menonjol, minora membesar	Labia mayora & minora menonjol	Labia mayora besar, labia minora kecil	Labia mayora menutupi klitoris & labia minora	

Skor	Minggu
-10	20
-5	22
0	24
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
.50	44

Sumber: Marmi, 2014, Asuhan Neonatus, Bayi, Balita, dan Anak Prasekolah, Pustaka Pelajar, Yogyakarta, halaman 51

Keterangan :

1. Kulit

   Sebelum perkembangan lapisan epidermis dengan stratum corneumnya, kulit agak transparan dan lengket ke jari pemeriksa. Pada usia perkembangan selanjutnya kulit menjadi lebih halus, menebal dan menghasilkan pelumas, yaitu vernix, yang menghilang menjelang akhir kehamilan.

2. Lanugo

   Mulai menipis dimulai dari punggung bagian bawah.Daerah yang tidak ditutupi lanugo meluas sejalan dengan maturitasnya dan biasanya yang paling luas terdapat di daerah lumbosakral.Pada punggung bayi matur biasanya sudah tidak ditutupi lanugo.

3. Garis telapak kaki

Bayi v*ery premature* dan *extremely immature* tidak mempunyai garis pada telapak kaki.Untuk membantu menilai maturitas fisik bayi tersebut berdasarkan permukaan plantar maka dipakai ukuran panjang dari ujung jari hingga tumit.

4. Payudara

Pemeriksa menilai ukuran areola dan menilai ada atau tidaknya bintik-bintik akibat pertumbuhan papila *Montgomery*.

5. Mata/telinga

Daun telinga pada fetus mengalami penambahan kartilago seiring perkembangannya menuju matur.Pemeriksaan yang dilakukan terdiri atas palpasi ketebalan kartilago kemudian pemeriksa melipat daun telinga ke arah wajah kemudian lepaskan dan pemeriksa mengamati kecepatan kembalinya daun telinga ketika dilepaskan ke posisi semulanya.

6. Genital (pria)

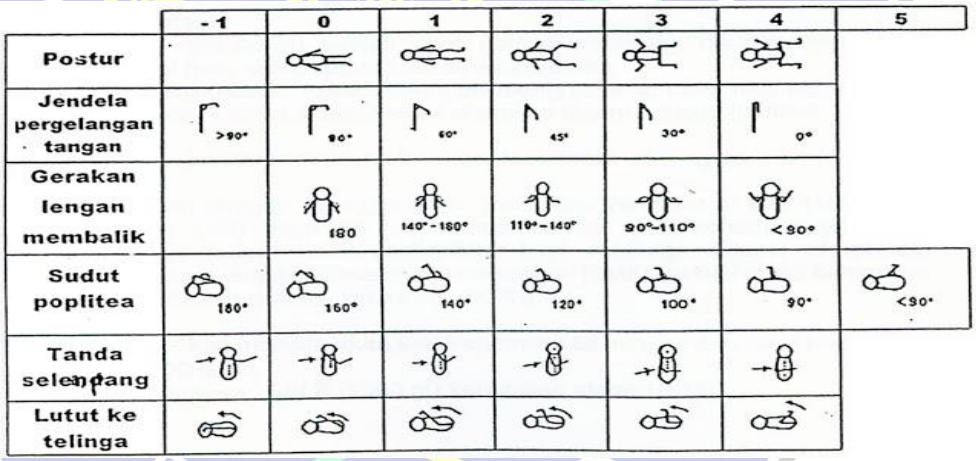
Testis pada fetus mulai turun dari cavum peritoneum ke dalam scrotum kurang lebih pada minggu ke 30 gestasi.Testis kiri turun mendahului testis kanan yakni pada sekitar minggu ke 32.Kedua testis biasanya sudah dapat diraba di canalis inguinalis bagian atas atau bawah pada minggu ke 33 hingga 34 kehamilan.Bersamaan dengan itu, kulit skrotum menjadi lebih tebal dan membentuk rugae.

7. Genital (wanita)

Neonatus harus diposisikan telentang dengan pinggul abduksi kurang lebih 45˚ dari garis horisontal.Pada neonatus *extremely premature* labia datar dan klitoris sangat menonjol dan menyerupai penis.Sejalan dengan berkembangnya maturitas fisik, klitoris menjadi tidak begitu menonjol dan labia minora menjadi lebih menonjol. Mendekati usia kehamilan matur labia minora dan klitoris menyusut dan cenderung tertutupi oleh labia mayora yang membesar.

Sistem Neuromuskuler

Gambar Skor Ballard bagian belakang



Sumber: Marmi, 2014, Asuhan Neonatus, Bayi, Balita, dan Anak Prasekolah, Pustaka Pelajar, Yogyakarta, halaman 51

Keterangan :

1. Postur

Otot tubuh total tercermin dalam sikap yang disukai bayi saat istirahat dan ketahanan untuk meregangkan kelompok otot individu. Untuk mendapatkan item postur, bayi ditempatkan terlentang (jika ditemukan rawan) dan

pemeriksa menunggu sampai bayi mengendap dalam posisi santai atau disukai.

2. Jendela pergelangan tangan

Pemeriksa meluruskan jari-jari bayi dan berlaku tekanan lembut pada dorsum tangan, dekat jari-jari. Dari pra-sangat panjang untuk pasca-panjang, sudut yang dihasilkan antara telapak tangan dan lengan bawah bayi diperkirakan > 90 °; 90 °; 60 °; 45 °; 30 ° dan 0 °.

3. Gerakan lengan membalik

Bayi berbaring telentang, pemeriksa tempatkan satu tangan di bawah siku bayi untuk dukungan.Mengambil tangan bayi, siku dalam fleksi, maka sesaat meluas lengan sebelum melepaskan tangan.Sudut mundur yang lengan mata air kembali ke fleksi dicatat, sesuai dipilih pada lembar skor.

4. Sudut popliteal

Bayi berbaring telentang, dan kembali bergerak, paha ditempatkan lembut pada perut bayi dengan lutut tertekuk penuh. Setelah bayi rileks dalam posisi ini, pemeriksa lembut menggenggam kaki di sisi dengan satu tangan sementara mendukung sisi paha lainnya..Kaki diperpanjang sampai resistensi pasti untuk ekstensi dihargai.

5. Scarf Sign (Tanda selendang)

Bayi berbaring terlentang, pemeriksa menyesuaikan kepala bayi untuk garis tengah dan mendukung tangan bayi di

dada bagian atas dengan satu tangan, ibu jari tangan lain pemeriksa ditempatkan pada siku bayi.

6. Tumit ke Telinga

Bayi ditempatkan terlentang dan tertekuk ekstremitas bawah dibawa untuk beristirahat di kasur. Pemeriksa mendukung paha bayi lateral samping tubuh dengan satu telapak tangan.

E. Penilaian Bayi Baru Lahir dengan Skor Apgar

Skor Apgar digunakan untuk menentukan derajat asfiksia pada neonatus, penilaian dilakukan saat menit 1 dan 5menit setelah kelahiran.

Tabel 2.11 Skor Apgar

Tanda	Nilai : 0	Nilai : 1	Nilai : 2
Appearance (warna kulit)	Pucat atau biru seluruh tubuh	Tubuh merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse (denyut jantung)	Tidak ada	<100	>100
Grimace (Tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
Activity (aktivitas)	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menangis
Respiration (pernafasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis

Sumber : Marmi . R., Kukuh, dan Y. Jendro (ed). 2012. Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, Balita Dan Anak Prasekolah. Yogyakarta: Pustaka Pelajar. Halaman 48

Menurut Manuaba (2007:362) dengan skor APGAR dapat digolongkan kelahiran bayi sebagai berikut :

1. Apgar 0-3, asfiksia berat
2. Apgar 4-6, asfiksia sedang

3. Apgar 7-10, vigorous baby (*well born baby*)

Selain itu juga bisa menggunakan Skor Down yang berfungsi untuk menentukan derajat kegawatan napas pada neonatus.

F. Rencana Asuhan BBL 2-6 hari

Pada hari yang ke-2 sampai ke-6 setelah lahir, ada hal-hal yang perlu diperhatikan dalam asuhan pada bayi, yaitu sebagai berikut :

1) Minum

Berikan ASI sesering mungkin sesuai dengan keinginan ibu (jika payudara sudah penuh) atau sesuai kebutuhan bayi, yaitu setiap 2-3 jam (paling sedikit 4 jam), bergantian dengan payudara kanan dan kiri. Berikan bayi ASI saja (ASI ekskusif) sampai bayi berusia 6 bulan.

2) Defekasi (BAB)

Jumlah feses pada bayi baru lahir cukup bervariasi selama minggu pertama dan jumlah paling banyak adalah antara hari ketiga dan keenam. Bayi baru lahir yang diberikan makan lebih awal akan lebih cepat mengeluarkan feses dari pada yang di berikan makan kemudian. Feses yang diberikan ASI akan berbeda dengan bayi yang diberi susu formula. Feses dari bayi ASI lebih lunak, berwarna kuning emas, dan tidak menyebabkan iritasi pada kulit.

3) Berkemih

Bayi berkemih biasanya 6-10 kali sehari dengan warna urine yang pucat.Menandakan masukan cairan yang cukup.

Umumnya bayi cukup bulan akan mengeluarkan urine 15-16 ml/kg/hari. Untuk menjaga bayi tetap bersih, hangat, dan kering maka setelah BAK harus diganti popoknya.

4) Tidur

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

5) Kebersihan kulit

Kebersihan kulit bayi perlu benar-benar dijaga.Bagian-bagian seperti muka, bokong, dan tali pusat perlu dibersihkan secara teratur.

Keamanan: Jangan meninggalkan bayi tanpa ada yang menunggu.

6) Tanda-tanda bahaya :

1. Pernafasan sulit atau lebih dari 60 kali per menit
2. Terlalu hangat (>38˚C) atau terlalu dingin (<36˚C)
3. Kulit bayi kering (terutama 24 jam pertama), biru, pucat, atau memar
4. Isapan saat menyusu lemah,rewel, sering muntah dan mengantuk berlebihan

5. Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, berbau busuk dan berdarah
6. Terdapat tanda-tanda infeksi seperti suhu tubuh meningkat, merah, bengkak, bau busuk, keluar cairan, dan pernafasan sulit
7. Tidak BAB dalam 3 hari
8. Menggigil, rewel, lemas, mengantuk, kejang, tidak bisa tenang, menangis terus-menerus
9. Penyuluhan pada ibu dan keluarga sebelum bayi pulang :
   a. Perawatan tali pusat
   b. Pemberian ASI
   c. Menjaga kehangatan bayi
   d. Tanda-tanda bahaya
   e. Imunisasi
   f. Perawatan harian/rutin
   g. Pencegahan infeksi dan kecelakaan

7) Imunisasi

a. Imunisasi dasar wajib

1. Imunisasi BCG, yaitu imunisasi yang diberikan untuk menimbulkan kekebalan aktif terhadap penyakit tuberculosis (TBC). Dilakukan sekali pada bayi usia 0-11 bulan
2. Imunisasi Hepatitis B, yaitu imunisasai yang diberikan untuk menimbulkan kekebalan aktif terhadap penyakit hepatitis B, yaitu penyakit infeksi yang dapat merusak

hati. Diberikan 3 kali, Usia pemberian imunisasi sebaiknya diberikan 12 jam setelah lahir, kemudian dilanjut usia 1 bulan, dan usia antara 3-6 bulan

3. Imunisasi polio, yaitu imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit poliomyelitis yang dapat menyebabkan kelumpuhan pada anak. Diberikan 4 kali, usia Pemberian imunisasi 0-11 bulan dengan interval minimal 4 minggu
4. Imunisasi DPT, yaitu imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit difteri, pertusis dan tetanus. Diberikan 3 kali pada bayi usia 2-11 bulan dengan interval 4 minggu
5. Imunisasi Campak, yaitu imunisasi yang diberikan untuk menimbulkan kekebalan aktif terhadap penyakit campak. Diberikan 1 kali pada bayi usia 9-11 bulan (Anik M, 2010 : 215).

Tabel 2.12Jadwal Imunisasi

Umur	Jenis Imunisasi	Dosis
0 bulan	HB 0	
1 bulan	BCG, Polio 1	0,05ml, 2 tetes
2 bulan	DPT/HB1, Polio 2	0,5ml, 2 tetes
3 bulan	DPT/HB2, Polio 3	0,5ml, 2 tetes
4 bulan	DPT/HB3, Polio 4	0,5ml, 2 tetes
9 bulan	Campak	0,5ml
18 bulan	DPT-HB-Hib, Campak	0,5 Ml

Sumber : Kementerian Kesehatan RI 2015

A. Imunisasi Tambahan

Imunisasi tambahan atau ulangan merupakan imunisasi yang wajib diperoleh bayi pada usia 18-24 bulan (pentabio/pentavalen) yang didalamnya terkandung DPT-HB-Hib dan untuk usia 24-36 bulan (campak ulangan). Untuk tekhnik penyuntikannya sama dengan imunisasi campak yaitu, 1/3 deltoid dengan cara sub cutan, dosis 0,5 mL (Kemenkes, 2015).

F) Kunjungan Neonatal

Kunjungan dan pemeriksaan kesehatan Neonatus oleh tenaga kesehatan paling sedikit tiga kali dalam 4 minggu pertama, waktu pemeriksaan bayi dibagi menjadi :

1) KN I (1 kali pada usia 6 – 48 jam)
   a. Timbang berat badan bayi. Bandingkan berat badan dengan berat badan lahir
   b. Jaga selalu kehangatan bayi
   c. Perhatikan intake dan output bayi
   d. Kaji apakah bayi menyusu dengan baik atau tidak
   e. Komunikasikan kepada orang tua bayi bagaimana caranya merawat tali pusat.
   f. Dokumentasikan
2) KN II (1 kali pada usia 3 – 7 hari)
   a. Timbang berat badan bayi. Bandingkan dengan berat badan saat ini dengan berat badan saat bayi lahir

b. Jaga selalu kehangatan bayi

c. Perhatikan intake dan output bayi

d. Kaji apakah bayi menyusu dengan baik atau tidak

e. Dokumentasikan Jadwal Kunjungan neonatal

3) KN III (1 kali pada usia 8 – 28 hari)

a. Timbang berat badan bayi. Bandingkan dengan berat badan saat ini dengan berat badan saat bayi lahir

b. Jaga selalu kehangatan bayi

c. Perhatikan intake dan output bayi

d. Kaji apakah bayi menyusu dengan baik atau tidak

e. Dokumentasikan(Ratna Dewi Pudiastuti 2011).

G) Masalah Pada Bayi Baru Lahir

I. Ikterus

a. Pengertian Ikterus

Ikterus adalah warna kuning yang dapat terlihat pada sklera, selaput lendir, kulit atau organ lain akibat penumpukan bilirubin dalam darah. Bilirubin merupakan hasil dari penguraian sel darah merah di dalam darah. Penguraian sel darah merah merupakan proses yang dilakukan oleh tubuh manusia apabila sel darah merah telah berusia 120 hari. Hasil penguraian hati disingkirkan dari badan melalui BAB dan BAK (Marmi, 2012 : 276).

b. Klasifikasi Ikterus

Ikterus dibedakan menjadi 3 tipe menurut Yeyeh (2013 : 133), diantaranya sebagai berikut :

1. Ikterus Fisiologis

   Ikterus fisiologis adalah ikterus yang timbul pada hari kedua dan tidak sampai hari ke-14 yang tidak mempunyai dasar patologik, kadarnya tidak melewati kadar yang membahayakan atau yang mempunyai potensi menjadi kern ikterus dan tidak menyebabkan suatu morbiditas pada bayi.

2. Ikterus Patologis

   Ikterus yang mempunyai dasar patologis atau kadar bilirubinnya mencapai suatu nilai yang disebut hiperbilirubinemia.

3. Kern ikterus

   Suatu sindroma neurologik yang timbul sebagai akibat penimbunan bilirubin tak terkonjugasi dalam sel-sel otak.

c. Etiologi

Secara garis besar etiologi itu menurut Reeder (2011 : 699) dapat dibagi sebagai berikut :

1. Produksi bilirubin yang berlebihan lebih dari kemampuan bayi untuk mengeluarkannya.
2. Gangguan dalam proses uptake dan konjugasi hepar, gangguan ini dapat disebabkan oleh imaturitas hepar, kurangnya substrat untuk konjugasi bilirubin, gangguan fungsi hepar akibat asidosis, hiposia, dan infeksi atau tidak terdapatnya enzim glukorinil transferase.

3. Gangguan dalam transportasi bilirubin dalam darah terikat oleh albumin yang dapat dipengaruhi oleh obat-obatan misalnya salisilat dan sulfatfurazole.
4. Gangguan dalam sekresi. Gangguan ini dapat terjadi akibat obstruksi dalam hepar atau diluar hepar biasanya akibat infeksi atau kerusakan hepar oleh penyebab lain.
5. Obstruksi saluran pencernaan dapat mengakibatkan hiperbilirubinemia unconjugated akibat penambahan dari bilirubin yang berasal dari sirkulasi enterahepatik.

d. Penilaian

Ada beberapa cara untuk menentukan derajat ikterus yang merupakan risiko terjadinya kern ikterus dengan cara klinis (kramer) yang dilakukan dibawah sinar biasa (Marmi, 2012 : 280).

Berikut adalah tabel penilaian ikterus berdasarkan rumus kramer :

Tabel 2.13
Rumus Kramer

Daerah (gambar)	Luas ikterus	Kadar bilirubin
1	Kepala dan leher	5
2	Daerah 1 (+) Badan bagian atas	9
3	Daerah 1, 2 (+) Badan bagian bawah dan tungkai	11
4	Daerah 1,2 ,3 (+) Lengan dan kaki di bawah dengkul	12
5	Daerah 1, 2, 3, 4 (+) Tangan dan kaki	>12,5

Sumber : Marmi. 2012 : 280

e. Pencegahan dan Penanganan Hiperbilirubinemia

Menurut Reeder (2011 : 700) pencegahan dan penanganan hiperbilirubinemia dapat dilakukan :

1. Mempercepat Metabolisme dan Pengeluarkan Bilirubin

   a) Early feeding, pemberian makanan dini pada neonatus dapat mengurangi terjadinya ikterus fisiologis. Karene dengan itu terjadi pendorongan gerakan usus dan mekoneum lebih cepat dikeluarkan, sehingga peredarah enterohepatik bilirubin berkurang.

   b) Pemberian agar-agar, mekanismenya adalah dengan menghalangi atau mengurangi peredaran bilirubin enterhepatik.

   c) Pemberian fenobarbital. Khasiat fenobarbital ialah mengadakan induksi enzim mikrosoma, sehingga konjugasi bilirubin berlangsung lebih cepat.

   d) Menyusui bayi dengan ASI. Bilirubin juga dapat pecah jika bayi banyak mengeluarkan feses dan urine.

2. Terapi Sinar Matahari

   Terapi dengan sinar matahari dapat dilakukan dengan cara berjemur selama 15 – 30 menit dengan posisi yang berbeda-beda, dan bagian mata bayi ditutup agar tidak melihat langsung sinar matahari. Lakukan antara jam 07.00-09.00, karena inilah waktu dimana sinar ultraviolet sudah cukup efektif mengurangi kadar bilirubin.

3. Terapi Sinar

Terapi sinar dilakukan selama 24 jam atau stidaknya sampai kadar bilirubin dalam darah kembali ke ambang batas normal.

H) Pemeriksaan menggunakan pendekatan MTBM

Pemeriksaan neonatus dilakukan dengan menggunakan MTBM untuk mengetahui apakah seorang bayi baru lahir dalam keadaan sehat atau sakit dapat dilakukan dengan memeriksa tanda dan gejala utama pada bayi.

Menurut kemenkes RI 2013 Dalam setiap kunjungan rumah petugas harus mampu :

1. Menanyakan kepada ibu masalah yang dihadapi oleh bayinya
2. Apabila menemukan bayi sakit, harus mampu mengklasifikasikan penyakit bayi untuk :
   a. Kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri
   b. Diare
   c. Ikterus
   d. Kemungkinan berat badan rendah
3. Menangani masalah pemberian ASI
4. Menentukan status imunisasi
5. Menentukan masalah atau keluhan lain
6. Melakukan konseling pada ibu

I.Rekomendasi bagi Tenaga Kesehatan terkait Pelayanan Pasca Persalinan untuk Ibu dan Bayi Baru Lahir :

a) Semua bayi baru lahir dilayani sesuai dengan protokol perawatan bayi baru lahir. Alat perlindungan diri diterapkan sesuai protokol. Kunjungan neonatal dapat dilakukan melalui kunjungan rumah sesuai prosedur. Perawatan bayi baru lahir termasuk Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) dan imunisasi tetap dilakukan. Berikan informasi kepada ibu dan keluarga mengenai perawatan bayi Pedoman Bagi Ibu Hamil, Ibu Nifas, dan Bayi Baru Lahir selama Social Distancing - 10 baru lahir dan tanda bahaya. Lakukan komunikasi dan pemantauan kesehatan ibu dan bayi baru lahir secara online/digital.

b) Untuk pelayanan Skrining Hipotiroid Kongenital, pengambilan spesimen tetap dilakukan sesuai prosedur. Tata cara penyimpanan dan pengiriman spesimen sesuai dengan Pedoman Skrining Hipotiroid Kongenital. Apabila terkendala dalam pengiriman spesimen dikarenakan situasi pandemik COVID-19, spesimen dapat disimpan selama maksimal 1 bulan pada suhu kamar.

c) Untuk bayi baru lahir dari ibu terkonfirmasi COVID-19 atau masuk dalam kriteria Pasien Dalam Pengawasan (PDP), dikarenakan informasi mengenai virus baru ini terbatas dan tidak ada profilaksis atau pengobatan yang tersedia, pilihan untuk perawatan bayi harus didiskusikan dengan keluarga pasien dan tim kesehatan yang terkait.

d) Ibu diberikan konseling tentang adanya referensi dari Cina yang menyarankan isolasi terpisah dari ibu yang terinfeksi dan

bayinya selama 14 hari. Pemisahan sementara bertujuan untuk mengurangi kontak antara ibu dan bayi.

e) Bila seorang ibu menunjukkan bahwa ia ingin merawat bayi sendiri, maka segala upaya harus dilakukan untuk memastikan bahwa ia telah menerima informasi lengkap dan memahami potensi risiko terhadap bayi.

f) Sampai saat ini data terbatas untuk memandu manajemen postnatal bayi dari ibu yang dites positif COVID-19 pada trimester ke tiga kehamilan. Sampai saat ini tidak ada bukti transmisi vertikal (antenatal).

g) Semua bayi yang lahir dari ibu dengan PDP atau dikonfirmasi COVID-19 juga perlu diperiksa untuk COVID-19.

h) Bila ibu memutuskan untuk merawat bayi sendiri, baik ibu dan bayi harus diisolasi dalam satu kamar dengan fasilitas en-suite selama dirawat di rumah sakit. Tindakan pencegahan tambahan yang disarankan adalah sebagai berikut:

   - Bayi harus ditempatkan di inkubator tertutup di dalam ruangan.
   - Ketika bayi berada di luar inkubator dan ibu menyusui, mandi, merawat, memeluk atau berada dalam jarak 1 meter dari bayi, ibu disarankan untuk Pedoman Bagi Ibu Hamil, Ibu Nifas, dan Bayi Baru Lahir selama Social Distancing - 11 mengenakan APD yang sesuai dengan pedoman PPI dan diajarkan mengenai etiket batuk.

- Bayi harus dikeluarkan sementara dari ruangan jika ada prosedur yang menghasilkan aerosol yang harus dilakukan di dalam ruangan.

i) Pemulangan untuk ibu postpartum harus mengikuti rekomendasi pemulangan pasien COVID-19.

2.1.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana

A) Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga berencana adalah usaha untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan.Usaha tersebut termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga. (Sulistyawati, A, 2013 : 12-13)

Keluarga berencana adalah suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah anak dan jarak kehamilan dengan memakai kontrasepsi (Mochtar Rustam, 2012 : 195).

B) Perencanaan dan penapisan Program KB

Menurut Prof. Dr.dr.Affandi,dkk (2012:U8-U10) perencanaan dan penapisan klien meliputi :

1. Perencanaan Keluarga

a. Seorang perempuan telah dapat melahirkan, segera setelah ia mendapatkan haid yang pertama (menarche)
b. Kesuburan seseorang perempuan akan terus berlangsung sampai mati haid (menopause)
c. Kehamilan dan kelahiran terbaik, artinya resiko paling rendah untuk ibu dan anak adalah antara 20-35 tahun
d. Persalinan pertama dan kedua paling rendah resikonya
e. Jarak antara dua kelahiran sebaiknya 2 – 4 tahun

2. Penapisan klien

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

a. Kehamilan
b. Keadaan yang membutuhkan perhatian khusus
c. Masalah (misalnya diabetes atau tekanan darah tinggi) yang membutuhkan pengamatan dan pengelolaan lebih lanjut.
d. Untuk sebagian besar klien keadaan ini bisa diselesaikan dengan cara amnamnesa terarah, sehingga masalah utama dapat dikenali atau kemungkinan hamil dapat disingkirkan. Sebagian besar cara kontrasepsi, kecuali AKDR dan kontrasepsi mantap tidak membutuhkan pemeriksaan fisik maupun panggul. Pemeriksaan laboratorium untuk klien keluarga berencana atau klien baru umumnya tidak diperlukan karena:
    1. Sebagian besar klien keluarga berencana berusia muda (16-35 tahun) dan umurnya sehat.
    2. Pada wanita, masalah kesehatan reproduksi yang membutuhkan perhatian (misalnya kanker genetalia dan payudara, fibroma uterus) jarang didapat pada umur sebelum 35 atau 40 tahun.
    3. Pil kombinasi dosis rendah yang sekarang tersedia (berisi estrogen dan progestin) lebih baik daripada produk sebelumnya karena efek samping lebih sedikit dan jarang menimbulkan masalah medis.

4. Pil progestin, suntikan dan susuk bebas dari efek yang berhubungan dengan estrogen dan dosis progestin yang dikeluarkan per hari bahkan lebih rendah dari pil kombinasi.

Menurut George Adriansz, dkk (2015:U 11)

Dari beberapa faktor perencanaan tersebut, dapat digambarkan pemilihan kontrasepsi yang rasional sebagai berikut:

a) Fase menunda kehamilan

1. Pil
2. IUD
3. Sederhana
4. Implan
5. Suntikan

b) Fase menjarangkan kehamilan

2	4
1. IUD 2. Suntik 3. Minipil 4. Pil 5. Implant 6. Sederhana	1. IUD 2. Suntikan 3. Minipil 4. Pil 5. Implant 6. Sederhana 7. Steril

c) Fase tidak hamil lagi

1. Steril
2. IUD
3. Implant
4. Suntikan
5. Sederhana

6. Pil

C) Macam – Macam Alat Kontrasepsi

Menurut Kemenkes RI(2013:256) terdapat beberapa pilihan metode kontrasepsi yang dapat digunakan setelah persalinan karena tidak mengganggu proses menyusui yaitu :

A. Alat Kontrasepsi dalam Rahim (AKDR)

a. Pengertian

AKDR merupakan pilihan kontrasepsi pascasalin yang aman dan efektif untuk ibu yang ingin menjarangkan atau membatasi kehamilan. CuT 380A dapat dipakai sampai 10 tahun.,

b. Efektivitas

Resiko kehamilan kurang dari 1 diantara 100 ibu dalam 1 tahun

c. Indikasi

1) Usia reproduktif
2) Nulipara
3) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang
4) Menyusui dan menginginkan menggunakan kontrasepsi
5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui bayinya
6) Resiko rendah dari IMS
7) Tidak boleh atau tidak cocok menggunakan kontrasepsi hormonal.

d. Kontraindikasi

Yang tidak diperkenankan menggunakan AKDR menurut George Adriansz, dkk (2015:MK 82)

1) Sedang hamil atau dicurigai hamil
2) IMS, PRP abortus septik baru terjadi dalam 3 bulan terakhir

3) Diketahui menderita TBC pelvic

4) Kanker alat genital

5) Ukuran rongga rahim kurang dari 6 cm

e. Efek samping

Amenorea ,kejang ,perdarahan vagina yang hebat dan tidakteratur,benang hilang.

f. Waktu penggunaan

Waktu pemasangan	Definisi	Angka Ekspulsi	Keterangan
Pasca placenta	Dalam 10 menit setelah melahirkan placenta	9,5 - 12,5 %	Ideal: angka ekspulsi rendah
Segera pascasalin	Setelah 10 menit hingga 48 jam pasca salin	25 - 37%	Masih aman
Pascasalin tertunda	Setelah 48 jam - 4 minggu pasca salin	Tidak Dianjurka	Resiko perforasi dan ekspulsi meningkat
Interval - Pascasalin Lanjutan	Setelah 4 minggu pasca salin	3-13%	Aman

Sumber : Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan, 2013 halaman 257

B. Kontrasepsi Implan

a. Pengertian

Implant merupakan alat kontrasepsi hormonal yang di pasang di bawah kulit. Indoplant terdiri dari 2 batang yang diisi dengan 75 mg Levonorgestrel dengan lama kerja 3 tahun.

b. Indikasi

1) Usia reproduksi

2) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi

3) Pascapersalinan dan tidak menyusui

4) Tidak menginginkan anak lagi, tetapi menolak sterilisasi

5) Riwayat kehamilan ektopik

6) Tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal yang mengandung estrogen

7) Sering lupa menggunakan pil

c. Kontraindikasi

Yang tidak boleh menggunakan implant menurut George Adriansz, dkk (2015:MK 55) yaitu:

1) Hamil atau diduga hamil

2) Perdarahan pervaginam yang tidak diketahui penyebabnya

3) Benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara

4) Tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi

5) Gangguan toleransi glukosa

6) Efek samping :

Amenorea, perdarahan bercak (spotting) ringan, ekspulsi, infeksi pada daerah insersi , berat badan naik/ turun

d. Waktu Penggunaan

Dilakukan setiap saat bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pascasalin, bila tidak menyusui dilakukan segera pascasalin (George Andriansz, 2015: U 53).

C. Kontasepsi Progestin

a. Pil Progestin (Mini Pil)

1) Pengertian

Cocok digunakan perempuan menyusui , sangat efektif pada masa laktasi, dosis rendah, tidak menurunkan produksi ASI, dapat digunakan untuk kontrasepsi darurat.

2) Keuntungan

Sangat efektif bila digunakan secara benar,tidak mempengaruhi ASI, mencegah kanker endometrium, tidak meningkatkan pembekuan darah, mengurangi nyeti haid. (Saifuddin, 2011:MK48-MK52)

3) Kerugian

Peningkatan/penurunan berat badan, harus digunakan setiap hari dan pada watu yang sama, tidak melindungi dari infeksi menular seksual, hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan didaerah muka), tetapi sangat jarang terjadi.

4) Efek samping

Amenorea, perdarahan tidak teratur/spotting.

5) Waktu

Dilakukan lebih dari 6 minggu atau sudah dapat haid, suntikan dimulai setelah yakin tidak ada kehamilan (George Andriansz, 2015: U 53).

6) Cara minum

Umumnya 3 sampai 4 minggu setelah persalinan.Sebaiknya laktasi sudah berjalan lancar, karena

sebagian wanita mungkin merasa mengalami perubahan jumlah ASI pada minggu-minggu pertama.

b. Suntikan progestin menurut Saifuddin (2011 : MK-41-43)

Kontrasepsi suntikan progestin sangat efektif, aman, dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi, kembalinya kesuburan lebih lambat rata- rata 4 bulan, cocok untuk masa laktasi karena tidak menekan produksi ASI.Tersedia 2 jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin, yaitu : Depo Medroksiprogesteron asetat (Depoprovera) mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuskular (di daerah bokong). Apabila suntikan diberikan terlalu dangkal penyerapan kontrasepsi suntikan akan lambat dan tidak bekerja segera dan efektif. Mulai dengan injeksi kelima diberikan setiap 12 minggu.Depo Noretisteron Enantat (Depo noristerat) yang mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik IM. (Saifuddin, 2011).

1) Cara kerja

Mencegah ovulasi, mengentakan lender serviks sehingga menurunkan kemampuan penitrasi sperma, menjadikan selaput lender rahim tipis dan atrofi, menghambat transportasi gamet oleh tuba.

2) Keuntungan

Sangat efektif, tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan

pembekuan darah, tidak mempengaruhi pengeluaran ASI, mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul.

3) Kerugian

Permasalahan berat badan, tidak menjamin perlindungan penyakit menular seksual, terlambatnya kembai kesuburan setelah penghentian pemakaian, terjadi peubahan pada lipid serum pada penggunaan jangka panjang.

4) Indikasi

Usia reproduktif, menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektifitas tinggi, perokok, sering lupa menggunakan pil, telah banyak anak tetapi belum menghendaki tubektomi.

5) Kontra Indikasi

Hamil/dicurigai hamil, perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya, tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid terutama amenorea, menderita penyakit kanker payudara atau riwayat kanker payudara, diabetes militus disertai komplikasinya.

6) Efek sampig

Amenorea, perdarahan bercak/spotting, meningkatnya atau menurunya berat badan.

7) Waktu mulai digunakan

a. Sebelum 6 minggu pascapersalinan, klien menyusui jangan menggunakan kontrasepsi progestin.
b. Jika menggunakan MAL, kontasepsi progestin dapat ditunda sampai 6 bulan.
c. Jika tidak menyusui dapat segera dimulai.
d. Jika tidak menyusui lebih dari 6 minggu pascapersalinan, atau sudah dapat haid, kontasepsi progestin dapat dimulai setelah yakin tidak ada kehamilan

Menurut (dr. saifudin, 2011: MK-42) alat kontrasepsi yang baik untuk ibu menyusui adalah alat yang tidak mengandung hormone atau yang hanya mengandung hormone progesterone karena hormone tersebut tidak mepengaruhi produksi asi. Alat kontrasepsi yang dapat digunakan ibu menyusui merupakan MAL, IUD, implant, suntik 3 bulan, dan pil laktasi.

D. Kontrasepsi Sederhana

a. Metode Amenore Laktasi

1) Pengertian

Metode Amenore Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklisif,artinyahanya diberikan ASI tapa tambahan makan atau minuman apapun lainnya.(Affandi,dkk. 2012: MK-1)

2) Efektifitas

Efektifitas MAL mencapai 98%

3) Cara Kerja

Cara kerja dari MAL yaitu menghambat ovulasi

4) Syarat yang boleh menggunakan MAL :

a) Klien yang belum mendapatkan haid setelah melahirkan.

b) Umur bayi kurang dari 6 bulan.

c) Menyusui Eksklusif.

5) Keuntungan

Murah, tidak perlu repot-repot datang ke tenaga kesehatan, tidak mengganggu hubungan seksual , tidak mengganggu produksi ASI.(Sulistyawati, A, 2013)

6) Kerugian

1. Tidak bisa digunakan bila klien bekerja / berpisah dengan bayinya lebih dari 6 jam.
2. Tidak bisa mencegah dari PMS (Penyakit Menular Seksual).

E. Kondom

1. Mekanisme

Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma diujung selubung karet yang dipasang pada penis

2. Efektivitas

Sedikit angka kegagalan kondom yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun

3. Kelebihan

Dapat mencegah penularan IMS (InfeksiMenular Seksual)

4. Efek samping

Kondom rusak atau diperkirakan bocor .

5. Waktu

Pada saat melakukan hubungan seksual

D) Kebutuhan PMB pada Masa Pandemi Covid-19 dan Menghadapi Era New – Normal (Rangkuman dalam Laporan PMB)

- Menjaga suplay Alokon berkelanjutan v Dukungan APD secara terus menerus – disposible
- Revisi kebijakan pembiayaan pelayanan kebidanan dalam JKN - termasuk untuk konsultasi on-line
- Review kebijakan MOU PMB & BPJS untuk meningkatkan akses pelayanan KIA & KB
- Memfasilitasi Pelatihan CTU termasuk KB PP bagi PMB
- Mengembangkan media penyuluhan, KIE tentang Kespro & KB secara Digital.
- Pengembangan aplikasi dan sistim informasi dalam peningkatan kolaborasi antar provider, antar fasyankes, maupun antara provider dengan pasien.
- Mengupayakan rapid test bagi PMB KOMITMEN IB

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kehamilan

A. Pengkajian

pengkajian dilakukan dengan mengunakansemua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap (simatupan, 2008 dalam Nurhayati 2014).

1. Data subyektif

a) Identits pasien

Data yang didapat dari pasien sebagaisuatu pendapat terhadap situasi dan kejadian (Nusalam, 2009). Identitas pasien menurut Diah Wulandari (2008) adalah:

1) Nama

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

2) Umur

Untuk mengetahui faktor resiko dilihat umur pasien

3) Agama

Untuk memberikan motifasi pasien sesuai dngan agama yang dianut, agar peugas lebih mudah dalam pendekatan dan pemberian dorongan moril pada pasien.

4) Suku bangsa

Mempermudah dalam pelaksanaan asuhan kebidanan untuk menetahui fktor pembawa atau ras.

5) Pendidikan

Untuk mengetahui tingkat yang nantinya penting dalam memberikan pendidikan kesehatan pasiensesuai dengan tingkat pendidikannya agar motivasi yang diberikan petugas dapat diterima sesuai pengetahuanya.

6) Pekerjaan

Untuk mengetahui tingkat social ekonomi

7) Alamat

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

b) Keluhan Utama

Beberapa ketidak nyamanan umum pada ibu hamil Trimester III antara lain sering kencing, nyeri ulu hati, konstipasi, kram tungkai, edema dependen, dispareunia, insomnia, nyeri punggng bawah, sesak nafas, hemoroid, varises dan leukorea sehubungan dengan meningkatnya produksi kelenjar dan lendir endoservikal sebagai akibat dari peningkatan kadar estrogen. Ketidak nyamanan pada ibu hamil Trimester III, yaitu sakit kepala dan strie gravidarum (Marmi, 2011)

c) Alasan datang

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

d) Riwayat Menstruasi

Adalah untuk mengetahui menarche, umur berapa haid pertama, teratur atau tidak, siklus haid, lama haid, banyaknya darah, dismenorhoe atau tidak, haid terakhir (Manuaba, 2008)

e) Riwayat Obstetri

1) Gravida/Para
2) Tipe golongan darah (ABO dan Rh)
3) Kehamilan yang lalu
   (a) Tanggal persalinan
   (b) Usia gestasi
   (c) empat lahir
   (d) Bentuk persalinan (spontan, SC, forcep, atau vakum ekstraksi)
   (e) Masalah obstetrik, medis dan sosial yang lain, dalam kehamilan (Preeeklamsia dan lain-lain), dalam persalinan (malpresentasi, drip oksitosin dan lain-lain), dalam nifas (perdarahan, infeksi, bagaimana laktasi, dan lain-lain), berat badan bayi, jenis kelamin, kelainan congenital bayi dan komplikasi seperti ikterus, status bayi saat lahir (hidup atau mati), status kehidupan bayi, jika meninggal apa penyebabnya

Pernyataan ini sangat mempengaruhi prognosis persalinan dan pimpinan persalinan, karena jalannya persalinan yang

lampau adalah hasil ujian-ujian dari segala faktor yang mempengarusi persalinan (Hani,2011).

f) Riwayat Kehamilan Sekarang

Riwayat kehamilan sekarang dikaji untuk menentukan umur kehamilan sekarang dengan tepat.Setelah mengetahui umur kehamilan ibu, bidan dapat memberikan konseling tentang keluhan kehamilan yang biasa terjadi dan dapat mendeteksi adanya komplikasi yang lebih baik (Rukiyah, 2009).

g) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah ibu sebelum hamil pernah menggunakan KB atau belum, jika pernah lamanya berapa tahun, Jenis KB yang dugunakan (Estiwidani dkk, 2008). Pasien yang 3 bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septic tidak boleh menggunakan kontrasepsi IUD (Saifudin, 2012). Untuk berencana KB yang akan datang lagi pasangan yang berusaha membatasi kehamilan sapat menggunakan metode KB yang, meliputi KB metode sederhana (kondom, spermisida, coitus interuptus, pantang berkala) dan metode efektif (pil KB, progesterone only pil, pil KB kombinasi, after morning pil, suntik KB, susuk KB tiap bulan).(Manuaba, 2010).

h) Riwayat kesehatan keluarga ibu

1) Wanita yang mempunyai riwayat kesehatan yang buruk atau wanita dengan komplikasi kehamilan

sebelumnya, membutuhkan perawatan yang lebih tinggi pada saat kehamilan karena hal ini akan dapat memperberat kehamilan jika ada penyakit yang telah diderita oleh ibu sebelum hamil. Penyakit yang diderita oleh ibu dapat mempengaruhi proses kehamilannya. Sebagai 240 contoh penyakit yang akan mempengaruhi dan dapat dipicu dengan adanya kehamilan adalah hipertensi, penyakit jantung, diabetes

2) Melitus, anemia serta penyakit menular seksual (Marmi, 2014).
3) Penyakit yang pernah diderita (Sekarang)
   (a) Diabetes militus tergantung insulin (IDDM)

   Wanita muda dengan diabetes tipe I secara umum terlihat dengan keluhan jelas poliuria, termasuk keinginan untuk berkemih terus menerus selama malam hari, meningkatnya rasa haus, lapar dengan penurunan berat badan yang berhubungan, dan kelelahan atau keletihan. Sedangkan diabetes tipe II mengalami keluhan yang hampir sama dengan diabetes tipe II seperti rasa haus, sering berkemih, dan kelelahan, tetapi yang lebih tampak yaitu adanya infeksi jamur vagina berulang, gatal, infeksi kulit, pengelihatan kabur, atau bahkan mengalami neuropati ferifer. Wanita dengan

riwayat janin besar dan kehilangan janin yang tidak dapat dijelaskan sebabnyadipertimbangkan berada pada keadaan beresiko (Varney, 2008).

(b) Hipertensi

Hipertensi dalam kehamilan dikaitkan dengan morbiditas atau mortalitas janin/neonatus serta maternal. Komplikasi yang berkaitan dengan preeklamsia berat meliputi gangguan plasenta, gagal ginjal akut, abrubsio retina, gagal janin, hemorargi serebral, IUGR, serta kematian maternal atau janin. (Walsh, 2012).

(c) Sifilis

Sifilis mudah ditularkan dalam janin melalui plasenta. Sifilis yang tidak dilakukan pengobatan dikaitkan oleh aborsi spontan, kematian janin intrauterin, kematian neonatus, dan sifilis kongenita. Lebih dari 80% ibu hamil dengan sifilis yang tidak diobati mengalami mortalitas atau pun morbiditas (Walsh, 2012).

(d) Heptitis B

Penularan HBV dari ibu ke bayi baru lahir terjadi 10% sampai 85%. Resiko penularan pada bayi dikaitkan dengan status antigen Hbe ibu. Ibu yang seropositif untuk baik HbsAG dan HbeAF

mengalami resiko tinggi penularan ke neonatus (Walsh, 2012).

(e) Infeksi ginjal dan saluran kemih

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

(f) Penyakit jantung

Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas pada wanita yang menderita penyakit jantung pada proses kehamilan, persalinan dan nifas, perlu memerlukan konseling prakonsepsi dengan memperhatikan resiko masing-masing penyakit. Pada klien yang mengalami kelainan penyakit jantung derajat 3 atau 4 sebaiky tidak hamil dan dapat memilih memakai kontrasepsi AKDR, Tubektomi, atau Vasektomi pada pasangannya (Saifuddin, 2014).

(g) HIV/AIDS

Pada masa kehamilan dapat memperberat kondisi klinik wanita dengan infeksi HIV. Transmisi vartikal virus AIDS dari ibu ke dalam janinya terjadi melalui perantara plasenta. Pengobatan yang dapat di lakukan pada ibu penderita HIV dan penyakit oportunistiknya dalam kehamilan merupakan masalah, karena banyak obat belum diketahui dampak buruknya terhadap kehamilannya (Wiknjosastro, 2007).

i) Riwayat Kesehatan Keluarga

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

dipertimbangkan berada pada keadaan beresiko (Varney, 2008).

2) Hipertensi

Hipertensi dalam kehamilan dikaitkan dengan morbiditas atau mortalitas janin/neonatus serta maternal. Komplikasi yang berkaitan dengan preeklamsia berat meliputi gangguan plasenta, gagal ginjal akut, abrubsio retina, gagal janin, hemorargi serebral, IUGR, serta kematian maternal atau janin. (Walsh, 2012).

3) Sifilis

Sifilis mudah ditularkan dalam janin melalui plasenta. Sifilis yang tidak dilakukan pengobatan dikaitkan oleh aborsi spontan, kematian janin intrauterin, kematian neonatus, dan sifilis kongenita. Lebih dari 80% ibu hamil dengan sifilis yang tidak diobati mengalami mortalitas atau pun morbiditas (Walsh, 2012).

4) Heptitis B

Penularan HBV dari ibu ke bayi baru lahir terjadi 10% sampai 85%. Resiko penularan pada bayi dikaitkan dengan status antigen Hbe ibu. Ibu yang seropositif untuk baik HbsAG dan HbeAF mengalami resiko tinggi penularan ke neonatus (Walsh, 2012).

5) Infeksi ginjal dan saluran kemih

Pengaruh infeksi ginjal dan saluran kemih terhadap kehamilan terjadi karena demam yang tinggi serta

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

6) Penyakit jantung

Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas pada wanita yang menderita penyakit jantung pada proses kehamilan, persalinan dan nifas, perlu memerlukan konseling prakonsepsi dengan memperhatikan resiko masing-masing penyakit. Pada klien yang mengalami kelainan penyakit jantung derajat 3 atau 4 sebaiky tidak hamil dan dapat memilih memakai kontrasepsi AKDR, Tubektomi, atau Vasektomi pada pasangannya (Saifuddin, 2014).

7) HIV/AIDS

Pada masa kehamilan dapat memperberat kondisi klinik wanita dengan infeksi HIV. Transmisi vartikal virus AIDS dari ibu ke dalam janinya terjadi melalui perantara plasenta. Pengobatan yang dapat di lakukan pada ibu penderita HIV dan penyakit oportunistiknya dalam kehamilan merupakan masalah, karena banyak obat belum diketahui dampak buruknya terhadap kehamilannya (Wiknjosastro, 2007).

j) Pola Fungsi Kesehatan

1) Nutrisi

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

(a) Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas dan hal lain merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya Pre-eklamsia. Jumlah pertambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil.

(b) Protein

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

(c) Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin,

terutama bagian pengembangan otak dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, keju, yoghurt, dan kalsium bikarbonat. Defisisensi kalsium menyebabkan riteksia pada bayi atau osteomalsia pada ibu.

(d) Zat Besi

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

(e) Asam Folat

Selain zat besi, sel-sel darah merah juga memerlukan asam folat bagi pematangan sel. Jumlah asam folat yang dibutuhkan oleh ibu hamil adalah 400 mikrogram per hari, kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil

Tabel 2.14

Tambahan kebutuhan nutrisi ibu hamil

Nutrisi	Kebutuhsn tidak hamil/hari	Tambahan kebutuhan hamil/hari
Kalori	2000-2200 kalori	300-500 kalori
Protein	75 gram	8-12 gram
Lemak	53 gram	Tetap
Fe	28 gram	2-4 gram
Ca	500 mg	60 mg
Vit A	3500 IU	500 IU
Vit C	75 gram	40 mg
Asam folat	180 gram	400 gram

Sumber: Marmi, 2013

Tabel 2.15

Contoh menu makanan dalam sehari bagi ibu hamil

Bahan makanan	**Porsi hidangan sehari**	**Jenis hidangan**

Nasi	5 + 1 porsi	Makan pagi: nasi 1,5 porsi (150 gram) dengan ikan/daging 1 potong sedang (40 gram), tempe 2 potong sedang (50 gram), sayur 1 mangkok dan buah 1 potong sedang.
Sayuran	3 mangkuk	
Buah	4 potong	
Tempe	3 potong	Makanan selingan: susu1 gelas dan buah 1 potong sedang
Daging	3 potong	
Susu	2 gelas	Makan siang: nasi 3 porsi (300 gram), dengan lauk, sayur dan buah sama dengan pagi Makan selingan: susu 1 gelas dan buah 1 potong sedang Makan malam: nasi 2,5 porsi (259 gram) dengan lauk, sayur dan buah sama dengan pagi/siang Selingan: susu 1 gelas
Minyak	2 gelas	
Gula	2 sendok makan	

Sumber: Marmi, 2013

2) Pola Eliminasi

(a) Buang Air Kecil (BAK)

Meningkatnya frekuensi berkemih pada kehamilan Trimester III paling sering dialami oleh wanita primigravida setelah lightening. Hal tersebut menyebabkan bagian presentasi (terendah) pada janin akan menurun masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan pada kandung kemih ibu (Marmi, 2014).

(b) Buang Air Besar (BAB)

Konstipasi di akibatkan oleh penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan hormon progesteron. Konstipasi juga terjadi akibat efek samping mengkonsumsi zat besi, hal ini akan memperberat masalah pada wanita hamil (Marmi, 2014).

3) Pola Aktivitas

Senam hamil bertujuan untuk mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Senam hamil dapat di lakukan pada usia kehamilan sekitar 24-28 minggu. Salah satu aktivitas yang dapat dianggap sebagai senam hamil yaitu berjalan-jalan saat hamil terutama pada pagi hari (Manuaba, 2011). Tidak di anjurkan melakukan pekerjaan rumah tangga yang berat dan menghindari kerja fisik yang dapat menimbulkan kelelahan yang berlebih (Saifuddin, 2014).

4) Pola Istirahat dan Tidur

Istirahat yang dibutuhkan oleh wanita hamil kurang lebih adalah 6-8 jam/hari, termasuk dalam tidur siang maupun tidur pada saat malam hari. Posisi tidur yang baik yaitu dengan tidur melingkar atau lurus pada salah satu sisi tubuh. Lebih dipilih kiri, dengan salah satu

kaki menyilang di atas yang lainnya dan dengan bantal diapit di antara kedua kaki (Manuaba, 2010).

5) Pola Seksual

Hubungan seksual disarankan untuk dihentikan apa bila terdapat tanda infeksi dengan pengeluaran cairan disertai rasa nyeri atau hubungan seksual panas, terjadi perdarahan saat berhubungan seksual, terdapat pengeluaran cairan (air) yang tibatiba, dan hal ini tidak dianjurkan kepada ibu yang sering mengalami keguguran, persalinan sebelum waktunya, bayi mati dalam kandungan sekitar dua minggu sebelum persalinan. (2012). Sedangkan menurut Saifuddin (2010), koitus diperbolehkan pada masa kehamilan apabila dilakukan dengan hati-hati. Pada akhir kehamilan jika kepala sudah masuk rongga panggul, koitus sebaiknya tidak dilakukan karena dapat mengakibatkan perasaan sakit dan perdarahan.

6) Personal Hygiene

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

a) Riwayat Keteregantungan

1) Merokok

Ibu hamil yang merokok akan sangat merugikan diri sendiri dan bayinya. Bayi akan kekurangan oksigen dan racun yang dihisap melalui rokok bisa di transfer melalui plasenta kedalam tubuh bayi. Kandungan nikotin yang terdapat didalam rokok dapat menyebabkan efek vasokontriksi kuat dan meningkatkan tekanan darah, frekuensi jantung, peningkatan efineprin, dan CO_2 meningkatkan risiko terjadinya abortus spontan, plasenta abnormal dan preeklamsia (Marmi, 2011).

2) Alkohol

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

3) Obat Terlarang

Mengidentifikasikan penggunaan obat pada masa hamil sangat penting. Membantu wanita yang ingin berhenti merokok, mengidentifikasi janin dan bayi berisiko. Wanita yang menggunakan obat-obatan terlarang akan menyebabkan keterlambatan perkembangan janin, retardasi mental atau bahkan kematian (Marmi, 2011).

k) Riwayat Psikososial dan budaya

Status perkawinan : beberapa pertanyaan yang dapat diajukan antara lain usia nikah pertamakali, status pernikahan sah/tidak, lama pernikahan, perkawinan sekarang adalah suami yang keberapa (Sulistyawati, 2010).

2. Data Obyektif

a) Pemeriksaan Umum

1) Keadaan Umum

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

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

(b) Lemah: Pasien dimasukan dalam criteria ini jika ia kurang atau tidak memberi respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain dan dia sudah tidak mampu berjalan sendiri (Sulistyawati, 2010:102).

2) Kesadaran

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

3) Tanda-tanda Vital

(a) Tekanan Darah

Tekanan darah dalam batas normal, yaitu 100/70-130/90 mmHg. Wanita yang tekanan darahnya sedikit meningkat diawal peretengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika wanita multipara dengan sistolik >120 mmHg. Berisiko mengalami pre-eklamsia (Marmi, 2014:163). Kenaikan tidak boleh lebih dari 30 mmHg pada sistolik atau 15 mmHg pada diastolik, lebih dari batasan tersebut ada kemungkinan mulai terdapat pre-eklamsia (Manuaba, 2012).

(b) Nadi

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

(c) Suhu

Suhu tubuh yang normal adalah 36-37,5 ^{0}C. Bila suhu tubuh lebih dari 37,5^{0}C perlu waspadai adanya infeksi (Romauli, 2011).

(d) Pernafasan

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

(e) Antropometri

(1) Tinggi Badan

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

(2) Berat Badan

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

(3) Lingkar Lengan Atas (LILA)

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

b) Pemeriksaan Fisik

1) Kepala

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

2) Muka

Terdapat cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, dan tidak sembab.

Bentuk simetris, apabila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romauli, 2011). Edema yang terdapat pada muka atau edema pada seluruh tubuh merupakan 259 salah satu tanda gejala adanya pre eklampsia (Saifuddin, 2010).

3) Mata

Konjungtiva berwarna pucat atau kemerahan, sklera berwarna putih atau tidak (Alimul, 2008).

4) Hidung

Pemeriksaan yang dapat dilakukan adalah pernafasan cuping hidung, deformitas atau penyimpangan septum, kesimetrisan, ukuran, letak, termasuk kesimetrisan lipatan nasolabil, rongga hidung terbebas dari sumbatan, perforasi septum nasal. Pemeriksaan nasal dapat dilakukan dengan spekulum (ukuran, tanda-tanda infeksi, edema pada konka nasalis, polip, tonjolan, sumbatan, ulserasi, lesi, titik-titik perdarahan, rabas, dan warna mukosa) (Varney dkk, 2008).

5) Telinga

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

6) Leher

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

7) Dada/payudara

(a) Retraksi atau penonjolan interkosta dan atau subklavia

(b) Kesimetrisan geraak napas

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

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

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

(f) Pemeriksaan payudara yang dilakukan meliputi bentuk, besar masing-masing payudara(seimbang atay tidak), *hiperpigmentasi* aerola payudara, teraba massa yang nyeri atau tidak bila ditekan, *colostrums*, keadaan putting (menonjol, datar, atau masuk ke dalam), kebersihan, bentuk *Breast Holder* (BH) (Romauli, 2011)

8) Abdomen

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

(a) Normalnya DJJ 120-160x/menit apabila kurang dari 120x/menit disebut *bradikardi*,

sedangkan bila lebih dari 160x/menit disebut *takikardi* (Romauli, 2011).

(b) Ukuran janin

Dengan cara Mc.Donald, untuk mengetahui TFU dengan pita ukur kemudian dilakukan penghitungan tafsiran berat janin dengan rumus dari Johnson Tausak (TFU (cm) –n x 155= TBJ). Bila kepala diatas *spina ischiadica* maka n-12. Bila kepala di atas *ischiadica* maka n-11 =11 (Varney, 2011).

(c) Letak dan Presentasi

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

(1) Leopold I : untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang berada pada bagian fundus

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

(3) Leopold III : untuk menentukan bagian janin yang berada dibawah (presentasi).

(4) Leopold IV : untuk menentukan apakah bagian bawah janin sudah masuk panggul (Akhmad, 2016).

(d) Pemeriksaan panggul dibagi menjadi 2, yaitu :

(1) Pemeriksaan panggul luar

(2) Distansia spinarum, jarak antara spina iliaka anterior superior kiri dan kanan (normalnya 23-26 cm).

(3) Distansia cristarum, jarak antara crista iliaka kanan dan kiri (normalnya 26-29 cm).

(4) Conjungata eksterna (baudeloque), jarak antara pinggir atas sympisis dan juga prosessus spinosus ruas tulang lumbal keV (normalnya 18-20 cm).

(5) Ukuran lingkar panggul dari pinggir atas sympisis ke pertengahan spina iliaka anterior superior dan trochanter major sepina dan kembali melalui tempat yang sama di pihak yang lain. Normalnya sekitar 80-90 cm.

(6) Pemeriksaan panggul dalam Pemeriksaan panggul dalam pada usia kehamilan sekiar 36 minggu. Pemeriksaan panggul dalam dapat

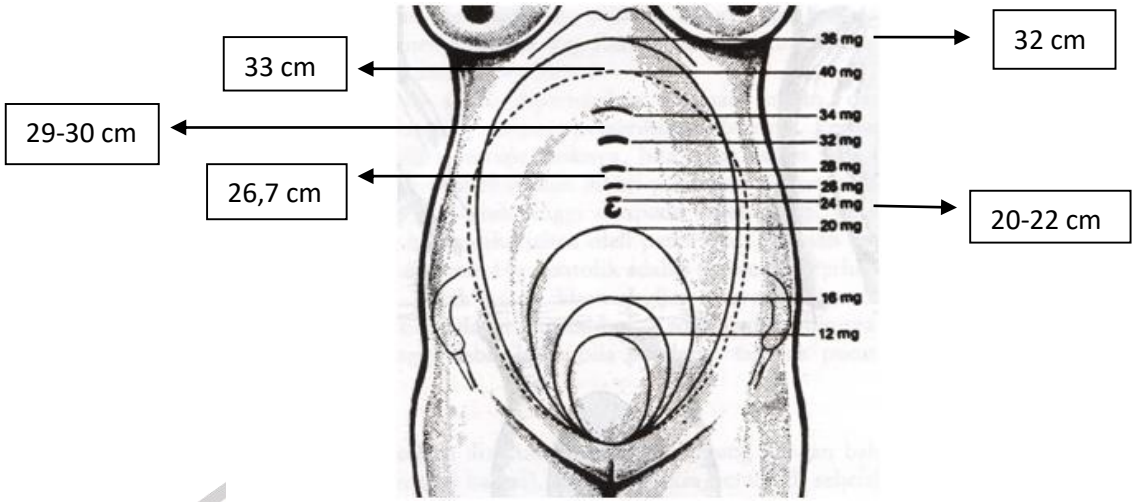
digunakan untuk merasakan kesan mengenai bentuk panggul. Di katakan normal jika promotorium tidak teraba, tidak ada tumor (exostose), linea innominata teraba sebagain, spina ischiadika tidak teraba, os.sacrum mempunyai inklinasi ke belakang dan sudut arkus >90 .

Tabel 2.12
Tinggi Fundus Uteri (TFU) berdasarkan Leopold pada Trimester III

Usia Kehamilan	**Tinggi Fundus Uteri (TFU)**
28 minggu	3 jari diatas pusat
32 minggu	Pertengahan px dan pusat
36 minggu	setinggi px atau 2-3 jari di bawah px
40 minggu	Pertengahan px dan pusat

Sumber : (Jannah, 2012)

Gambar 2.16 Pemeriksaan Fundus Uteri untuk Menentukan Umur Kehamilan



Sumber : Wiknjosastro, 2009.

Tabel 2.13
Tinggi Fundus Uteri (TFU) berdasarkan palpasi Leopold dalam cm

Usia Kehamilan	**Tinggi Fundus**	
	Dalam cm	**TFU**
12 minggu		1/3 diatas simfisis atau 3 jari di atas simfisis
16 minggu		1/2 simfisis-pusat
20 minggu	20 cm	2/3 di atas simfisis atau 3 jari di bawah pusat
24 minggu	23 cm	Setinggi pusat
28 minggu	26 cm	1/3 diatas pusat atau 3 jari di atas pusat
32 minggu	30 cm	1/2 pusat-processus xipodeus (px)
36 minggu	33 cm	Setinggi processus xipodeus (px)
40 minggu		Dua jari (4cm) di bawah px

Sumber : (Hanni dkk, 2011)

9) Genetalia

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

10) Anus

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi. Oleh karena itu, semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid. Progesteron juga menyebabkan relaksasi pada dinding vena dan usus besar. Selain itu pembesaran pada uterus juga dapat mengakibatkan peningkatan tekanan, secara spesifik juga secara umum pada vena hemoroid (Varney, 2008).

11) Ekstremitas

Pada ibu hamil trimester III seringterjadi edema dependen yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas kapiler, tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvic ketika duduk atau pada vena kava inferior ketika berbaring. Jika edema muncul pada muka, tangan dan disertai proteinuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya pre-eklamsia (Marmi, 2014). Bila bawah bergerak sedikit ketika tendon ditekuk, bila geraknya berlebihan dan cepat maka hal ini mungkin merupakan tanda preeklamsia. bila reflek patella negatif kemungkinan pasien mengalami kekurangan vitamin B1 (Romauli, 2011).

c) Pemeriksaan Penunjang

1) Pemriksaan Darah

(a) *Haemoglobin*

Pemeriksaan dan pengawasan *Haeomoglobin* (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat Sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan Sahli dapat digolongkan sebagai berikut: anemia jika Hb 11 g%, anemia ringan jika 9-10 g%, anemia sedang jika 7-8 g%, anemia berat jika Hb < 7 g% (Manuaba, 2012:139).

(b) Golongan Darah

Dilakukan pemeriksaan golongan darah berfungsi untuk mengetahui golongan darah klien, dilakukan pada kunjungan pertama kali pada pemeriksaan kehamilan. Hal ini sebagai persiapan ibu jika mengalami perdarahan selama persalinan, sehingga tranfusi darah dapat segera dilakukan (Romauli, 2011).

2) Pemeriksaan Protein Urine

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

3) Pemeriksaan Reduksi

Reduksi urin dilakukan untuk mengetahui kadar glukosa dalam urin, di lakukan pada kunjungan pertama. Cara menilai hasil reduksi urin adalah jika berwarna Hijau jernih atau biru (-), Hijau keruh (+), Hijau keruh kekuningan (++), jingga atau kuning keruh (+++), merah kekuningan,keruh atau merah bata (++++) (Romauli, 2011).

4) *Ultrasonografi (USG)*

Menurut Romauli (2011), 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 mengukur umur kehamilan 7-14 minggu.

(c) Dengan mengukur diameter bipareteral (BPD) untuk kehamilan lebih 12 minggu.

5) Kartu Skor Pordji Rochyati

Untuk mendeteksi risiko ibu hamil dapat menggunakan Kartu Skor Poedji Rochyati (KSPR). Terdiri dari Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan skor 2 ditolong oleh bidan, Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan skor 6-10 ditolong oleh bidan atau dokter , Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan skor > 12 ditolong oleh dokter (Kemenkes, 2014).

B. Diagnosa Kebidanan

Menurut Premenkes RI No. 938/Menkes/VIII/2007 bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan data secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Diagnosa : G1/1PAPIAH, 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, 2012). Dengan masalah yang mungkin timbul antara lain : edema dependen, nukturia, hemoroid, konstipasi, kram pada tungkai, sesak nafas, pusing, nyeri pinggang,

varises, panas, dan nyeri pada ulu hati (heart burn), serta kecemasan menghadapi persalinan (Varney dkk, 2007).

C. Perencanaan

Menurut Keputusan Menteri kesehatan RI No. 938/Menkes/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan pada diagnosa dan masalah yang ditegakkan. Dengan kriterian perencanaan sebagai berikut :

a) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien : tindakan segera, antisipasi, dan asuhan secara berkesinambungan (komperhensif).
b) Melibatkan klien/ibu serta keluarga.
c) Mempertimbngkan kondisi psikologis, sosial budaya ibu maupun keluarga.
d) Menentukan tindakan yang aman sesuai dengan kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
e) Mempertimbangkan kebijakan serta peraturan yang berlaku pada sumberdaya atau fasilitas yang ada. Menurut Varney dkk (2007), diagnosa kebidanan antara lain adalah :
   1) Diagnosa kebidanan : G1/1PAPIAH, 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, 2012).

      Tujuan : ibu dan janin sehat, sejahtera sampai melahirkan.

Kriteria :

(a) Keadaan umum baik.

(b) Keadaan composmentis.

(c) Tanda-tanda vital normal (Tekanan Darah: 100/70-130/90 mmHg, Nadi: 76-88x/menit, Suhu: 36,5°C-37,5°C, Respirasi Rate: 16-24x/menit).

(d) Pemeriksaan laboratorium.

(e) Hb lebih dari 11 gr%, protein urine (-), reduksi urine (-).

(f) Denyut Jantung Janin (DJJ) 120-160x/menit, kuat, irama teratur.

(g) Tinggi Fundus Uteri (TFU) sesuai dengan usia kehamilan.

(h) Situs bujur dan presentasi kepala. Intervensi menurut Varney dkk (2007) adalah :

(1) Jelskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan.

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

(2) Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin terjadi pada ibu hamil Trimester III.

R/ ibu dapat menyesuaikan diri dengan keadaan yang dialaminya.

(3) Jelaskan pada ibu tentang kebutuhan dasar ibu hamil diantaranya adalah nutrisi, eliminasi, istirahat dan tidur, personal hygiene, aktivitas, hubungan seksual, perawatan payudara, serta senam hamil.

R/ dengan terpenuhinya kebutuhan dasar ibu hamil, maka kehamilan dapat berlangsung dengan baik dan lancar.

(4) Jelaskan pada ibu tentang tanda bahaya pada kehamilan Trimester III.

R/ mengidentifikasi tanda bahaya pada kehamilan, agar klien mengetahui kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk menghadapi kemungkinan keadaan darurat.

(5) Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan.

R/ dengan adanya rencana persalinan agar ibu menerima asuhan yang sesuai dengan tepat waktu (Marmi, 2011).

(6) Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan.

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

(7) Pesankan pada ibu untuk kontrol ulang sesuai jadwal atau jika ada keluhan.

R/ memantau keadaan ibu dan janin, serta deteksi dini adanya komplikasi.

2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Persalinan

A. Data Subyektif

1. Biodata

a) Nama

Selain sebagai identitas, upayakan agar bidan memanggil dengan nama panggilan sehingga hubungan komunikasi antara bidan dan pasien menjadi akrab (Sulistyawati, 2011).

b) Umur

Untuk mengetahui apakah ibu termasuk resiko tinggi atau tidak.Usia di bawah 16 tahun atau di atas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di atas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes, hipertensi kronis, persalinan lama, dan kematian janin (Varney, 2008).

c) Agama

Sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan (Sulistyawati, 2011).

d) Pendidikan

Pendidikan berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Ambarwati, 2009).

e) Pekerjaan

Mengetahui pekerjaan ibu, gunannya untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut (Amabarwati, 2009).

f) Suku/bangsa

Data ini berhubungan dengan sosial budaya yang dianut oleh pasien dari keluarga yang berkaitan dengan persalinan (Silistyawati, 2011).

g) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah apabila diperlukan (Eny, 2010).

2. Keluhan Utama

Keluhan utama ditanykan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Pada kasus persalinan, informasi yang harus didapat dari pasien adalah kapan mulai merasa

ada kencang-kencang di perut,bagaimana intensitas dari frekuensinya, apakah ada pengeluaran cairan dari vagina yang berbeda dari air kemih, apakah sudah ada pengeluaran lender bercampur darah, serta pergerakan janin untuk memastikan kesehatannya (Sulistyawati, 2011). Biasanya ibu yang akan bersalin datang dengan keluhan seperti: pinggang terasa sakit menjalar ke depan, mengeluarkan lender dan darah, mengeluarkan cairan (air ketuban) (Sulistyawati, 2010:33).

3. Riwayat kesehatan dan penyakit klien

Penting untuk melakukan penapisan pada ibu secepatnya terhadap kemungkinan komplikasi antepartum yang dapat mempengaruhi periode intrapartum (misal preeklamsia, anemia) atau muncul menyerupai tanda-tanda persalinan.(Verney, 2007). Berikut ini adalah kondisi medis dari beberapa kategori ini:

a) Diabetes mellitus gestasional

Komplikasi yang mungkin terjadi pada kehamilan dengan diabetes sangat bervariasi. Pada ibu akan meningkatkan resiko terjadinya preeklamsia, seksiosesarea, dan terjadinya diabetes mellitus tipe II di kemudian hari, sedangkan pada janin meningkatkan resiko terjadinya makrosomia, trauma persalinan, hipobilirubinemia, hipoglikemia, hipokalsemia, hiperbilirubenia bayi baru lahir, sindroma distress respirasi (RDS), serta meningkatkan mortalitas atau kematian janin (Saifuddin, 2009).

b) Anemia

Bahaya saat persalinan adalah gangguan his (kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio plasenta dan perdarahan postpartum karena atonia uteri, kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum primer dan atonia uteri (Manuaba, 2010).

c) Hipertiroid

Biasanya pada kehamilan berakhir dengan abortus (inhabitualis)/partus prematurus, cacat bawaan, dan kretinismus pada janin lebih beasr (Sarwono, 2009).

d) Hipotiroid

Pada hipotiroid subklinis bisa meningkatkan terjadinnya persalinan premature, solusio plasenta, dan perawatan bayi di NICU (Saifuddin, 2009).

e) Epilepsi

Pada umumnya epilepsy tidak di pengaruhi oleh kehamilan.Namun wanita hamil dengan epilepsi mempunyai resiko terhadap hipertensi karena kehamilan, persalinan premature, bayi berat badan rendah, bayi dengan kelainan bawaan dan kematian perinatal (Saifuddin, 2010).

f) Gagal ginjal akut

Gagal ginjal akut merupakan komplikasi yang sangat gawat dalam kehamilan dan nifas karena dapat menimbulkan kematian atau kerusakan fungsi ginjal yang tidak bisa sembuh lagi.Penderita dapat meninggal dalam waktu 14 hari setelah timbulnya anuria. Kerusakan jaringan dapat terjadi di beberapa tempat yang tersebar atau kese;uruhan jaringan ginjal (Saifuddin, 2009).

g) HIV

Transmisi HIV dari ibu kepada janin dapat terjadi melalui intrauterine, saat persalinan, dan pasca persalinan.Kelainan yang dapat terjadi adalah berat badan lahir rendah, bayi lahir mati, partus preterm dan abortus spontan (Sarwono, 2009).

h) Sifilis

Merupakan penyakit sistemik yang disebabkan oleh treponema pallidum. Transmisi treponema dari ibu ke janin umumnya erjadi setelah plasenta terbentuk utuh, kira-kira sekitar umur 16 minggu, kemunngkinan untuk timbulnya sifilis congenital lebih memungkinkan (Sarwono, 2009).

4. Riwayat kesehatan keluarga

Informasi tentang keluarga klien penting untuk mengidentifikasi wanita yang beresiko menderita penyakit genetik yang dapat memengaruhi hasil akhir kehamilan atau beresiko memiliki bayi yang menderita penyakit genetik.Informasi ini juga dapat mengidentifikasi latar belakang ras atau etnik yang di perlukan

untuk melakukan pendekatan berdasarkan pertimbangan budaya atau untuk mengetahui penyakit organik yang memiliki komponen herediter (Marmi, 2011).Kejadian kehamilan ganda di pengaruhi salah satunya oleh faktor genetik atau keturunan (Saifuddin, 2009).

5. Riwayat kebidanan

a) Riwayat menstruasi

Pada riwayat menstruasi hal yang perlu di kaji adalah umur menarche, siklus, lamanya, banyaknya darah, dan adanya dismenorea.Selain itu kaji pula HPHT (hari pertama haid terkhir) ibu. Hari pertama haid terahir merupakan data dasar yang di perlukan untuk menentukan usia kehamilan apakah cukup bulan atau premature. Kaji pula kapan bayi lahir (menurut taksiran ibu) dan taksiran persalinan (Rohani,2014).

1) Riwayat menstruasi menurut (Marmi,2014):

(a) Menarche adalah terjadinya haid yang pertama kali. Menarche terjadi pada usia pubertas yaitu 12-16 tahun, rata-rata 12,5 tahun.

(b) Siklus haid

Siklus haid yang klasik adalah 28 hari ± 2 hari, sedangkan pola haid dan lamanya perdarahan tergantung tipe wanita dan biasanya 3-8 hari.

(c) Hari pertama haid terakhir.

HPHT dapat dijabarkan untuk memperhitungkan tanggal tafsiran persalinan.Bila siklus haid ± 28 hari, rumus yang di pakai adalah +7, bulan -3, tahun +1.

2) Riwayat kehamilan

(a) Riwayat kehamilan sekarang

HPHT (Hari Pertama Haid Terakir) : Untuk mengetahui umur khamilan yang sebenarnya dan sekaligus taksiran persalinan yang di hitung dengan rumus neagle yaitu TTP (Taksiran Tanggal Persalinan) = HPHT +7 bulan haid -3 dan tahun +1 (Manuaba,2010).

Dikaji tentang jumlah kunjungan. Jumlah kunjungan minimal empat kali (4x) yaitu satu kali pada trimester I, satu kali pada trimester II, dan dua kali pada trimester III. Hal ini dapat memberikan peluang yang lebih besar bagi petugas kesehatan untuk mengenali secara dini berbagai penyulit atau gangguan kesehatann yang terjadi pada ibu hamil. Beberapa penyakit atau penyulit tidak segera timbul bersamaam dengan terjadinya kehamilan hipertensi dalam kehamilan, atau baru akan menampakkan gejala pada usia kehamilan

tertentu misalnya perdarahan antepartum yang disebabkan oleh plasenta previa (Prawirohardjo, 2010).

Di kaji tentang imunisasi TT karena ibu hamil yang mendapatkan imunisasi TT dalam tubuhnya akan membentuk antibody tetanus. Jadwal imunisasi TT I ke TT II adalah 4 minggu dan akan memberikan perlindungan selama 3 tahun (Saifuddin, 2007).

(b) Riwayat kehamilan yang lalu

Terminasi kehamilan dapat mempengaruhi viabilitas kehamilan yang berikutnya. Dilatasi dan kuretase menyebabkan terjadinya inkompetensi serviks (Fraser et al,2009). Aborsi spontan berulang dapat mengidendikasikan adanya kondisi seperti abnormalitas genetic, ketidak seimbangan hormone, atau inkmpetensi serviks (Fraser dkk,2009).

(c) Persalinan yang lalu

(1) Lama persalinan sebelumnya merupakan indikasi yang baik untuk memperkirakan lama persalinan kali ini sehingga memungkinkan untuk

membedakan persalinan antara primigravida dan gravida selanjutnya serta persalinan dengan paritas yang lebih tinggi. Untuk mengidentifikasi kelahiran melalui SC atau kelahiran operatif pervaginam sebelumnya (Verney et al,2008).

(2) Ukuran bayi yang terbesar dilahirkan pervaginam memastiakn keadekuatan panggul wanita untuk ukuran bayi saat ini. Selain itu juga untuk mengantisipaasi kemungkinan komplikasi jika di banding dengan perkiraan berat janin (Varney et al, 2008).

(3) Wanita yang memiliki riwayat melahirkan bayi kecil dari ayah yang sama cenderung memiliki bayi kecil juga pada kehamilan ini (Verney et al, 2008).

(4) Semua wanita dengan riwayat SC pada segmen uterus bawah (insisi transversal bawah atau vertical bawah) dan tidak memiliki kontraindikasi dianjurkan

menjalani persalinan pervaginam (Varney et al, 2008).

(d) Riwayat nifas yang lalu

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38ºC berturut-turut selama 2 hari kemungkinan terjadi infeksi. Uterus yang telah menyelesaiakan tugasnya akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga terdapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri di sebut "nyeri ikutan" (*after pain*) terutama pada multipara (Manuaba,2010).

(e) Riwayat kelahiran bayi

Jenis kelamin, hidup atau tidak, kalau meninggal umur berapa dan sebabnya meninggal, berat badan waktu lahir.Pernyataan ini sangat mempengaruhi prognosa persalinan dan pimpinan persalinan, karena jalanya persalinan yang lampau adalah hasil ujian-ujian dari segala faktor yang mempengaruhi persalinan (Wiknjosastro, 2010).

6. Riwayat keluarga berencana

Untuk engetahuii apakah ibu sudah menjadi akseptor keluarga berencana (KB) sebelum hamil atau tidak. Metode kontrasepsi yang di gunakan apa dan sudah berapa lama ibu menjadi akseptor KB serta rencana KB apa yang akan di gunakan ibu (klien) setelah melahirkan (Fathma, 2014).

7. Data fungsional kesehatan

a) Pola nutrisi

Dikaji tentang jenis makanan yang di konsumsi klien, apakah sudah mengkonsumsi makanan yang sesuai dengan menu seimbang (nasi, lauk pauk, sayur, buah) atau belum, karena asupan nutrisi juga akan berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin yang di kandungnya. Selain maknan,berapa kali minum dalam sehari juga perlu untuk dipertanyakan, hal ini juga dimaksudkan untuk mencegah keadaan kekurangan cairan (Fathma,2014).

Ibu diperbolehkan mengkonsumsi makanan rendah lemak dan rendah residu sesuai selera untuk memberinya energi.Namun makan dan minum selama persalinan menyebabkan peningkatan resiko regurgitasi dan aspiriasi isi lambung (Fraser et al, 2009).

b) Eliminasi

Kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terendah janin, sehingga di anjurkan ibu untuk

sesering mungkin untuk BAK. Apabila ibu belum BAB kemungkinan akan di keluarkan saat persalinan, yang bisa mengganggu bila bersamaan dengan keluarnya kepala bayi (Marmi, 2011).

c) Aktivitas

Norma-norma yang mengatur aktivitas fisik sangat bervariasi. Mereka takut kehilangan fisik yang fit selama periode mereka terpaksa mengurangi kegiatan. Wanita yang biasanya tidak berolahraga harus memenuhi kegiatan fisik dan intensitasnya rendah dan meningkatkan aktivitas secara teratur.Pada kala I apabila kepala janin sudah masuk sebagian ke dalam PAP serta ketuban pecah, klien dianjurkan duduk atau berjalan-jalan di sekitar ruangan atau kamar bersalin.Pada kala II kepala janin sudah masuk rongga PAP klien dalam posisi miring kanan atau kiri.Klien dapat tidur terlentang, miring kanan atau kiri tergantung pada letak punggung anak, klien sulit tidur terutama pada kala I-IV (Marmi, 2011).

d) Istirahat dan tidur

Sebaiknya ibu hamil banyak istirahat atau tidur meskipun bukan tidur betulan hanya memberikan badan untuk memperbaiki sirkulasi darah (Yeyeh, 2009:106). Data yang perlu di tanyakan yang berhubungan dengan istirahat pasien:

1) Kapan terakhir tidur
2) Berapa lama
3) Aktivitas sehari-hari

Kita perlu mengkaji aktivitas sehari-hari pasien karena data ini memberi gambaran kita tentang seberapa berat aktivitas yang biasa dilakukan pasien di rumah. Jika diakhir kehamilannya pasien melakukan aktivitas yang terlalu berat di khawatirkan pasien akan merasakan kelelahan sampai akhirnya dapat menimbulkan penyulit pada masa bersalin (Sulistyawati, 2011).

e) Personal hygine

Data ini perlu kita gali karena akan sangat berkitan dengan kenyamanan pasien dalam menjalani proses persalinnya. Beberapa prtanyaan yang perlu di ajukan berhubungan dengan perawatan kebersihan diri pasien:

1) Kapan terakhir mandi, keramas dan gosok gigi.
2) Kapan terakir ganti baju dan pakaian dalam. (Sulistyawati,2010)

Bagi ibu yang sedang berada pada proses persalinan normal, mandi air hangat (*birthing pool*) dapat menjadi pereda nyeri efektif yang akan meningkatkan mobilitas tanpa meningkatkan efek samping bagi ibu atau bayinya (Fraser et al, 2009).

f) Pola seksual

Sampai saat ini belum membuktikan dengan pasti bahwa coitus dan orgasme di koordinasikan selama masa hamil untuk wanita yang sehat secara medis dan memiliki kondisi obstetrik yang prima. Akan tetapi, riwayat abortus spontan atau ancaman abortus lebih 1 kali, keguguran yang nyaris terjadi pada trimester ke dua, ketuban pecah dini, perdarahan atau sakit perut pada kehamilan trimester tiga merupakan peringatan untuk tidak melakukan coitus dan orgasme (Marmi, 2011).

8. Riwayat ketergantungan

a) Merokok

Kebanyakan waita mengetahui bahwa mereka tidak boleh merokok pada masa kehamilan meskipun mereka tidak mengetahui bahaya yang sebenarnya. Wanita yang merokok pada masa kehamilan pertma dan melahirkan bayi sehat mungin tidak percaya bahwa mereka membawa resiko (Marmi, 2011).

b) Alcohol

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

c) Obat terlarang

Mengidentifikasi penggunaan obat pada masa hamil sangat penting.Membantu wanita yang ingin berhenti merokok, mengidentifikasi janin dan bayi beresiko. Wanita yang menggunakan obat-obatan terlarang, akan menyebabkan keterlambatan perkembangan janin, retardasi metal atau bahkan kematian (Marmi, 2011).

9. Data psikososial dan spiritual

Kualitas asuhan dapat di nilai melalui kompetensi budaya atau kemampuan seorang penyedia pelayanan untuk mengintegrasikan pengetahuan tentangg keyakinan dan norma budaya karena keyakinan dan norma budaya terkait dengan pengalaman melahirkan. Pengkajian budaya harus dilakukan untuk memastikan pemberi asuhan memiliki pengetahuan yang adekuat mengenai keyakinan terhadap dukungan persalinan, terapi obat, dan pantangan (Kennedy, 2009).

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum

Menurut Sulistyawati (2011), data ini didapat dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang dilaporkan kriterianya adalah sebagai berikut:

2. Baik : Jika pasien memperlihtkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan
3. Lemah : Pasien ini di masukkan dalam kritera ini jika ia kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien sudah tidak mampu berjalan sendiri.

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan composmentis (kesadaran normal/sepenuhnya), samnolens (kesadaran menurun, psikomotor yang lambat dan mudah tertidur namun masih dapat pulih apabila dirangsang), apatis (pasien tampak segan/acuh untuk berhubungan dengan lingkungan), spoor comatis (keadaan seperti teridur lelap tetapi ada respon terhadap nyeri), coma (pasien tidak dalam keadaan sadar, tidak ada respon dan tidak bisa di bangunkan) (Sulistyawati, 2011).

c) Tanda-tanda vital

4. Tekanan darah (TD)

Tekanan darah meningkat selama kontraksi di sertai dengan peningkatan sistolik rata-rata 10-20 mmHg dan

sistolik 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 di hindari (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007).Diukur untuk mengetahui preeklamsia, yaitu bila tekanan darahnya lebih dari 140 atau 90 mmHg (Marmi, 2011).

5. Nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi uterus tidk terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang (Varney, kriebs dan Gegor, 2007). Untuk mengetahui fungsi jantung ibu, normalnya 80-90 x/menit (Marmi,2011).

6. Suhu

Suhu tubuh ynsg normal adalah 36-37,5ºC. Bila suhu tubuh lebih dari 37,5ºC perlu di waspadai adanya infeksi (Romauli, 2011).

7. Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolism yang terjadi (Varney et al, 2007). Ibu hamil yang akan bersalin seringkali bernafas dengan sangat cepat pada puncak kontraksi, bernafas dengan cepat atau menahan nafas merupakan tanda-tanda kepanikan (Fraser et al, 2009). Untuk mengetahui system pernafasan, normalnya 16-24 kali per menit (Romauli, 2011).

d) Pemeriksaan Antropometri

8. Tinggi badan

Tubuh yang pendek dapat menjadi faktor gangguan genetik.Tinggi badan haru di ukur pada saat kunjungan awal.Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah ≥145cm (Marmi, 2011).

9. Berat badan

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya.Kemudian volume darah dan cairan ekstraselular. Di perkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg (Saifuddin, 2011).

10. LILA

Standar minilmal LILA pada wanita dewasa adalah 23,5cm.jika LILA kurang dari 23,5 cm maka

interpretasinnya adalah Kurang Energi Kronik (KEK) (Janah,2012). Selain itu merupakan indikator kuat status gizi ibu yang kurang/buruk, sehingga beresiko untuk melahirkan berat bayi lahir rendah (BBLR).Dengan demikian bila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan petugas dapat memotivasi ibu agar lebih memperhatikan kesehatannya serta jumlah kualitas maknannya (Romauli, 2011).

2. Pemeriksaan fisik

a) Muka

Pada wajah perlu dilakukan pemeriksaan oedema yang merupakan tanda klasik pre eklamsia (Verney et l, 2007). Oedema adalah penimbunan secara umum dan berlebihan dalam jaringan tubuh, dan biasanya dapat di etahui dari kenaikan berat badan dan pembengkakan kaki, jari tangan, dan muka (Wiknjosastro, 2007).

b) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia.Sclera normal berwana putih bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis.Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre eklamsia (Romauli, 2011).

c) Mulut dan gigi

Mulut simetris atau tidak, bibir kering atau tidak, gigi terdapat caries atau tidak (Baety,2012). Wanita yang bersalin biasanya mengeluarkan bau nafas yang tidak sedap, mulut kering atau pecah-pecah, tenggorokan nyeri dan gigi berjogong, trauma jika ia bersalin selama berjam-jam tanpa mendapat cairan oral dan perawatan mulut (verney et al, 2008).

d) Leher

Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat hyperplasia kelenjar dan peningkatan vaskulrisasi (Saifuddin, 2010). Kelenjar limfe yang membengkak merupakan salah satu gejala klinis infeksi toksoplasmosis pada ibu hamil, pengaruhnya terhadap kehamilan dapat mengakibatkan keguguran, persalinan prematuritas, dan cacat bawaan (Manuaba, 2012).

e) Payudara

Menjelang proses persalinan, perlu dilakukannya pemeriksaan terhadap kondisi putting ibu misalnya kolostrum kering/berkerak, muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam mengeluarkan putting yang rata atau inverse pada wanita yang merencanakan utuk menyusui (Verney et al, 2007).

f) Abdomen

Lihat bentuk, bekas oprasi, striae, linea, tinggi fndus uteri (TFU), hasil pemerikasaan palpasi Leopold, kontraksi uterus,

taksiran berat janin (TBJ), denyut jantung janin (DJJ), palpasi kandung kemih

(Ari Sulistyawati, 2010).

Pemeriksaan abdomen digunakan untk:

1) Menetukan tinggi fundus uteri (pastikan pengukuran dilakukan pada saat uterus tidak sedang berkontraksi).
2) Memantau kontraksi uterus

   Pemantauan kontraksi uterus dilakukan waktu 10 menit.Kontraksi harus dievaluasi tidak hanya frekuensi, durasi dan intensitasnya tetapi juga hubungan ketiga faktor tersebut (verney et al, 2007).

3) Memantau denyut jantung janin

   Denyut jantung janin (DJJ) yang tidak normal adalah kurang dari 100 atau lebih dari 180 denyut permenit (Abdul Bari Saifuddin, 2010).

4) Menetukan presentasi (apakah kepala atau bokong).
5) Menetukan penurunan bagian terbawa janin

   Penilaian dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat dikukur dengan lima jari tangan pemeriksa (perlimaan). Penurunan bagian terbawah dengan metode lima jarii:

(a) 5/5 bagian terbawah janinn seluruhnya teraba di atas simfisis pubis.

(b) 4/5 jika sebagian 1/5 bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul.

(c) 3/5 jika sebagian 2/5 bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul.

(d) 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada diatas simfisis dan 3/5 bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digunakan).

(e) 1/5 jika hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada diatas simfisis dan 4/5 bagian telah masuk kedalam rongga panggul.

(f) 0/5 bagian terbawah janin sudah tidak dapat di raba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk kedalam rongga panggul (pelatihan APN Buku Acuan, 2008).

g) Genetalia

Tanda-tanda inpartu pada vagina yaitu terdapat pengeluaran darah pervaginam yang berupa *blody slym*, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka sebagai tanda gejala kala II (Manuaba, 2012). Vulva dan vagina bersih atau tidak,

oedema atau tidak, ada flour albus atau tidak, terdapat pembesaran kelenjar skene dan kelenjar bartolini atau tidak, ada condilomatalata atau tidak, ada condiloma acuminate atau tidak, kemerahan atau tidak. Perineum ada luka bekas episiotomy atau tidak (Marmi, 2011).

h) Anus

Periksa kebersihan pada anus adakah hemeroid atau tidak (Ari sulistyawati, 2010). Kemajuan kepala janin menjelang persalinan akan menyebabkan penonjolan pada rectum (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007).

i) Ekstermitas

Terutama pada pemeriksaan reflek lutut.Reflek lutut negative pada hupavitaminose dan penyakit urat saraf (Marmi, 2012).Oedema ekstermitas merupakan tanda klasik preeklamsia, bidan harus memeriksa dan mengevaluasi pada pergelangan kaki, area pretibia atau jari.Oedema pada kaki biasanya merupakan oedema dependen yang di sebabkan karena adanya penurunan aliran darah vena akibat uterus yang membesar (Varney et al, 2007).

3. Pemeriksaan khusus

a) Palapasi

Palpasi adalah perabaan untuk menentukan seberapa besar bagian kepala janin yang terpalpasi diatas pintu panggul untuk menetukan seberapa jauh terjadinya *engangement*,

mengidentifikasi punggung janin untuk menetukan posisi dan menentukan letak bokong dan kepala dan presentasi janin (Fraser et al, 2009).

Cara menghitung TFU:

Menurut kustmardji (2008:93), pengukuran TFU dilakukan dengan rumus MC. Donald menggunakan suatu metode untuk menaksir berat janin dengan pengukuran tinggi fundus uteri yaitu mengukur jarak antar tepi atas tulang kemaluan (*simfisis osis pubis*) sampai ke puncak rahim (*fundus uteri*) dengan mengikuti lengkungan uterus, memakai pita pengukur. Rumus Mc. Donald dapat dikatakan jarak di bagian atas tulang kemaluan (*simfisis osis pubis*) ke puncak rahim (*fundus uteri*) dalam centimeter di kurangg 11atau 12 hasilnya di kalikan 155 di dapatkan berat bayi dalam gram. Pengurangan 11 atau 12 tergantung dari posisi kepala bayi. Jika kepala di atas atau pada spina ischiadika maka di kurang 12, jika kepala di bawah spina isciadika maka di kurang 11.

Cara menentukan TBJ (tafsiran berat janin):

Menurut janah (2012:85) untuk mengukur TBJ dalam gram perlu di ketahui apakah kepala sudah masuk pintu atas panggul atau belum.

Rumusnya:

TBJ= (TFU dalam cm-n)x 155=…..gram

n : posisi kepala masih diatas spina isciadika atau bawah. Bila di atas (-12) dan di bawah (-11).

b) Auskultasi

Untuk menguji status bayi.Frekuensi jantung bayi kurang dari 120 atau lebih dari 160 kali permenit dapat menunjukan tanda-tanda gawat janin dan perlu dilakukan evaluasi segera. Cara menghiung bunyi jantung dapat dilakukan dengan mendengarkan 3 kali 5 detik kemudian jumah bunyi jantung di kalikan 4, misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga, 5 detik ke lima ke dalam satu menit adalah:

(11-12-11) kesimpulan teratur, frekuensi 136x/menit, DJJ normal (Jannah,2009).

c) Pemeriksaan dalam

Dilakukan untuk menentukan apakah pembukaan serviks progesif telah terjadi dalam mendiagnosis persalinan. Serta untuk menentukan tahap dan fase persalinan wanita, jika ia dalam persalinan (Varney et al, 2007).

Pemeriksaan dalam di lakukan atas indkasi:

1) Ketuban pecah sedangkan bagian depan masih tinggi
2) Apabila kita mengharapkan pembukaa lengkap
3) Untuk menyelesaikan persalinan

Menurut pelatihan klinin APN 2008 yang perlu di lakukan dalam pemeriksaan dalam adalah:

(a) Memeriksa genetalia eksterna, memperhatikan ada tidaknya luka atau massa (benjolan)termasuk kodiloma, varikositas vulva atau rectum, atau luka parut di bagian perineum.

(b) Menilai cairan vagina dn menentukan bercak darah serta perdarahan pervaginam atau mekonium:

(1) Jika ada perdarahan pervaginam dilarang melakukan pemriksaan dalam

(2) Jika ketuban sudah pecah, perhatikan warna dan bau air ketuban. Lihat warnya mekonieum kekentalan dan pemeriksaan DJJ.

(3) Jika mekonium encer dan DJJ normal, lanjutkan pemantauuan DJJ dengan seksama menurut petunjuk parograf

(4) Jika mekonium kental nilai DJJ dan merujuk

(5) Jika tercium bau busuk mungkin telah terjadi tanda infeksi

(6) Jika ketuban belum pecah jangan melakukan amniotomi.

(c) Menilai pembukaan dan penipisan serviks.

(d) Memastikan tali pusat dan bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba saat melakukan periksa dalam.

(e) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian yang masuk kedalam rongga panggul.

d) Pemeriksaan panggul

Pemeriksaan ini dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu. Pemeriksaannya dilakukan dengan cara*Vaginal Toucher* (VT), caranya pemeriksa (dokter atau bidan) memasukan dua jari (jari telunjuk dan jari tengah) ke jalan lahir hingga menyentuh bagian tulang belakang atau promontorium. Kemudian hitung jarak minimal antara tulang kemaluan dan promotorium adalah 11 cm. Jika kurang, maka dikategorikan sebagai panggul sempit (Suwigya, 2010).

e) Pemiksaan Penujang

1) Haemoglobin (Hb)

Pemeriksaan Hb dapat dilakukan menggunakan sahli. Hasil dari pemeriksaan Hb dengan sahli dapat digolongkan sebagai berikut:

Hb 11 g%	:Tidak anemia
Hb 9-10 g%	:Anemia ringan
Hb 7-8 g%	:Anemia sedang
Hb < 7 g%	:Anemia berat

Pemeriksa darah dilakukan minimal 2 kali, yaitu pada teimester I dan trimester III (Manuaba, 2010).

2) Golongan Darah

Golongan darah ABO dan faktor *Rhesus* (Rh). Ibu dengan *rhesus* negatif berisiko mengalami keguguran, *amniosentesis* atau trauma uterus dan harus diberi anti-gamaglobulin D dalam beberapa hari setelah pemeriksaan.Jika titrasi menunjukan peningkatan beberapa respon antibodi, harus dilakukan pemeriksaan yang lebih sering dalam rangka merencanakan penatalaksanaan pengobatan oleh spesialis *Rhesus* (Fraser dan Cooper, 2009).

3) Urine

Menurut Fraser dan Cooper (2009) urinalisasi dilakukan setiap kunjungan untuk memastikan tidak adanya *abnormalitas*. Hal lain yang dapat ditemukan pada urinalisasi 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) Ultrasonografi (USG)

Dibandingkan dengan pemeriksaan rontgen, USG tidak berbahaya untuk janin karena memaki prinsip sonar (bunyi).Sehingga boleh dipergunakan pada kehamilan muda. Pada layar, dapat dilihat letak, gerakan, dan gerakan jantung janin (Mochtar, 2011)

C. Diagnosa Kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar Asuhan Kebidanan.bidan menganalisa data yang diperoleh dari hasil pengkajian, menginterprestasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. dengan kriteria:

11. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
12. Masalah diselesaikan sesuai kondisi pasien
13. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiei, kolaborasi dan rujukan.

Diagnosa : G≥1P0/≥ UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, situs nujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik,

Inpartu:

14. Kala I dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan (Varney, 2007:718-719).
15. Kala II dengan kemungkinan masalah:
    a) Keletihan (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:537)

b) Infeksi (Saifuddin, 2010:337)

c) Kram tungkai (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:722)

16. Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kemenkes No.938/Menkes/SK/8/2007) tentang standar asuhan kebidanan.

17. $P_{\geq 1}$ Kala III Persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa dengan baik kemungkinan masalah retensio plasenta (Sukistyawati, 2011:83).

18. $P_{\geq 1}$ Kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah terjadi menurut Wiknjosastro (2008:114):

a) Atonia Uteri

b) Robekan vagina, perineum, serviks

c) Subinvolusi sehubungan dengan kandung kemih penuh.

D. Perencanaan

19. Diagnosa : G≥1P0/> UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, 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 :

KU baik, kesadaran *composemtis*

TTV dalam batas normal

T : 100/60-130/90 mmHg

S : 36-37 C

N : 80-100 / menit

R : 16-24/ menit

His minimal 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik.

Kala I pada primigravida <13 jam sedangkan mulai gravid <7 jam.

Kala II primigravida<2 jam sedangkan pada multigravida <1 jam

Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif.

Kala III pada primigravida <30 menit sedangkan Multigravida < 15 menit.

Plasenta lahir spontan, lengkap.

Perdarahan <500 cc

Intervensi:

a) Perhatikan psikososial ibu dan beri dukungan mental pada ibu dengan menghadirkan keluarganya. Anjurkan agar ibu selalu di damping oleh keluarganya selama proses persalinan dan kelahiran banyinya. Dukungan suami, keluarga, dan kerabat yang disukai ibu sangat diperlukan dalam menjalani proses persalinan. Ada kalanya ibu merasa khawatir dalam menjalani kala II persalinan. Berikan rasa aman dan semangat serta tentramkan hatinya selama persalinan berlangsung.

   R/ Dukungan dan perhatian akan mengurangi perasaan tegang, membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi. Ibu yakin dan tabah dalam menjalani proses persalinan nanti.

b) Anjurkan pada ibu untuk makan dan minum.

   R/ Asupan air yang cukup dapat mencegah terjadinya dehidrasi pada ibu dalam proses persalinan serta sebagai persediaan energi dalam mengejan.

c) Bantu ibu memilih posisi yang nyaman dengan tidur miring ke kiri. Ibu dapat istirahat/tidur dengan posisi apapun kecuali pada posisi berbaring terlentang. Hal ini dikarenakan jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya menekan vena cafa inferior ibu. Ini akan mengurangi pasokan oksigen melalui sirkulasi utero plasenter sehingga akan menyebabkan hipoksia pada bayi. Berbaring terlentang 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.

d) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan jika ketuban belum pecah dan pembukaan belum lengkap.

R/mempercepat penurunan kepala janin.

e) Observasi keadaan ibu dan janin

1) DJJ setiap ½ jam.
2) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap ½ jam.
3) Nadi setiap ½ jam.
4) Pembukaan serviks tiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II jika terdapat indikasi
5) Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika ada indikasi.
6) Tekanan darah dan temperature tubuh setiap 4 jam.
7) Produksi urin, asetan dan protein tiap 2-4 jam

R/ Mengetahui perkembangan kondisi ibu dan janin.

f) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kencing tiap 2 jam.

R/Kandung kemih yang penuh dapat menghalangi penurunan kepala janin sehingga menyebabkan nyeri waktu his.

g) Tunggu pembukaan lengkap, jika telah memasuki kala II segera pimpin persalianan secara sesuai standar asuhan kebidanan persalinaan normal (Wiknjosastro, 2008).

2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Nifas

1. Pengkajian data

berdasarkan Simatupang (2008) pengkajian adalah dengan mengumpulkan data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap. (Nurhidayah,2104:67)

a. Data Subyektif

1)Identitas

a) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari – hari, agar tidak keliru dalam memberikan penanganan (Ambarwati, 2010.131).

b) Umur

Di catat dalam tahun untuk diketahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun, alat – alat reproduksi belum matang, mental dan

psikisnya belum siap. Sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentan sekali untuk pendarahan dalam masa nifas (Ambarwati, 2010:132).

c) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdo'a (Ambarwati, 2010:132).

d) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Ambarwati, 2010:132).

e) Pekerjaan

Untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut (Ambarwati, 2010:132).

f) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Ambarwati, 2010:132).

2) Keluhan Utama

Menurut Varney et al (2007:974-977), keluhan yang sering dialami ibu masa nifas adalah sebagai berikut:

1. After pain

Nyeri setelah melahirkan disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri yang lebih berat pada paritas tinggi disebabkan karena terjadi penurunan tonus otot uterus, menyebabkan relaksasi intermitten (sebentar-sebentar) berbeda pada wanita primipara tonus otot uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi.

2. Keringat berlebih

Wanita postpartum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan cairan intraseluler selama kehamilan.

3. Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi, dan stasis air susu peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ke-3 postpartum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui, dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam. Nyeri tekan payudara dapat menjadi nyeri hebat terutama jika bayi mengalami kesulitan dalam menyusu. Peningkatan metabolisme akibat produksi air susu dapat meningkatkan suhu tubuh ringan.

4. Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan kenyaman perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut.

5. Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum atau episiotomy derajat 3 atau 4.

6. Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari.

2) Riwayat Kesehatan

Data – data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan masa nifas dan bayinya.

3) Anemia

pada kehamilan yang tidak tertangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan: terjadi subinvolusi uteri, menimbulkan perdarahan postpartum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekompensasi kordis mendadak setelah persalinan, anemia masa nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba, 2010:240).

4) Penyakit TBC

Ibu dengan tuberculosis aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Manuaba, 2010:336).

5) Sifilis

Dapat menyebabkan infeksi pada bayi dalam bentuk Lues Kongenital (Pemfigus Sifilitus, Deskuamasi kulit telapak tangan dan kaki, terdapat kelainan pada mulut dan gigi) (Manuaba, 2010:338).

6) Penyakit asma

Penyakit asma yang berat dapat memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O2 dan CO2 (Manuaba, 2010:336).

7) Pengaruh penyakit jantung dalam masa nifas menurut Manuaba (2012:337):

a. Setelah bayi lahir penderita dapat tiba-tiba jatuh kolaps, yang disebabkan darah tiba-tiba membanjiri tubuh ibu sehingga kerja jantung sangat bertambah, perdarahan merupakan komplikasi yang cukup berbahaya.
b. Saat laktasi kekuatan jantung diperlukan untuk membentuk ASI.
c. Mudah terjadi postpartum yang memerlukan kerja tambahan jantung.

1) Riwayat Nifas Sekarang

Ibu dianjurkan untuk menyusui , terutama karena menyusui mampu memberikan perlindungan baik secara aktif maupun pasif, dimana ASI juga mengandung zat anti infeksi bayi akan terlindungi dari berbagai macam infeksi (Sukarni, 2013:145)

5) Riwayat Kebidanan

a) Riwayat Haid

Data ini memang tidak secara langsung berhubungan dengan masa nifas, namun dari data yang di peroleh bidan, bidan

mempunyai gambaran tentang dasar dari organ reproduksinya antara lain menarche, siklus, lamanya, volume, keluhan.

b) Riwayat nifas yang lalu. (Saifuddin, 2009:129).

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan postpartum dan infeksi nifas.Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui sampai usia anak 2 tahun. Terdapat pengeluaran lochea rubra sampai hari ketiga berwarna merah.Lochea serosa hari keempat sam kesembilan warna kecokelatan. Lochea alba hari kesepuluh sampai kelimabelas warna putih dan kekuningan. Ibu dengan riwayat pengeluaran lochea purulenta, lochea stasis, infeksi uterin, rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus.Dan ibu meneteki kurang dari 2 tahun.Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba, 2010:201).

c) Riwayat KB

Untuk mengetahui KB apa yang pernah digunakan, jika ber KB lamanya berapa tahun, alat kontrasepsi apa yang digunakan. (Manuaba, 2010:201).

6) Pola kebiasaan sehari – hari

a) Pola nutrisi

Menggambarkan tentang pola makan dan minum, frekuensi, banyaknya, jenis makanan, makanan pantangan (Ambarwati, 2010:128).

b) Personal hygine

Untuk mengetahui berapa kali pasien mandi, gosok gigi, keramas, ganti pakaian. (Ambarwati, 2010:128).

c) Eliminasi

Dikaji untuk mengetahui berapa kali ibu BAB maupun BAK dalam sehari apakah mengalami kesulitan atau sudah pergi ke kamar mandi sendiri.dalam keadaan normal ibu dapat BAK secara spontan dalam 8 jam setelah melahirkan, sedangkan BAB biasanya tertunda 2 sampai 3 hari setelah melahirkan (Sujiyatini,2009:67)

d) Istirahat

Menggambarkan pola istirahat dan tidur pasien, berapa jam pasien tidur (Wulandari, 2010:120)

e) Pola seksual

Diisi untuk mengetahui berapa kali ibu melakukan hubungan dalam seminggu (Sulistyawati, 2009:109).

f) Pola kebiasaan

a. Makanan

Ibu nifas membutuhkan nutrisi yang cukup, bergizi seimbang, terutama kebutuhan protein dan karbohidrat. Mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari (ibu harus mengkonsumsi 3 sampai 4 porsi tiap hari) (Heryani R, 2010: 57)

b. Minum

Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari.Pil zat besi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin. Minum kapsul vitamin A (2000 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI (Heryani R, 2010: 57)

g) Riwayat Psikologi Spiritual

Ibu menunjukkan depresi ringan beberapa hari setelah kelahiran. Depresi tersebut sering disebut Postpartum blues. Postpartum blues sebagian besar merupakan perwujudan fenomena psikologis yang dialami oleh wanita yang terpisah dari keluarga dan bayinya (Anggraini, 2010).

A. Data Obyektif

Data obyektif adalah data yang diperoleh melalui pemeriksaan fisik, palpasi, auskultasi, dan perkusi serta pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan laboratorium. Data obyektif meliputi :

1)Pemeriksaan umum

a) Keadaan Umum

Untuk mengetahui kesadaran umum ibu baik, sedang, atau jelek (Nursalam,2014), pada kasus ibu hamil dengan letak lintang keadaanya umum baik(Saiffudin,2010)

b) Kesadaran

Untuk mengetahui tingkat kesadaran ibu apakah composmentis, apatis, somnolen, atau koma pada ibu hamil letak lintang kesadarannya composmentis (Saiffudin,2010).

c) Tekanan Darah

Untuk mengetahui faktor resiko hipertensi atau hipotensi (Saiffudin, 2010).Batas normal 120/80 mmhg (Perry, 2015).

d) Suhu

Untuk menilai kondisi metabolisme dalam tubuh menghasilkan panas secara kimiawi melalui metabolism darah (alimul, 2016) untuk mendeteksi dini adanya gangguan termoregulator di hipotalamus normalnya 36 – 37,5 C (Perry, 2015).

e) Denyut Nadi

Untuk mengetahui nadi pasien yang dihitung dalam menit, batas normal 60-100 kali/ menit (Wiknjosastro,2012).

f) Respirasi

Untuk mengetahui kelainan pada organ – organ saluran nafas normalnya 20-28 kali per menit (Perry, 2015).

g) Tinggi Badan

Untuk mengetahui tinggi badan ibu hammil kurang dari 145cm atau tidak, termasuk resiko tinggi atau tidak (Varney,2011).

h) Berat Badan

Untuk mengetahui adanya kenaikan berat badan rata – rata 0,3 – 0,5kg perminggu, tetapi nilai normal untuk penambahan berat badan selama hamil 9-12kg (Saiffudin, 2010).

i) Lila

Untuk mengetahui lingkar lengan atas ibu hamil apakah normal atau tidak, termasuk resiko tinggi atau tidak, batas normal 23,5 cm (Varney,2011).

2) Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

Untuk mengetahui rambut rontok atau tidak, bersih atau kotor, dan berketombe atau tidak (Sulistyawati,2012)

b) Muka

Tidak terdapat cloasma gravidarum, tidak pucat, dan tidak ada oedema.(Romauli, 2011).

c) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemis.Sclera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis.Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeclampsia (Romauli, 2011).

d) Hidung

Untuk mengetahui adanya pernafasan cuping hidung atau tidak, bersih atautidak, adanya secret atau tidak (Sulistyawati:2012)

e) Mulut

Untuk mengetahui bentuk dan kelainan pada mulut lihat warna bibir, apakah ada stomatitis apa tidak.Untuk mengetahui adanya stomatitis, karies gisi, gusiberdarah atau tidak (Sulistyawati,2012).

f) Telinga

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

g) Leher

Untuk mengetahui adakah pembesaran kelenjar limfe atau parotitis (Sulistyawati, 2012)

h) Payudara

Pembesaran puting susu (menonjol/mendatar, adakah nyeri dan lecet pada putting), ASI sudah keluar, adakah pembengkakan, radang, atau benjolan abnormal. (Saifuddin, 2010).

i) Abdomen

Pada abdomen harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan kandung kemih (Saifuddin, 2010). Menurut (Varney et al, 2007), pemeriksaan abdomen postpartum dilakukan selama periode postpartum dini (1jam-5 hari) yang meliputi tindakan berikut:

a) Pemeriksaan kandung kemih

Dalam memeriksa kandung kemih mencari secara spesifik distensi kandung kemih yang disebabkan oleh retensio urine akibat hipotonisitas kandung kemih karena trauma selama melahirkan.Kondisi ini dapat mempredisposisi wanita mengalami infeksi kandung kemih.

c) Pemeriksaan uterus

Mencatat lokasi, ukuran, dan konsistensi.Penentuan lokasi uterus dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilicus dan apakah fundus berada pada garis tengah abdomen atau bergeser ke salah satu lokasi dan ukuran saling tumpang tindih, karena ukuran ditentukan bukan hanya melalui palpasi, tetapi juga dengan mengukur tinggi fundus uteri.Konsistensi uterus memiliki ciri keras dan lunak.

d) Evaluasi tonus otot abdomen dengan memeriksa derajat diastasis

Penentuan jumlah diastasis rekti digunakan sebagai alat obyektif untuk mengevaluasi tonus otot abdomen.Diastasis adalah derajat pemisahan otot rektus

abdomen (rektus abdominis).Pemisahan ini diukur menggunakan lebar jari ketika otot-otot abdomen kontraksi dan sekali lagi ketika otot-otot tersebut relaksasi.

e) Memeriksa adanya nyeri tekan CVA (Costovertebral Angel)Nyeri yang muncul di area sudut CVA merupakan indikasi penyakit ginjal..

f) Genetalia dan perineum

Pemeriksaan tipe, kuantitas, dan bau lochea (Varney et al, 2010).Hal yang perlu dilihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah penjahitan laserasi atau luka episiotomi, pembengkakan luka dan hemoroid (Saifuddin, 2010).

g) Ekstermitas bawah

Flagmasia alba dolens yang merupakan salah satu bentuk infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa sangat nyeri, tampak bendungan pembuluh darah, suhu tubuh meningkat (Manuaba, 2010:418).

l)Terapi yang diberikan pada ibu nifas menurut (Sulistyawati, 2012):

a) Pil zat besi 40 tablet harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin.

b) Vitamin A 200.000 U agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI

m) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan sahli dapat digolong kan sebagai berikut: tidak anemia jika HB 11g%, anemia ringan jika Hb 9-10g%, anemia sedang jika Hb 7-8g%, anemia berat jika <7g% (Manuaba, 2010).

1. Analisis Data

   Analisis/assessment merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subyektif dan objectif, mencakup diagnosa/masalah potensial serta perlunya mengindentifikasi kebutuhan tindakan segera untuk antisipasi diagnosis/masalah potensial (Muslihatun,2010 :248-249).

2. Diagnosa Kehamilan

   Menurut keputusan Menteri Kesehatan RI No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan menganalisa data yang di peroleh pada pengkajian, mengintepretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnose dan masalah kebidanan yan tepat dengan kriteria sebagai berikut :

   a. Diagnose sesuai dengan nomenklutur kebidanan.

   b. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien.

   c. Dapat diselesaikan sendiri dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi, rujukan.

Menurut (Depkes RI, 2007), unsur – unsur dalam diagnose kebidanan yaitu :

a. Kondisi pasien/klien yang terkait dengan masalah

b. Masalah utama dan penyebab utama

c. Masalah potensial

d. Prognosa

Langkah merumuskan diagnose kebidanan ini berlaku untuk semua asuhan Diagnose P...A...hari...post partum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak baik (Sulistyawati A,2012). PAPIAH, Post partum hari ke..., laktasi lancar, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, after pain, pembengkakan payudara (Varney, et.al, 2007)

4. Intervensi

Diagnosa : PAPIAH, Postpartum hari ke..., laktasi lancar, lochea normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, yeri luka jahitan perineum, after pain, pembengkakan payudara (Sulistyawati A, 2012)

Tujuan : masa nifas berjalan dengan normal tanpa komplikasi bagi ibu dan bayi.

Kriteria hasil :

Menurut (Manuaba dkk, 2010) adalah :

a. Keadaan Umum : kesadaran Composmentis

b. Konstraksi uterus baik (bundar dan keras)

Tanda – tanda vital :

T : 110/70-130/90 mmHg

N : 60-80 x/menit

S : 36-37,5%

RR : 16-24 x/menit (sulistyawati, 2012)

c. Laktasi normal

Kolostrum menggunakan cairan yang pertama kali diproduksi oleh kelenjar payudara ibu yang baru melahirkan dihasilkan dalam waktu 24 jam pertama setelah melahirkan, berwarna kuning atau jernih, merupakan bahan yang sangat kaya akan anti infeksi. ASI matang akan dikeluarkan kira – kira dimulai pada hari ke-14 (Suherni,2012)

a. Involusi Uterus Normal

involusi uteri adalah proses kembalinya uterus ke ukuran dan bentuk seperti sebelumhamil yang tidak sempurna. Subinvolusi adalah kegagalan uterus untuk mengikuti pola normal involusi, dan keadaan ini merupakan salah satu dari penyebabumum perdarahan pascapartum. (Rahayu, 2016)

Tabel 2.21

Perubahan Uterus selama Postpartum

Waktu	TFU	Bobot	Diameter	Serviks
Pada akhir Persalinan	Setinggi pusat	900 – 1000 gram	12,5 cm	Lembut/Lunak
12 jam	Sekitar 12 – 13cm dari atas symphisis atau 1 cm dibawah pusat/ sepusat	-	-	-
3 hari	3cm dibawah pusat selanjutnya turun 1cm/hari	-	-	-
Hari ke-7	5 – 6 cm dari pinggir atas symphisis atau pertengahan pusat dan symphisis	450-500 gram	7,5 cm	2 cm
Hari ke-14	Tidak teraba	200gram	5,0 cm	1 cm
Hari ke-40	Normal	60gram	2,5 cm	Menyempit

Sumber : Rahayu A.P. 2016. 85

b. Lochea Normal

Lochea rubra (kurenta) keluar dari hari ke-1 sampai ke-3, berwarna merah kehitaman. Lochea sanguinolenta, keluar dari hari ke-4 sampai ke-7, berwarna putih bercampur merah. Lochea serosa, keluar dari hari ke-7 sampai ke-14, berwarna kekuningan. Lochea alba, keluar setelah hari ke-14, berwarna putih (Manuaba, 2010).

Intervensi

a. Lakukan pemeriksaan pemeriksaan KU,TTV, laktasi, involusi, dan Lochea.

R/ Menilai status ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah yang terjadi (saiffudin, 2010)

b. Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya.

R/ menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap subtansi/ zat dari makan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan (Saiffudin, 2010).

c. Jelaskan pada ibu mengenai senam pascapersalinan (senam nifas).

R/ Latihan yang tepat untuk memulihkan / mengembalikan keadaan tubuh menjadi indah dan langsung seperti semula (Mochtar,2012).

d. Beri konseling ibu tentang KB pascasalin.

R/ Untuk menjarangkan anak (Mochtar,2012).

e. Anjurkan ibu untuk mengimunisasikan bayinya

R/ Untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan (Marni,2012)

1. Implementasi

bidan merencanakan asuhan kehidupan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidience based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya prommotif, preventif, kulatif, rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2017).

2. Evaluasi

Adalah mengevaluasi keefektifannya dari asuhan yang diberikan ulang lagi proses manajemen dengan benar terhadap semua aspek asuhan yang diberikan namun belum efektif merencanakan kembali yang belum terencana (Rukiyah dkk, 2011)

3. Dokumentasi

Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien atau keluarganya. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien. Menurut Depkes RI (2008), evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP sebagai berikut:

S: Data Subjektif, mencatat hasil anamnesa.

O: Data Objektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A: Hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P: Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang suda dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, dan rujukan.

2.2.4 Konsep Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

1. Pengkajian

   Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, Dengan kriteria :

   1) Data Subyektif

      a) Identitas sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepas sampai penyerahan bayi (Manuaba,2012:205).

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO

   1) Keluhan utama

      Terjadi seborrhea, milliariasis, muntah dan gumoh, *oral trush* (moniliasis/sariawan), diaper *rush*. (Marni, 2012:207-229).

   2) Riwayat Antenatal

Menurut varney *et all*, (2007:916) bidan harus mencatat usia ibu,periode menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu kelahiran. Jumlah kunjungan pranatal dicatat bersama setiap masalah pranatal yang ada. Semua hasil laboratorium dan pengujian pranatal termasuk laporan ultrasonografi, harus ditinjau. Kondisi pranatal dan kondisi intrapartum yang dapat mempengaruhi kesehatan bayi baru lahir.

3) Riwayat Natal

Usia gestasi pada waktu kelahiran, lama persalinan, prensentasi janin dan rute kelahiran harus ditinjau ulang. Pecah ketuban lama, demam pada ibu, dan cairan amnion yang berbau adalah faktor risiko signifikasi untuk atau prediktor infeksi neonatal. Cairan amnion berwarna mekonium meningkatkan risiko penyakit pernapasan. Medikasi selama persalinan seperti analgesik, anestetik, magnesium sulfat dan glukosa dapat mempengaruhi perilaku dan metabolisme bayi baru lahir. Abnormalitas plasenta dan kedua pembuluh darah tali pusat dikaitkan dengan paningkatan insiden anomali neonatus (Walsh, 2007:368).

4) Riwayat Post Natal

Menurut Varney et all, (2007:917) bidan harus meninjau catatan kelahiran bayi tentang tanda-tanda vital dan perilaku bayi baru lahir.Perilaku positif antara lain menghisap , kemampuan untuk makan, kesadaran, berkemih dan mengeluarkan mekonium. Perilaku mengkhawatirkan meliputi gelisah, letargi, aktivitas menghisap yang buruk atau tidak ada, dan tangisan yang abnormal

5) Imunisasi tetanus toksoid (TT)

Imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi segera setelah lahir menggunakan *uninject*(Varney dkk, 2008: 917)

Tabel 2.22

Jadwal pemberian imunisasi

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

9 bulan	Campak	Campak diberikan ketika bayi berusia 9 bulan.

Sumber : Dewi, 2010:33)

1) Pola Kebiasaan Sehari-hari

1. Nutrisi

Keutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan, taksiran kebutuhan selama dua bulan pertama adalah sekitar 120 kkal/kg/hari. Secara umum bayi membutuhkan energi sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marni,2012:379).

Kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonatus dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 2.23

Kebutuhan Dasar Cairan dan Kalori pada Neonatus

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

Saifuddin, Abdul bari. 2009:380

2. Eliminasi

a) Buang Air Kecil

BAK bayi normalnya mengalami berkemih 7 sampai 10 kali perhari, untuk menjaga bayi titap bersih, hangat dan kering maka setelah BAK harus di ganti popoknya. Biasanya terdapat urine dalam julah yang kecil pada kandung kemih bayi saat lahir, tetapi ada kemungkinan urine tidak dikeluarkan selama 12-24 jam.

b) Buang Air Besar

Bayi yang pencernaanya normal akan BAB pada 24 jam pertama dan dalam 4 hari. BAB pertama ini disebut mekonium. Feses pertama ini biasanya berwarna hijau kehitaman dan lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel (Marni,2012:77),

3. Istirahat dan Tidur

Bayi baru lahir sampai 3 bulan rata-rata bayi tidur selama 16 jam sehari. Pada umumnya bayi terbangun sampai malam hari pada usia 3 bulan. Jumlah waktu tidur bayi berkurang seiring dengan bertambahnya usia bayi (Marni, 2012:81).

Tabel 2.24

Perubahan pola tidur bayi

Usia	Lama Tidur
1 minggu	16,5 jam
1 tahun	14 jam
2 tahun	13 jam
5 tahun	11 jam

9 tahun	10 jam

Sumber : (Dewi, 2011: 29)

4. Personal hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mengering. Pencucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu.terbuka ke udara, yang mencegah urine dan feses membasahi tali pusar. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah (Walsh, 2007:77-378).

5. Aktifitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun, adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut (Saifuddin, 2009:137).

6. Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga di dapat pola tidur yang lebih baik (Saifuddin, 2009:369). Bayi baru lahir waspada dan sadar terhadap lingkungannya saat ia terbangun. Jauh dari pasif, bayi bereaksi terhadap rangsang dan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya (fraser *et all*, 2009:712).

b) Data Obyektif

1) Keadaan umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-meraha, aktif, tonus oyot baik, menangis keras, minum baik, suhu 26,5C-37C (Wiknjosastro, 2009:256). Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan(Saifuddin, 2006:137).

2) Tanda-tanda Vital

a) Pernafasan

Pernafasan cepat paada meni-meni pertama kurang lebih 80 kali/menit disertai pernafasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan interkostal serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit (Wiknjosastro 2005:255). Pada pernapasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi san ekspirasi. Gerak pernapasan 30 sampai 50 kali pemenit (Saifuddin, 2009:138).

Tabel 2.25

Apgar Score

Tanda	Nilai : 0	Nilai : 1	Nilai : 2
Appearance (warna kulit)	Pucat/biru seluruh tubuh	Tubuh merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse (denyut jantung)	Tidak ada	< 100	>100
Grimace (tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
Activity (aktivitas)	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menangis
Resporation (pernapasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis

Sumber : (Saifuddin, 2009:138).

b) Suhu

Suhu bayi baru lahir dapat dikaji di berbagai tempat dengan jenis termometer yang berbeda-beda. Dianjurkan bahwa suhu rektal dan aksila tetap dalam rentang 36,5-37,5C dan suhu kulit abdomen dalam rentang 36-36,5C (Varney *et all*, 2007:882. Suhu tubuh paling kurang di ukur satu kali sehari.

Bila suhu rektal di bawah 36C, bayi ini harus diletakkan di tempat yang lebih panas misalnya di dalam inkubator yg mempunyai suhu 36C-32C, dalam pangkuan ibu atau bayi dibungkus dan diletakkan botol-botol hangat disekitarnya. Dapat pula dipakai lampu yang disorotkan ke arah bayi. Disamping pemanasan harus pula dipikirkan kemungkinan bayi menderita infeksi. Suhu rektal diukur setiap 1,5 jam sampai suhu tubuh diatas 36C (Wiknjosastro,2005:256).

c) Nadi

Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180/menit yang kemudian turun sampai 140/menit- 120/menit pada waktu bayi berumur 30 menit (Wiknjosastro, 2005:255). Frekuensi jantung 120-160x/menit ketika istirahat (Walsh,2008:3690). Frekuensi jantung bayi cepat sekitar 120-160 kali permenitSertaberfluktasi selaras dengan fungsi pernafasan bayi, aktifitas atau dalam kondisi tidur (Fraser *et all*, 2009:710).

3) Antropometri

a) Berat badan

Berat badan 3 hari pertama terjadi penurunan,hal ini normal karena pengeluaran air kencing dan mekonium. Pada hari ke-4, berat badan naik (Wiknjosastro, 2007:256). Berat badan sebaiknya tiap hari di pantau penurunan berat badan lebih dari 5% dari berat badan waktu lahir, menunjukkan kekurangan cairan (Saifuddin, 2009:138). Berikut disajikan tabel 2.24mengenai penurunan berat badan sesuai umur :

Tabel 2.26

Penurunan Berat Badan dan Kenaikan sesuai Umur

Umur	Penurunan atau kenaikan BB yang dapat diterima dalam bulan pertama
1 minggu	Turun sampai 10%
2-4 minggu	Naik setidak-tidaknya 160gram perminggu (setidaknya 15 gram perhari)
1 bulan minggu pertama	Naik setidak-tidaknya 300gram dalam bulan pertama
Bila penimbangan dilakukan setiap harinya dengan alat	
Minggu pertama	Setidaknya ada penurunan berat badan atau kurang dari 10%
Setelah minggu pertama	Setiap hari terjadi kenaikan pada bayi kecil setidak-tidaknya 20gram

Sumber : Wiknjosastro, 2008:143

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO

b) Panjang badan

Panjang bayi di ukur dari ujung kepala sampai ujung tumit, dengan keyskinan bahwa kaki terekstensi penuh (Walsh, 2008:368). Menurut Varney, Kriebs dan Gegor, (2007:921). Panjang bayi baru lahir terlentang rata menghadap permukaan yang keras. Kedua tungkai diluruskan dan kertas dimeja pemeriksaan diberi tanda. Setelah bayi baru lahir dipindahkan, bidan kemudian dapat mengukur pangjang bayi dalam satuan sentimeter.

c) Ukuran kepala menurut Winkjosastro(2009:119) meliputi :

(1) Diameter suboksipito-breghmatikus : 9,5-10 cm

(2) Diameter oksipito-frontalis :11-12 cm

(3) Diameter oksipito metalis :13,5-15 cm

(4) Diameter submento-breghmatika :9,5-10 cm

(5) Diameter biparietalis :9,5-10 cm

(6) Diameter bitemporalis :8-10 cm

(a) Sirkumferensia suboksipito-breghmatikus: 33-34 cm

(b) Sirkumferensia submento-breghmatika :32-33 cm

(c) Sirkumferensia oksipito-frontalis :33-35 cm

(d) Sirkumferensia mento-oksipitalis :34-35,5 cm

d) Lingkar dada :33-38 cm

e) Lingkar lengan : 11 cm

4) Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

Raba sepanjang garis sutura dan fontanel untuk mengetahui ukuran dan tampilannya normal. Satuan yang berjarak lebar mengindikasikan

bayi preterm, mouldingyang buruk atau hidrosefalus. Periksa adanya trauma kelahiran misalnya :*caput suksedaneum* (ciri-cirinya pada perabaan teraba benjolan lunak, berbatas tidak tegas, tidak berfluktuasitetapi bersifat edema tekan), *sefal* hematoma (ciri-cirinya, pada perabaan teraba adanya fluktuasi karena merupakan timbunan darah , biasanya tampak di daerah tulang perietal, sifatnya perlahan-lahan tumbuh benjolan biasanya baru tampak jelas setelah bayi lahir dan membesar sampai hari kedua dan ketiga). Perdarahan sub aponeurotik atau fraktur tulang tengkorak. Perhatikan adanya kelainan seperti *anensefali*, *mikrosefali*, *kraniotabes* dan sebagainya (Marni, 2012:56).

b) Mata

Goyangkan kepala bayi secara pelahan-lahan supaya mata bayi terbuka. Periksa jumlah posisi atau lemak mata. Periksa adanya strabismus yaitu koordinasi mata yang belum sempurna. Periksa adanya glaukoma kongenital, mulanya akan tampak sebagai pembesaran kemudian sebagai kekeruhan pada kornea. Periksa juga adanya trauma seperti perdarahan konjungtiva. Periksa adanya sekret pada mata, konjungtivitis oleh kuman gonokokus dapat menjadi panoftalmia dan menyebabkan kebutaan (Marmi, 2012:57).

c) Hidung

Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm. Periksa adanya pernafasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernafasan (Marmi, 2012:57)

d) Mulut

Simetris, tidak ada sumbing (skizis), refleks hisap kuat, saliva berlebihan dikaitkan dengan fistula atau atresia trakeosofagus (Walsh, 2007:370). Terdapat adanya stomatitis pada mulut merupakan tanda adanya *oral trush* (Marmi,2012:211).

Salivasi tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaann saluran cerna (Saifuddin, 2006:137). Membran mukosa mulut lembabdan berwarna merah muda. Reflek menghisap dan menelan terkoordinasi.(Fraser *et all*, 2009:711).

e) Telinga

Tulang kartilago telinga telah sempurna dibentuk (Fraser dan Cooper, 2009:709). Pemeriksa dalam hubungan letak dengan mata dan telapak (Saifuddin, 2006:33).

f) Leher

Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhialis. Adanya lipatan kulit yang berlebihan di bagian belakang leher menunjukkan adanya kemungkinan trisomi 21 (Marmi, 2012:57-58).

g) Dada

Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernafas.Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks, paresis diafragma atau hernia diafragma. Pernafasan yang normal dinding dadadan abdomen bergerak secara bersamaan.Tarikan sternum atau interkostal pada saat

Bernafas perlu diperhatiakan. Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk baik dan tampak simetris (Marmi, 2012:58).

h) Aksila

Aksila harus dipalpasi, dan nodus kecil dapat terlihat ada beberapa neonatus sehat. Neonatus yang pernah terpajan pada HIV mengalami limfadenopati aksilaris (Walsh, 2007: 335).

i) Abdomen

Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan, jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika. Adbomen membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor lainnya. Dan apabila perut kembung kemungkinan adanya enterokolitis vesikalis, omfalokel atau ductus omfaloentriskus persisten (Marmi, 2012:58).

j) Pungung

Bayi harus dibalik sehingga pemeriksaan dapat menginfeksi lipatan luteal untuk simetrisitas. Lipatan yang asimetris dapat menunjukkan abnormalitas panggul atau tungkai. Bokong harus direnggangkan untuk mengkaji lesung dan sinus yang dapat mengindikasikan anomaly medulla spinalis (Walsh, 2007: 339).

k) Genetalia

(1) Perempuan

Terkadang tampak adanya secret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormone ibu pada bayi cukup bulan,

labia mayora menutupi labia minora.lubang eretra terpisah dengan lubang vagina (Marmi, 2012:59).

(2) Laki-laki

Pada bayi laki-laki panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. Periksa posisi lubang uretra. Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis. Periksa adanya hipospadia dan epispadia(Marmi, 2012:59)

l) Anus

Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya. Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya mekonium plug syndrom, megokolon atau obstruksi saluran cerna (marmi, 2012:59)

m) Ekstremitas

Ukuran setiap tulang harus prporsional untuk ukuran seluruh tungkai dan tubuh secara umum. Tungkai harus simetris harus tetap 10 jari. Telapak harus terbuka secara penuh untuk memeriksa jari ekstra dan lekukan telapak tangan. Sindaktili adalah penyatuan atau penggabungan jari-jari, dan polidaktili menunjukkan jari ekstra. Kuku jari harus ada pada setiap jari. Panjang tulang pada ekstremitas bawah harus dievaluasi untuk ketepatannya. Bayi yang lahir dengan presentesi bokong beresiko tinggi untuk mengalami kelainan panggul kongenital (Walsh, 2008:371-372).

n) Kulit dan Kuku

Dalamkeadaan normal, kulit berwarna kemerah-merahan kadang-kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan. Pengelupasan yang

berlebihan harus dipikirkan kemungkinan adanya kelainan. Waspada timbulnya kulit dengan warna yang tidak rata (*Cutis Marmorata*), telapak tangan, telapak kaki atau kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat atau kuning. Bercak-bercak besar biru yang sering terdapat di sekitar bokong (*Mongolian Spot*) akan menghilang pada umur 1-5 tahun (Saifuddin, 2006:137). Kulit bayi baru lahir yang normal tipis, halus dan mudah sekali mengalami trauma akibat desakan, tekanan atau zat yang memiliki pH berbeda. Rambut halus disebut dengan lanugo, menutupi kulit dan banyak terdapat di bahu, lengan aas dan paha. Warna kulit bayi bergantung pada asal suku, bervariasi mulai dari merah muda dan putih hingga coklat kekuningnan atau coklat tua (Fraser *et all*, 2009:709).

O) Pemeriksaan neurologis

Pemeriksaan neurologis merupakan indikator integritas sistem saraf. Baik respons yang menurun (hipo) maupun yang yang meningkat (hiper) merupakan penyebab masalah (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:923).

(1) Refleks melangkah (*stepping reflex)*

Bayi akan menggerak-gerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras (Marmi, 2012:72).

(2) Refleks menelan (*swallowing reflex*)

Kumpulan ASI di dalam mulut bayi mendesak otot-otot di daerah mulut dan faring untuk mengaktifkan refleks menelan

dan mendorong ASI ke dalam lambung bayi (Wiknjosastro, 2008:134).

(3) Reflekx berledip (glabellar reflex)

Pada saat pangkal hidung diketuk secara pelan, bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama (Marmi, 2012:70).

(4) Refleks menghisap (*suckling reflex*)

Benda menyentuh bibir disertsi refleks menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul iapan yang kuat dan cepat. Dilihat pada waktu bayi menyusu (Marmi 2012:270)

(5) Refleks mencari (*rooting reflex*)

Ketika pipi atau sudut mulut bayi disentuh, bayi akan menoleh ke arah stimulus dan membuka mulutnya (Marmi, 2012:70)

(6) Refleks menggenggam (*grasping reflex*)

Ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari), respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat (Marmi,2012:71)

(7) Refleks terkejut *(morrc reflex*)

Ketika bayi kaget akan menunjukkan respon berupa memeluk dengan abduksi dan ekstensi dari ekstermitas atas yang cepat dan diikui dengan aduksi yang lebih lambat dan kemudian timbul fleksi. Refleksi ini juga berfungsi untuk menguji kondisi umum bayi serta kenormalan sistem saraf pusatny (Marmi, 2012:71)

(8) Refleks babinsky

Gorekan telapak kaki, dimulai dari tumit,gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari telapak kaki kearah atas kemudian gerakkan jari sepanjangn telapak kaki. Ketika telapak kaki bayi tergores, bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi (Marmi, 2012:71).

(9) Refleks menoleh (*tonikneck refleks*)

Ekstremitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi istirahat. Respon ini dapat tidak ada atau lengkap segera setelah lahir (Marmi, 2012:72).

(10) Refleks ekstruksi

Cara mengukurnya dengan sentuh lidah dengan spatel lidah. Pada kondisi normal lidah ekstensi ke arah luar bila disentuh dengan jari atau puting (Marmi, 2012:71).

c) Diagnosa Kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikanya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Dengan kriteria :

1) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
2) Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien
3) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Diagnosa kebidanan: Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik kemungkinan masalah hipoglikemi,hipotermi, ikterik, seborrhea, miliariasis. Muntah dan gumoh, *oral rush, diaper rush* (Marmi, 2012:207-229).

d) Perencanaan

Diagnosa : Neonatus normal, usia 1-28 hari, aterm, lahir normal /tindakan/secso caesarea, jenis kelamin laki-laki/perempuan, KU baik

Tujuan : Bayi dapat beradaptasi dengan lingkungan.

Kriteria : Bayi merasa nyaman. Orang tua tidak khawatir. Tidak terjadi komplikasi pada bayi

Intervensi :

a. Beritahu ibu tentang hasil pemeriksaan

R/ Ibu mengetahui kondisi bayinya dan kooperatif dengan pertugas.

b. Jelaskan pada ibu dan keluarga mengenai perubahan fisiologis, pada bayi usia 1-28 hari.

R/ Dengan diberikan penjelasan mengenai perubahan-perubahan fisiologis, ibu mampu merawat bayinya.

c. Jelaskan kebutuhan dasar pada bayi baru larir,

R/ Jibu dapat memenuhi kebutuhan dasar pada bayinya

d. Jelaskan tanda bahaya bayi pada orang tua

R/ jika ditemui tanda bahaya orang tua segara merujuk untuk perawatan lebih lanjut.

e. Ajarkan pada orang tua perawatan sehari-hari untuk bayi baru lahir.

R/ Orang tua mengerti cara perawatan bayi sehari-hari

f. Anjurkan ibu untuk melakukan kunjungan nconatal minimal 3x kunjungan yaitu : kunjungan ke 1 (KN1) pada 6-48 jam, (KN2) dilakukan pada 3-7 setelah bayi lahir, KN 3 pada waku 8-28 hari.R/ Untuk memantau keadaan neonatus (Walyani, 2014:84).

e) Pelaksanaan tindakan

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif,

Efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidencebased* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (kepmenkes RI, 2009).

f) Evaluasi

Menurut Kepmenkes RI No.938/Menkes/NK/VII 2007 (7), tentang standar asuhan kebidanan. Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan bekesinambungan untk melihat keefektifan dari asuhan yang

sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan secara setelah selesai melakukan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera di catat dan di komunikasikan pada klien/keluarga. Hasil evaluasi harus ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien :

a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melakukan asuhan sesuai kondisi klien

b. Hasil evaluasi segera dicatat dan di komunikasikan pada klien dan keluarga.

c.

d. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standart

e. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien

g) Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI No.938/Menkes/NK/VII 2007 (7), sesuai dengan standart Asuhan Kebidanan. Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan / kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kehidupan. Dengan kriteria :

a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA)

b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

S : Adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa.

O : Adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P : Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara koprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. Langkah-langkah implementasi, evaluasi dan dokumentasi diatas berlaku atau di lakukan juga untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, neonatus, dan keluarga berencana.

2.2.5 Konsep dasar asuhan Kebidanan pada Akseptor KB

1. Pengkajian Data

A. Data Subyektif

1. Biodata

1) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan pelayanan (Ambarwati, 2011)

2) Umur

Wanita usia<20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk menunda kehamilan, usia 20-25 tahun untuk menjarangkan kehamilan, dan usia >35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifuddin, 2013).

3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Ambarwati, 2011).

4) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontap, suntikan Kb, susuk KB atau alat susuk bawah kulit (AKBK), AKDR (Manuaba, 2012)

5) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak diduga (Mochtar, 2011).

6) Alamat

Untuk mengetahui pasien tinggal dimana.(Rahayu, 2017)

2. Keluhan utama/Alasan pemakaian

Keluhan utama pada ibu paska salin menurut (Saifuddin, 2012) adalah ibu usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan dan ibu usia > 35 tahun tidak ingin hamil lagi.

3. Riwayat kesehatan

Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke (Saifuddin, 2010).

1) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, diabetes mellitus disertaai komplikasi, penyakit hati akut, jantung,stroke (Affandi, 2012).

2) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah <180/110 mmHg dengan masalah pembekuan darah, anemia bulan sabit (sickle cell) (Affandi, 2012).

3) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin (Affandi, 2012).

4) Untuk menurukan mordibitas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan dan nifas, perlu konseling prakonsepsi dengan memperhatikan resiko masing-masing penyakit. Pasien dengan kelainan jantung derajat 3 dan 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilih cara kontrasepsi AKDR, tubektomi atau vasektomi pada suami (Hanafi, 2011).

5) Ibu dengan penyakit infeksi alat genetalia (Vaginitis, servisitis), sedang mengalami atau menderita PRP atau abortus septik, kelainan bawaan uterus yang abonormal atau tumor jinak rahim yang mempengaruhi kavum uteri, penyakit trofoblas yang ganas, TBC pelvik, kanker alat genetalia tidak diperkenankan menggunakan AKDR dengan progestin (Anwar, 2012).

4. Riwayat kebidanan

a) Haid

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

persalinan dapat diabaikan (belum dianggap haid). (Manuaba, 2010).

b) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Ibu dengan riwayat keguguran septic dan kehamilan ektopik, tidak diperkenankan menggunakan KB AKDR (Saifuddin, 2010: MK-63). Pada ibu paska keguguran ada infeksi pemasangan AKDR ditunda 3 bulan sampai infeksi teratasi (Saifuddin, 2010). Apabila pada persalinan terjadi perdarahn banyak hingga Hb < 7 gr% maka penggunaan AKDR ditunda hingga anemia teratasi.(Saifuddin, 2010)

5. Riwayat KB

Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada aseptor , paska penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implant, AKDR) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2015).

6. Pola Kebiasaan Sehari-hari

a) Nutrisi

KB Hormonal (Implan, suntik, pil) merangsang pusat pengendali nafsu makan dihipotalamus yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak daripada biasanya.

b) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksai otot.

c) Istirahat/Tidur

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

d) Aktivitas

Rasa lesu dan tidak bersemangat dalam melakukan aktivitas karena mudah atau sering pusing dan cepat lelah serta depresi.

e) Kehidupan seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido.

f) Riwayat ketergantungan

Ibu yang menggunakan obat tuberculosis (rimfapisin), atau obat untuk epilepsy (fenitoin dan barbiturat) tidak boleh menggunakan pil progestin. (Sulistyawati, 2012).

B. Data Obyektif

Setelah dibahas data subyektif untuk melengkapi data dalam menegakan diagnosis, maka harus melakukan pengkajian data obyektif melalui pemeriksaaan infeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi secara berurutan. Data-data yang perlu dikaji adalah sebagai berikut :

1. Pemeriksaan Umum

a) Tanda-tanda vital

Suntikan progestin dan implant dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah <180/110 mmHg (Saifuddin, 2006: MK-43). Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Fraser dan Cooper, 2014)

2. Pemeriksaan Antropometri

Untuk pemakaian KB hormonal dapat terjadi kenaikan/penurunan berat badaan sebanyak 1-2 kg (Saifuddin, 2010: MK-48).Wanita dengan Indeks Masa Tubuh (IMT) ≥ 30 kg/m^2 merupakan batas maksimal dalam penggunan kontrasepsi hormonal (Saifuddin, 2012).

3. Pemeriksaan Fisik

a) Muka

Timbul hirstutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan didaerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi dan timbul jerawat pada penggunaan kontrasepsi progestin/

b) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin (Saifuddin, 2012). Dalam pemeriksaan konjungtiva palpebra pucat mengalami anemia yang memungkinkan terjadinya perdarahan hebat.

c) Hidung

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah napas cuping hidung, deformitas atau penyimpangan septum, kesimetrisan, ukuran, letak termasuk kesimetrisan lipatan nasolabial, rongga hidung bebas sumbatan, perforasi septum nasal. Pemeriksaan nasal dengan spekulum (ukuran, tanda-tanda infeksi, edema

pada konka nasalis, polip, tonjolan, sumbatan, ulserasi, lesi, titik-titik perdarahan, rabas, warna mukosa). (Saifuddin, 2010)

d) Telinga

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah pembesaran atau nyeri tekan mastoid, ketajaman pendengaran secara umum, letak telinga di kepala, bentuk, tonjolan, lesi, dan rabas pada aurikula dan ostium, warna, sumbatan, lesi, edema, rabas, adanya benda asing pada saluran pendengaran eksternal, pemeriksaan membran timpani dengan alat otoskopik(warna, tonjolan atau retraksi, gambaran bayangna telinga, dengan senter kerucut membran timpani ada atau tidak, jaringan paut, perfrasi) (Saifuddin, 2010)

e) Mulut dan tenggorokan

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan

a) Bau napas
b) Bibir : kesimetrisan, warna, lesi, edema, tumor, dan fisura
c) Mulut dan mukosa : lesi, tumor, plak, keutuhan palatum, warna, terlihat pembuluh darah pada mukosa bibir
d) Gigi : kondisi perbaikan gigi, gigi tanggal, karies
e) Gusi : perdarhan, lesi, edema, tumor, warna, gusi turun, terdapat pus atau eksudat.
f) Lidah : kesimetrisan, posisi, tekstur, warna, lesi, tumor, kelembapan lidah, penyimpangan lidah.
g) Uvula : deviasi uvula, ukuran, pembesaran

h) Orofaring : tanda infeksi pada faring posterior, fosa tonsila, dan *tonsillar pillar*, inflamasi, edema, perdarhan, eksudat, tanda bercak pus, warna, lesi, tumor, ukuran, kesimetrisan, dan pembesaran tonsil. (Saifuddin, 2010).

f) Dada dan paru-paru

Pemeriksaan dada yang dilakukan meliputi konfigurasu, deformitas, kesimetrisan, ukuran, massa, lesi jaringan perut pada struktur dan dinding dada, retraksi atau penonjolan. (Saifuddin, 2010)

g) Payudara

Pembengkakan pada kelenjar tyroid dan limfe. Untuk pengguna KB MAL Pembesaran payudara simetris, kedua payudara tampak penuh, puting susu menonjol, ASI keluar lancar. Saat selesai menyusui kedua payudara tampak kenyal dan kosong. Pemakaian KB hormonal memiliki kontra indikasi pada ibu yang memiliki kangker payudara dimana (pembesaran payudara yang tidak simetris, tegang, ada benjolan abnormal, ada cairan abnormal, puting susu ada tarikan ke dalam, kulit payudara Keterbatasan pada pengguna KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara. (Saifuddin, 2010)

h) Abdomen

Mengkerut seperti kulit jeruk, ada benjolan pada axilla). Tidak ada tanda-tanda hamil (hiperpigmentasi areola dan papila, payudara membesar dan tegang), tidak sesak nafas

(Saifuddin, 2010). Efek samping yang umum terjadi dari penggunaan AKDR antara lain mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (*spotting*) antar menstruasi, dan komplikasi lain dapat menyebabkan perdarahan hebat pada waktu haid. (Saifuddin, 2010)

i) Ekstermitas

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

j) Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenore (Hartanto, 2013). Efek samping yang umum terjadi dari pengguna AKDR diantaranya mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (Spotting) antar menstruasi, dan komplikasi lain dapat terjadi perdarahan hebat pada waktu haid (Affandi, 2012)

4. Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan inspekulo

Dilakukan untuk mengetahui adanya lesi atau keputihan pada vagina.Selain itu juga untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda-tanda kehamilan.

2) Pemeriksaan bimanual

Pemeriksaan bimanual dilakukan untuk:

(1) Memastikan bimanual serviks bebas

(2) Menentukan besar dan posisi uterus

(3) Memastikan tidak ada tanda infeksi atau tumor pada adneksa.

C. Diagnosis Kebidanan

P≥ 1, umur 15-49 tahun, menggunakan KB MAL/AKDR/Kontap/ Kontrasepsi Progestin, keadaan umum baik tidak ada/ada kontraindikasi untuk menggunakan kontrasepsi MAL/AKDR/Kontap/Kontrasepsi Progestin, keadaan umum baik, prognosa baik. (Saifuddin, 2010)

D. Perencanaan

1. Diagnosa : P ≥ 1,umur 15-49 tahun, menggunakan kontrasepsi MAL/AKDR/Kontap/Kontrasepsi Progestin, keadaan umum baik tidak ada/ada kontraindikasi untuk menggunakan kontrasepsi pasca salin, keadaan umum baik, prognosa baik

   Tujuan : Ibu menjadi peserta KB

Kriteria :

a) Ibu memilih alat kontrasepsi

b) Ibu memakai metode sesuai dengan pilihanya

Intervensi menurut (Saifuddin, 2010):

1) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.

   Rasional: Meyakinkan klien membangun rasa percaya diri.

2) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).

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

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

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

4) Bantulah klien menentukan pilihanya.

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

5) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.

Rasional: Penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien.

6) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihanya.

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

7) Persilahkan untuk klien dan suami mengisi informed consent.

Rasional: Setiap tindakan medis yang mengandung resiko harus dengan persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan.

8) Konseling pra pelayanan KB paska salin meliputi cara kerja, cara penggunaan, keuntungan, kerugian,indikasi, kontraindikasi, waktu penggunaan.

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

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

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

10) Memberikan konseling pasca pelayanan kontrasepsi meliputi penyampaian efek samping penggunaan, yang harus dilakukan jika timbul keluhan dan jadwal kontrol ulang.

Rasional: Konseling paska pelayanan ibu tidak akan khawatir jika ada efek samping dan kunjungan ulang digunakan untuk memantau kedaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi kompliksi atau masalah selama penggunaan alat kontrasepsi.

.Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2015).Dengan kriteria:

1) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
2) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarga (*inform consent*).
3) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*
4) Melibatkan klien/ pasien
5) Menjaga privacy klien/pasien
6) Melakasanakan prinsip pencegahan infeksi
7) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
8) Menggunakan sumber daya, saraan dan fasilitas yang ada dan sesuai.
9) Melaksanakan tindakan sesuai standar.
10) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.
11)

E. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.Evaluasi dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan/atau keluarga.

Menurut Kepmenkes RI (2007), evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu sebagai berikut

S : Adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.

O : Adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P : Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruhperencanaan dan penatalaksanaan yang sudahdilakukan seperti tindakan antisipatif,tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan,dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan