

BAB II

TINJAUAN PUSATAKA

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

A. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah penyatuan dari spermatozoa dan ovum kemudian dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin, lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) (Maharani, 2017). Kehamilan dibagi dalam 3 trimester, yaitu trimester pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, trimester kedua dari bulan ke 4-6 bulan, dan trimester ketiga dari bulan ke 7-9 bulan. (Manuaba, 2010).

B. Klasifikasi Kehamilan

1. Trimester Pertama (0-12 minggu)

Wanita dikatakan hamil, maka kadar progesterone dalam tubuh meningkat dan akan menimbulkan mual muntah pada pagi hari, lemah, letih dan membesarnya payudara pada awal kehamilan. Ibu akan membenci perubahan yang akan terjadi pada dirinya, terkadang ibu merasa kecewa, terjadi penolakan, kecemasan, dan kesedihan (Dartiwen, 2019).

2. Trimester Kedua (13-26 minggu)

Ibu sudah menerima kehamilannya dan mulai menggunakan energi serta pikirannya secara *konkrutif*. Pada trimester kedua ibu merasakan kehamilannya (Dartiwen, 2019).

3. Trimester Ketiga (27-40 minggu)

Ibu akan bersikap melindungi bayinya dan menghindari orang atau benda apa saja yang dianggapnya membahayakan bayinya. Ibu mungkin mulai merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang mungkin timbul pada waktu melahirkan dan khawatir akan keselamatannya (Nirwana, 2011).

C. Proses Kehamilan

a. Spermatozoa

Jutaan spermatozoa ditumpahkan di vorniks vagina dan sekitar porsio pada waktu koitus. Hanya beberapa ratus ribu spermatozoa dapat terus ke kavum uteri dan tuba, dan hanya beberapa ratus dapat sampai ke bagian ampula tuba dimana bagian ampula tuba dapat memasuki ovum yang telah siap untuk dibuahi. Hanya satu spermatozoa yang mempunyai kemampuan (kapasitas) untuk membuahi. Pada spermatozoa peningkatan konsentrasi DNA di nukleusnya, dan kaputnya lebih mudah menembus dinding ovum oleh karena diduga dapat melepaskan hialuronidase (Saifudin, 2014).

b. Ovulasi

Ovulasi adalah pelepasan ovum yang dipengaruhi oleh system hormonal yang kompleks. Selama masa subur yang berlangsung 20 sampai 35 tahun, hanya 420

buah ovum yang dapat mengikuti proses pematangan dan terjadi ovulasi. Proses pertumbuhan ovum (oogenesis) awalnya epitel germinal→oogonium→folikel primer→proses pematangan pertama. Dengan pengaruh FSH, folikel primer mengalami perubahan menjadi folikel de graf yang menuju ke permukaan ovarium di sertai pembentukan cairan folikel. Desakan folikel de graf ke permukaan ovarium menyebabkan penipisan dan disertai devaskularisasi. Selama pertumbuhan menjadi folikel de graf, ovarium mengeluarkan hormone esterogen yang dapat mempengaruhi gerak dari tuba yang makin mendekati ovarium, gerak sel rambut lumen tuba makin tinggi, peristaltic tuba makin tuba. Ketiga faktor ini menyebabkan aliran cairan dalam tuba makin deras menuju uterus. Dengan pengaruh LH yang semakin deras menuju uterus. Dengan gerak aktif tuba yang mempunyai umbai (fimbriae) maka ovum yang telah di lepaskan segera ditangkap oleh fimbriae tuba. Proses penangkapan ini disebut *ovum pick up mechanism*. Ovum yang tertangkap terus berjalan mengikuti tuba menuju uterus, dalam bentuk pematangan pertama, artinya telah siap untuk dibuahi (Saifudin, 2014).

c. Konsepsi

Fertilisasi (pembuahan) adalah penyatuan ovum (oosit sekunder) dan spermatozoa yang biasanya berlangsung di ampula tuba. Untuk mencapai ovum, spermatozoa harus melewati korona radiate (lapisan sel di luar ovum) dan zona

pelusida (suatu bentuk glikoprotein ekstraseluler), yaitu dua lapisan yang menutupi dan mencegah ovum mengalami fertilisasi lebih dari satu spermatozoa (Saifudin, 2014).

d. Implantasi

Penanaman sel telur yang sudah dibuahi (pada stadium blastokista) ke dalam dinding uterus pada awal kehamilan, biasanya akan terjadi pada pars superior korpus uteri bagian anterior/posterior. Pada saat implantasi selaput lendir rahim sedang berada pada fase sekretorik (2-3 hari sesudah ovulasi). Pada saat ini, kelenjar Rahim dan pembuluh nadi menjadi berkelok-kelok. Jaringan ini mengandung banyak cairan (Dartiwen, 2019).

Blastula dengan bagian yang berisi massa sel dalam (*inner cell mass*) akan mempermudah masuk ke dalam desidua, menyebabkan luka kecil yang kemudian sembuh dan menutup lagi, itulah sebabnya kadang-kadang pada saat terjadi sedikit perdarahan akibat luka desidua disebut dengan tanda Hartman, nidasi umumnya terjadi pada dinding atau belakang Rahim (*korpus*) dekat fundus uterus (Dartiwen, 2019).

Bila nidasi sudah terjadi, dimulai deferensiasi sel-sel blastula. Sel-sel yang lebih kecil terletak dekat ruang exocoeloma membentuk entoderm dan yolk sac, sedangkan sel-sel yang lebih besar menjadi endoterm dan membentuk ruang yaitu ruang amnion. Terbentuk suatu lempeng embrional diantara amnion dan yolk sac. Sel-sel trofoblast mesodermal yang tumbuh sekitar mudigah akan melapisi bagian dalam dari trofoblast, sehingga terbentuk sekat korionik yang kelak menjadi korion. Sel-sel trofoblast tumbuh menjadi dua lapisan, yaitu *sititrofoblast* (sebelah dalam) dan *sinisiotrofoblast* (bagian luar) (Dartiwen, 2019).

Vili korialis yang berhubungan dengan desidua basalis tumbuh bercabang-cabang dan disebut sebagai korion frondosum, sedangkan yang berhubungan dengan desidua kapsularis (korion leave) luring mendapatkan makanan sehingga akhirnya menghilang. Dalam peringatan nidasi trofoblast dihasilkan hormone human chorione gonadotropin (HCG) (Dartiwen, 2019).

e. Plasentasi

Pertumbuhan dan perkembangan desidua sejak terjadi konsepsi karena pengaruh hormone terus tumbuh sehingga makin lama menjadi tebal. Desidua adalah mukosa rahim pada kehamilan yang terbagi atas :

- a. Desidua basalis, terletak di antara hasil konsepsi kea rah rongga rahim di sini plasenter terbentuk.

- b. Desidua kapsularis, meliputi hasil konsepsi kea rah rongga rahim yang lama kelamaan bersatu dengan desidua vera karena obliterasi.
- c. Desidua vera (parietalis), meliputi lapisan dalam rahim lainnya (Dartiwen, 2019).

D. Tanda-Tanda Kehamilan

1. Tanda tidak pasti

a. Amenorea (tidak dapat haid)

Konsepsi dan nidasi menyebabkan terjadinya pembentukan *folikel de graf* dan ovulasi sehingga mengakibatkan menstruasi tidak terjadi. Lamanya amenorea dapat dikonfirmasi dengan menghitung hari pertama haid terakhir (HPHT) dan digunakan untuk memperkirakan usia kandungan dan tafsiran saat persalinan (Megasari, 2014).

b. Mual dan muntah

Pengaruh dari esterogen dan progesterone terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebih, menimbulkan mual dan muntah yang terjadi pada pagi hari yang sering disebut dengan *morning sickness*. Dalam batas tertentu hal ini masih tergolong fisiologis, tetapi bila sering terjadi dapat menyebabkan gangguan pada kesehatan yang seringdisebut dengan *hiperemisis gravidarum* (Megasari, 2014).

c. Mengidam

Mengidam yaitu sering meminta makanan maupun minuman tertentu terutama pada saat bulan-bulan triwulan pertama (Putranti, 2018).

d. Pingsan

Terjadi akibat gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan *iskemia* susunan saraf pusat dan menimbulkan *syncope* atau pingsan. Biasanya ini sering terjadi jika berada pada tempat yang ramai, biasanya akan hilang pada saat usia kehamilan 16 minggu (Megasari, 2014).

e. Payudara tegang

Esterogen meningkatkan perkembangan system duktus pada payudara. Sedangkan progesterone menstimulasi perkembangan *system alveolar* payudara. Bersama dengan somatomotropin, hormone-hormon ini menimbulkan perasaan yang tegang dan nyeri selama dua bulan pertama kehamilan, pelebaran puting susu dan pengeluaran kolostrum.

f. Konstipasi atau obstipasi

Progesterone dapat menghambat peristaltic usus (otot usus menurun). Sehingga mengakibatkan kesulitan BAB (Megasari, 2014).

g. Pigmentasi pada kulit

Pengaruh hormone kortikosteroid plasenta *chloasma gravidarum* areola mammae yang melebar dan menghitam, leher ada hiperpigmentasi dan dinding perut terdapat (linea/gricea) (Putranti, 2018).

h. Varises atau penampakan pada daerah vena

Pengaruh esterogen dan progesterone menyebabkan pelebaran pembuluh darah terutama bagi wanita yang mempunyai bakat. Varises terjadi disekitar genitalia, eksterna, kaki, betis dan payudara. Penampakan pembuluh darah ini dapat menghilang dengan sendirinya setelah persalinan (Megasari, 2014).

i. Quickening

Quickening adalah presepsi gerakan janin pertama biasanya didasari pada kehamilan 16-20 minggu (Dartiwen, 2019).

j. Lelah (fatigue)

kondisi lelah disebabkan oleh menurunnya Basal Metabolic Rate (BMR) dalam trimester pertama kehamilan. Dengan meingkatnya aktivitas metabolic produk kehamilan (janin) sesuai dengan berlanjutnya usia kehamilan, maka rasa lelah yang terjadi selama trimester pertama akan berangsur-angsur menghilang dan kondisi ibu hamil akan menjadi lebih segar (Dartiwen, 2019).

k. Epulis

Epulish adalah suatu *hipertrofi papilla gingivae*. Hal ini sering terjadi pada trimester pertama (Dartiwen, 2019).

1. Perubahan berat badan

Pada kehamilan 2-3 bulan sering terjadi penurunan berat badan karena nafsu makan menurun serta mual muntah. Pada bulan selanjutnya, berat badan akan selalu meningkat sampai stabil menjelang *aterm* (Dartiwen, 2019).

m. Sering buang air kecil

frekuensi kencing bertambah dan biasanya pada malam hari disebabkan karena desakan uterus yang membesar dan tarikan oleh uterus ke *cranial*. Hal ini terjadi pada trimester kedua, keluhan ini hilang oleh karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul. Pada akhir kehamilan, gejala timbul kembali karena janin mulai masuk ke ruang panggul dan menekan kembali kandung kemih (Dartiwen, 2019).

2. Tanda kemungkinan hamil (dugaan hamil)

a. Perubahan pada uterus

Uterus mengalami perubahan pada ukuran, bentuk dan konsistensi. Uterus berubah menjadi lunak bentuknya *globular*. Teraba *balotemen*, tanda ini muncul pada minggu ke 16-20, setelah rongga rahim mengalami *obliterasi* dan cairan

amnion cukup banyak. *Balotement* adalah tanda ada benda terapung atau melayang dalam cairan (Dartiwen, 2019).

b. Tanda Piskacek's

Uterus membesar secara simetris menjauhi garis tengah tubuh (setengah bagian terasa lebih keras dari yang lainnya) bagian yang lebih besar tersebut terdapat pada tempat melekatnya (implantasi) tempat kehamilan. Sejalan dengan bertambahnya usia kehamilan, pembesaran uterus menjadi semakin simetris. *Tanda piskacek's*, yaitu dimana uterus membesar ke salah satu jurusan hingga menonjol ke jurusan pembesaran tersebut (Dartiwen, 2019).

c. Suhu basal

Suhu basal yang sesudah ovulasi tetap tinggi terusa antara $37,2^{\circ}\text{C}$ - $37,8^{\circ}\text{C}$ adalah salah satu tanda akan adanya kehamilan (Dartiwen, 2019).

d. Perubahan-perubahan pada serviks

a. Tanda Hegar

Konsistensi Rahim dalam kehamilan juga berubah menjadi lunak. Terutama pada daerah isthmus uteri. Sehingga apabila kita letakkan 2 jari dalam fornix posterior dan tangan satunya pada dinding perut diatas simphisis, maka isthmus uteri ini tidaj teraba seolah-olah uteri sama sekali terpisah dari serviks (Megasari, 2014).

b. Tanda Chadwick

Adanya *hipervaskularisasi* mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebiru-biruan (*lividae*). Warna portio tampak lividae. Pembuluh-pembuluh darah alat genitalia interna akan membesar, hal ini karena oksigenasi dan nutrisi meningkat (Kusmiati, 2013).

c. Tanda goodnell's

Diketahui melalui pemeriksaan bimanual, serviks terasa lebih lunak. Penggunaan kontrasepsi oral juga dapat diberikan dampak ini (Kusmiati, 2013).

d. Tanda MC Donald

Fundus uteri dan serviks bias dengan mudah difleksikan satu sam lain dan tergantung pada lunak atau tidaknya jaringan *isthmus* (Dartiwen, 2019).

e. Pembesaran abdomen

Pembesaran perut menjadi nyata setelah minggu ke-16, karena pada saat ini uterus telah keluar dari rongga *pelvis* dan menjadi organ rongga perut (Megasari, 2014).

f. Kontraksi uterus

Tanda ini muncul belakangan dan ibu mengeluh perutnya kencang tetapi tidak disertai rasa sakit (Megasari, 2014).

g. Reaksi kehamilan positif (Planotest)

Untuk mendeteksi adanya Human Chorionic Gonadotropin (HCG) yang diproduksi oleh sinisiotrofoblastik sel selama kehamilan. Hormone ini dapat dideteksi mulai pada 26 hari setelah konsepsi dan meningkat dengan cepat pada saat hari ke 30-60. Tingkat tertinggi pada hari ke 60-70 usia gestasi, kemudian menurun ada hari ke 100-130 (Megasari, 2014).

3. Tanda pasti kehamilan

a. Denyut jantung janin(DJJ)

Dapat didengar dengan stetoskop laennee pada saat usia 17-18. Pada orang gemuk lebih lambat. Dengan *stetoskop ultrasonic* (Doppler), denyut jantung janin dapat didengarkan lebih awal lagi sekitar minggu ke 12. *Auskultasi* pada janin dilakukan dengan mengidentifikasi bunyi-bunyi yang lain seperti bisung tali pusat, bisung uterus, dan nadi ibu (Kumalasari, 2015).

b. Gerakan janin dalam rahim

Gerakan janin bermula pada usia kehamilan mencapai 12 minggu, akan tetapi baru dapat dirasakan oleh ibu pada usia kehamilan 16-20 minggu. Pasalnya, pada usia kehamilan tersebut ibu dapat merasakan gerakan halus hingga tendangan kaki bayi. Gerakan pertama bayi yang dapat dirasakan ibu disebut *quickenning* atau yang sering disebut dengan kesan kehidupan. Walaupun gerakan awal ini dapat dikategorikan tanda pasti kehamilan dan estimasi usia kehamilan, akan tetapi hal ini sering keliru dengan gerakan usus akibat perpindahan gas dalam lumen saluran cerna. Bagian-bagian janin dapat dipalpasi dengan mudah mulai usia kehamilan 20 minggu (Dartiwen, 2019).

c. Terlihat bagian-bagian janin pada pemeriksaan USG

Pada ibu yang diyakini dalam kondisi hamil, maka dalam pemeriksaan USG terlihat adanya gambaran janin. USG memungkinkan untuk mendeteksi jantung kehamilan (*gestasional sac*) pada minggu ke-5 hingga minggu ke-7. Pergerakan jantung biasanya bias terlihat pada 42 hari setelah konsepsi yang normal atau sekitar minggu ke-8. Melalui pemeriksaan USG dapat diketahui juga panjang, kepala dan bokong janin serta merupakan metode yang akurat dalam menentukan usia kehamilan (Dartiwen, 2019).

E. Pertumbuhan dan Perkembangan Janin

Uraian yang mengenai pertumbuhan dan perkembangan janin :

1. Perkembangan embrio

Fase embrionik yaitu fase pertumbuhan, dan perkembangan makhluk hidup selama masa embrio yang diawali dengan peristiwa *fertilisasi* sampai terbentuknya janin. Fase fertilisasi yaitu yaitu pertemuan antara sel sperma dengan ovum dan akan menghasilkan *zygote*. *Zygote* melakukan pembelahan sel (*cleavage*). Melalui serangkaian tahapan, massa sel yang membelah morula. Setelah *morula* mengalami pembelahan secara terus menerus maka akan menjadi *blastula*. Didalam *blastula* terdapat cairan yang disebut *blastosol*. Bentuk lanjut dari blastula yang pelekukan tubuhnya sudah semakin nyata dan mempunyai lapisan dinding tubuh embrio serta rongga tubuh (Marmi, 2011).

2. Perkembangan janin

a. Bulan ke-0

Sperma membuahi ovum, membelah, masuk di uterus dan menempel pada hari ke-11.

b. Minggu ke-4 atau bulan ke-1

Bagian tubuh embrio yang pertama muncul akan menjadi tulang belakang, otak, dan saraf tulang belakang, jantung, sirkulasi darah dan pencernaan juga sudah terbentuk.

c. Minggu ke-8 atau bulan ke-2

Panjang janin pada minggu ke-8 yaitu 250 mm, jantung mulai mempompa darah, raut muka dan bagian utama otak dapat terlihat. Terbentuk telinga, tulang, dan otak dibawah kulit yang tipis.

d. Minggu ke-12 atau bulan ke-3

Panjang janin pada bulan ke-3 yaitu 7-9 cm. tinggi rahim yaitu diatas simpisis (tulang kemaluan). Embrio menjadi janin. Denyut jantung janin terlihat pada USG, mulai ada gerakan. Sudah ada pusat tulang, kuku, ginjal mulai memproduksi urine

e. Minggu ke 16 atau bulan ke-4

Panjang janin pada bulan ke-4 yaitu 10-17 cm. berat janin 100 gram. Tinggi Rahim setengah atas simpisis-pubis. System muskuluskeletal sudah matang,

system saraf mulai melakukan control. Pembuluh darah berkembang cepat. Tangan janin dapat menggenggam, Kaki menendang aktif, pancreas memproduksi insulin. Kelamin luar sudah bias ditentukan jenisnya.

f. Minggu ke-20 atau bulan ke 5

Panjang janin yaitu 18-27 cm. janin 300 gram. Tinggi Rahim setinggi pusat, verniks melindungi tubuh, lanugo menutupi tubuh dan dan menjaga minyak pada kulit. Terbentuk alis, bulu mata, dan rambut. Janin membuat jadwal tidur teratur, menelan, dan menendang.

g. Minggu ke-24 atau bulan ke-6

Panjang janin pada usia 6 bulan 28-34 cm. berat janin 600 gram. Tinggi Rahim diatas pusat. Kerangka berkembang cepat dan berkembangnya system pernapasan.

h. Minggu ke-28 atau bulan ke-7

Panjang janin 35-38 cm. berat janin 1000 gram. Tinggi Rahim antara pertengahan pusat prosesus xifoideus. Janin bisa bernafas, menelan dan

mengatur suhu. Terbentuk surfaktan dalam paru-paru. Mata mulai membuka dan menutup. Bentuk dua per tiga saat lahir.

i. Minggu ke-32 atau bulan ke-8

Panjang janin yaitu 42,5 cm. berat janin 1700 gram. Tinggi Rahim dua per tiga diatas pusat. Simpanan lemak berkembang dibawah kulit. Janin mulai menyimpan zat besi, kalsium, dan fosfor. Kulit merah dan gerak aktif.

j. Minggu ke-36 atau bulan ke-9

Panjang jani 46 cm. berat janin 2500 gram. Tinggi Rahim setinggi prosessus xifoideus. Kulit penuh lemak, organ sudah sempurna.

k. Minggu ke-40 atau bulan ke-10

Panjang janin 50 cm. berat janin 3000 garam. Tinggi Rahim dua jari di bawah prosessus xifoideus. Kepala janin masuk PAP (Pintu Atas Panggul), kuku panjang, testus telah turun untuk laki-laki, untuk perempuan labia mayora menutupi labia minora. Kulit halus hampit tidak ada lanugo.

F. Perubahan fisiologi kehamilan

Perubahan fisiologis dibagi menjadi perubahan yang dapat dilihat dan perubahan tidak dapat dilihat, yaitu :

1. Perubahan yang dapat dilihat

a. Perubahan pada kulit

Terjadi hiperpigmentasi yaitu kelebihan pigmen ditempat tertentu. Pada wajah antara lain pipi dan hidung mengalami hiperpigmentasi sehingga menyerupai topeng (topeng kehamilan atau cloasma gravidarum). Pada areola mammae dan puting susu, daerah ini menghitam. Sekitar areola yang biasanya tidak berwarna akan berwarna hitam. Hal ini disebut areola mammae sekunder. Puting susu akan menghitam dan membesar sehingga lebih menonjol. Pada areola suprapubis terdapat garis hitam yang memanjang dari atas simfisis sampai pusat. Warnanya lebih hitam dibandingkan sebelumnya, munculnya garis baru yang memanjang ditengah atas pusat (linea nigra). Pada perut selain hiperpigmentasi, terjadi striae gravidarum yang merupakan garis pada kulit. Terdapat dua jenis striae yang merupakan garis pada kulit. Terdapat dua jenis striae gravidarum yaitu striae lividae (garis yang berwarna biru) dan (garis berwarna putih). Hal ini terjadi karena pengaruh melanophore stimulating hormone lobus hipofisis anterior dan pengaruh kelenjar suprarenalis (Maharani, 2017).

b. Perubahan pada payudara

Mammae akan membesar dan tegang akibat hormone somatomamotropin, esterogen dan progesterone akan tetapi belum mengeluarkan airt susu. Pada kehamilan akan terbentuk lemak sehingga payudara menjadi besar. Apabila payudara akan membesar, lebih tegang dan tampak lebih hitam seperti seluruh areola mammae karena hiperpigmentasi. Dan pada kehamilan 12 minggu ke atas dari puting susu dapat keluar cairan berwarna putih agak jernih (kolostrum) (Maharani, 2017).

c. Vagina dan serviks

Vagina dan vulva akibat hormone esterogen mengalami perubahan pula. Adanya hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah. Agak kebiruan (lividae) disebut tanda Chadwick. Vagina membiru karena pelebaran pembuluh darah (Maharani, 2017).

2. Perubahan yang tidak dapat dilihat

a. Perubahan pada alat pencernaan

Pada bulan-bulan pertama kehamilan terdapat *nausea*. Kemungkinan hormone esterogen meningkat. Tonus otot-otot traktus disgetifus menurun sehingga motilitas seluruh traktus disgestifus juga berkembang (putranti, 2018).

b. Serviks uteri

Vaskularisasi ke serviks meningkat selama kehamilan, sehingga serviks menjadi lebih lunak dan warnanya lebih biru. Perubahan serviks terutama terdiri atas jaringan fibrosa. Gladula servikalis mensekresikan lebih banyak mucus dan plak bahan mucus yang akan menutupi kanalis servikalis. Fungsi dari plak mucus ini adalah untuk menutupi kanalis servikalis dan untuk memperkecil resiko infeksi genetalia yang meluas keatas (Putranti, 2018).

c. Perubahan pada peredaran dan pembuluh darah

Volume darah semakin meningkat dan jumlah serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi pengenceran darah (hemodelusi). Sel darah merah semakin meningkat jumlahnya untuk dapat mengimbangi pertumbuhan janin dalam rahim, tetapi penambahan sel darah tidak seimbang dengan peningkatan volume darah sehingga terjadi hemodelusi yang disertai anemis fisiologis (Putranti, 2018).

d. Perubahan pada system pernafasan

Perubahan pada system pernafasan Karen bentuk dari rongga torak dan arena bernafas lebih ceoat sehingga kompensasi desakan Rahim dan kebutuhan O2 yang meningkat, sekitar 60% wanita hamil mengeluh sesak nafas (Sunarti, 2013).

e. Perubahan pada traktus

Bulan-bulan pertama kehamilan kandung kemih akan tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehingga menimbulkan sering berkemih. Selain itu ginjal akan membesar, *glomerular filtration rate* dan *renal plasma flow* juga akan meningkat. Pada ekskresi akan dijumpai kadar amino dan vitamin yang larut air dalam jumlah yang lebih banyak (Prawirohardjo, 2018).

f. Perubahan pada uterus

Uterus mengalami pembesaran akibat peningkatan vaskularisasi dan dilatasi pembuluh darah. Hyperplasia (produksi serabut otot dan jaringan fibroblastis yang baru) dan hipertrofi (pembesaran serabut otot dan fibroelastis yang sudah lama), perkembangan desidua (Putranti, 2018).

Uterus bertambah berat sekitar 70 sampai 1100 gram selama kehamilan. Ukuran uterus mencapai usia kehamilan aterm adalah 30x25x20 cm dengan kapasitas lebih 4000 cc. perubahan bentuk dan posisi uterus antara lain, bulan pertama uterus berbentuk seperti alpukat, 4 bulan berbentuk bulat, akhir kehamilan berbentuk seperti bujur telur. Rahim yang tidak hamil atau Rahim normal sebesar telur ayam, pada umur 2 bulan kehamilan sebesar telur dan umur kehamilan 3 bulan sebesar telur angsa (Kumalasari, 2015).

Table 2.1
Ukuran TFU per tiga jari

Usia kehamilan (minggu)	Tinggi fundus uteri (TFU)
12	3 jari diatas simfisis
16	Pertengahan pusat simfisis
20	3 jari bawah pusat
24	Setinggi pusat
28	3 jari atas pusat
32	Pertengahan pusat-prosesus xipoides (px)
36	3 jari di bawah prosesus xipoides (px)
40	Pertengahan pusat prosesus xipoides (px)

Sumber : (Putranti, 2018)

g. Perubahan pada ovarium

Mulai kehamilan 6 minggu, fungsi diambil alih oleh plasaenta, terutama fungsi reproduksi progesterone dan esterogen. Selama saat kehamilan ovarium tenang/istirahat. Tidak terjadi pembentukan dan pematangan folikel baru, tidak terjadi ovulasi, dan tidak terjadi siklus hormonal menstruasi (Sukarni dkk, 2013).

h. System metabolisme

Menurut (Dartiwen, 2019) perubahan metabolisme pada kehamilan yaitu :

- 1) Metabolisme basal naik sekitar 15-20% dari semula, terutama pada trimester ketiga.
- 2) Keseimbangan asam basa mengalami penurunan dari 155 mEq per liter menjadi 145 mEq per liter hal ini disebabkan karena hemodelusi darah dan kebutuhan mineral yang diperlukan janin.
- 3) Kebutuhan protein wanita pada selama hamil makin tinggi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, perkembangan organ kehamilan dan persiapan laktasi. Dalam makanan diperlukan protein tinggi sekitar 0,5 gram /kg berat badan atau sebutir telur ayam sehari.

i. System musculoskeletal

Perubahan pada system musculoskeletal menurut (Lalengga, 2013) yaitu :

- 1). Pada trimester pertama tidak terlalu banyak perubahan pada musculoskeletal. Peningkatan kadar hormone esterogen dan progesterone mengakibatkan terjadinya relaksasi dan jaringan ikat, kartigalo dan ligament juga meningkatkan jumlah cairan synovial. Bersamaan dua keadaan tersebut meningkatkan fleksibilitas dan mobilitas persendian. Keseimbangan kadar kalsium selama kehamilan biasanya normal apabila asupan nutrisinya khususnya produk terpenuhi.

- 2). Tidak pada trimester pertama, selama kehamilan trimester kedua mobilitas persendian ini sedikit berkurang. Hal ini dipicu oleh peningkatan retensi cairan pada connective tissue, terutama di daerah siku dan pergelangan tangan.
- 3). Pada saat trimester ketiga akibat dari pembesaran uterus keposisi anterior, umumnya wanita hamil memiliki panggul cenderung lordosis. Sendi sacroiliaca, sacrococcigis, dan pubis akan meningkatkan mobilitasnya diperkirakan karena pengaruh hormonal. Mobilitas ini dapat mengakibatkan perubahan sikap pada wanita hamil dan akan menimbulkan perasaan tidak nyaman pada bagian bawah punggung.

j. Sistem endokrin

Selama kehamilan normal kelenjara hipofisi akan membesar kurang lebih 135% akan tetapi kelenjar ini tidak begitu mempunyai arti penting dalam kehamilan. Pada perempuan yang menagalami hipofisektomi persalinan dalam berjalan dengan lancar. Hormone prolactin akan meningkat menjadi 10 x lipat pada saat kehamilan aterm. Sebaliknya, setelah perslainan konsentrasi pada plasma menurun (Dartiwen, 2019).

G. Perubahan Psikologi Ibu Hamil

Menurut (Pantiawati dkk, 2010) perubahan psikologi ibu hamil yaitu :

1. Perubahan psikologis pada trimester I

- 1) Ibu merasa tidak sehat dan kadang merasa benci dengan kehamilannya.
- 2) Kadang muncul penolakan, kekecewaan, kecemasan dan kesedihan. Bahkan ibu berharap dirinya tidak hamil.
- 3) Ibu selalu mencari tanda-tanda apakah ia benar- benar hamil. Hal ini dilakukan hanya sekedar untuk meyakinkan dirinya.
- 4) Setiap perubahan yang terjadi dalam dirinya akan selalu mendapat perhatian dengan seksama.
- 5) Ketidakstabilan emosi dan suasana hati

2. Perubahan yang terjadi pada trimester II

- 1) Ibu sudah merasa sehat, tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi.
- 2) Ibu sudah bisa menerima kehamilannya.
- 3) Ibu sudah dapat merasakan gerakan bayi.
- 4) Merasa terlepas dari ketidaknyamanan dan kekhawatiran.
- 5) Merasa bahwa bayi sebagai individu yang merupakan bagian dari dirinya.
- 6) Hubungan sosial meningkat dengan wanita hamil lainnya/pada orang lain.

- 7) Ketertarikan dan aktifitasnya terfokus pada kehamilan, kelahiran dan persiapan untuk peran baru.
- 8) Perut ibu belum terlalu besar sehingga belum dirasa beban oleh ibu.

3. Perubahan yang terjadi pada trimester III

- 1) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh dan tidak menarik.
- 2) Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu.
- 3) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
- 4) Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
- 5) Ibu tidak sabar menunggu kelahiran bayinya.
- 6) Semakin ingin menyudahi kehamilannya.
- 7) Aktif mempersiapkan kelahiran bayinya.
- 8) Bermimpi dan berkhayal tentang bayinya.

H. Kebutuhan Fisiologis Kehamilan

1. Nutrisi

Ibu yang sedang hamil bersangkutan atau berhubungan dengan proses pertumbuhan yaitu pertumbuhan fetus yang ada didalam kandungan dan pertumbuhan berbagai organ ibu, pendukung proses kehamilan seperti adneksa, mammae, dll.

Makanan diperlukan janin untuk :

- a. Pertumbuhan janin
- b. Plasenta
- c. Buah dada
- d. Orang lain (Maharani, 2017)

2. Protein

Protein sangat dibutuhkan dalam perkembangan buah kehamilan yaitu untuk pertumbuhan janin, uterus, plasenta, selain itu untuk ibu lebih penting untuk pertumbuhan payudara dan kenaikan sirkulasi ibu (protein, plasma, hemoglobin, dll).

Wanita tidak hamil konsumsi protein yang ideal yaitu 0,9 gram/kg BB/hari tetapi selama hamil dibutuhkan tambahan protein hingga 30 gram/hari. Protein yang dianjurkan yaitu hewani seperti daging, susu, keju, telur dan ikan karena

mereka mengandung komposisi asam amino yang lengkap. Susu dan produk susu disampingkan mengandung sebagai sumber protein yaitu juga kaya dengan kalsium (Kuswanti, 2014).

3. Mineral

Pada prinsipnya semua mineral dapat dipenuhi dengan makan-makanan sehari-hari yaitu buah-buahan, sayuran dan susu. Hanya besi yang tidak dapat terpenuhi dengan makanan sehari-hari. Kebutuhan akan besi pada pertengahan kedua kehamilan kira-kira 17 mg/hari. Untuk kebutuhan ini dibutuhkan suplemen besi 30 mg sebagai ferosus, ferofumarat atau feroglukonat perhari dan pada kehamilan kembar atau pada wanita yang sedikit anemic dibutuhkan 60-100 mg/hari (Kuswanti, 2014).

4. Eliminasi

Dalam hal ini masalah dalam buang air kecil tidak mengalami kesulitan, bahkan cukup lancar, dalam kehamilan terjadi perubahan hormonal, sehingga daerah kelamin menjadi basah. Situasi basah ini menyebabkan jamur (*trikomona*) tumbuh. Sehingga wanita hamil dalam hal ini mengeluh gatal dan mengeluarkan keputihan. Rasa gatal ini sangat mengganggu sehingga sering digaruk. Saat berkemih terdapat residu (sisa) yang memudahkan infeksi kandung kemih, dengan minum dan menjaga kebersihan sekitar alat kelamin. Wanita memerlukan

pelajaran cara membersihkan sekitar alat kelamin yaitu dengan gerakan dari depan kebelakang setiap kali berkemih atau saat buang air besar (BAB), dan harus menggunakan tissue atau lap ataupun handuk yang bersih setiap kali melakukannya (Maharani, 2017).

5. Seksual

Hubungan Seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak adanya riwayat penyakit sebagai berikut :

- a. Sering abortus dan kelahiran premature
- b. Perdarahan pervaginam
- c. Koitus harus dilakukan dengan hati-hati terutama pada minggu terakhir kehamilan
- d. Bila ketuban sudah pecah, koitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin intrauteri (Kuswanti, 2014).

6. Istirahat

Dengan adanya perubahan terhadap ibu hamil, salah satunya beban berat pada perut sehingga terjadi perubahan sikap pada tubuh, titik jaringan ibu mengalami kelelahan oleh karena itu istirahat dan tidur sangat penting untuk ibu hamil. Pada saat trimester terakhir kehamilan diiringi dengan bertambahnya berat janin, kadang ibu hamil sulit dalam menentukan posisi tidur yang nyaman . Posisi tidur

yang nyaman pada ibu hamil yaitu miring ke kiri, kaki kiri lurus kaki kanan sedikit menekuk kedepan dan diganjal bantal, lalu untuk mengurangi rasa nyerinya pada perut ganjal dengan bantal pada perut bawah bagian kiri (Sulistyawati, 2011).

7. Senam hamil

Senam hamil merupakan salah satu kegiatan dalam pelayanan selama kehamilan (Prenatal Care). Senam hamil akan memberikan manfaat outcome persalinan yang lebih baik, dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak melakukan senam hamil. Kegunaan senam hamil didalam *prenatal care* akan menaikkan dan mengurangi terjadinya Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) serta terjadinya persalinan premature. Secara keseluruhan senam hamil akan berdampak sebagai suatu kenaikan kesehatan wanita hamil itu sendiri menjadi lebih baik lagi (Sunarsih, 2011).

Senam hamil ini dilakukan pada usia kehamilan lebih dari 20 minggu. Hal ini dikarenakan pada saat usia kehamilan 20 minggu pertama kehamilan merupakan tahap penting pertumbuhan dan perkembangan janin. Sedangkan setelah usia kehamilan 20 minggu kondisi kandungan yang semakin membesar meningkatkan beban ibu sehingga dianjurkan melakukan senam untuk menjaga stamina. Usia kehamilan senam hamil bias menjadi 4 tahapan yaitu tahap pertama 22-25

minggu, tahap kedua 26-30 minggu, dan tahap terakhir diatas usia 36 minggu yaitu saat menjelang persalinan (Fitasari, 2016).

8. Bepergian

Meskipun dalam keadaan hamil, ibu masih membutuhkan relaksasi untuk menyegarkan pikiran dan perasaan misalnya mengunjungi obyek wisata atau pergi keluar kota.

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

- a. Hindari bepergian yang rame, sesak, dan panas serta berdiri terlalu lama ditempat itu karena dapat menimbulkan sesak nafas sampai akhirnya jatuh pingsan.
- b. Apabila bepergian selama kehamilan mak duduk dalam jangka waktu lama harus dihindari karena dapat menyebabkan peningkatan resiko bekuan darah vena dalam dan troboflebitis.
- c. Wanita hamil dapat mengendarai mobil maksimal 6 jam dalam sehari dan harus berhenti selama 2 jam lalu berjalan selama 10 menit.
- d. Sabuk pengaman sebaiknya selalu dipakai, sabuk tersebut diletakkan dibawah perut ketika kehamilan sudah besar (Indrayani, 2011).

9. Pakaian

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

- a. Stocking tungkai tidak dianjurkan karena dapat menghambat sirkulasi darah
- b. Pakaian BH yang menyongkong payudara dan harus mempunyai tali yang besar sehingga tidak terasa sakit pada bahu
- c. Memakai sepatu dengan tumit yang tidak teralu tinggi
- d. Pakaian dalam yang selalu bersih (Pantikawati, 2010).

10. Personal hygiene

Kebersihan diri membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman pada ibu hamil. Untuk menjaga dalam kebersihan diri dengan cara mandi yang teratur minimal 2 kali sehari dan mengganti pakaian, alas tempat tidur serta lingkungan dimana ibu hamil tinggal. Ibu hamil harus tetap bersih segar dan wangi. Merawat alat kelamin dengan baik dengan menggunakan antiseptic dan selalu diingat bahwa memberikan vagina dari arah depan kebelakang.

Tujuan dalam menjaga personal hygiene pada ibu hamil antara lain mencegah penyakit/infeksi, mempertahankan dan menambah kesehatan ibu, mencegah terjadinya komplikasi pada ibu hamil, peningkatan kesehatan diri,

memperbaiki kesehatan pribadi dan meningkatkan kualitas percaya diri (Vuny, 2012).

a. Kebersihan rambut

Ibu hamil mungkin akan mengalami kerontokan rambut akibat gangguan perubahan hormone sehingga keadaanya menjadi lebih tipis dibandingkan keadaan normal. Jumlah dan lamanya rontok berbeda-beda satu wanita dengan yang lain meskipun demikian kebanyakan akan pulih setelah beberapa bulan.

b. Kebersihan kulit

Ekstra cairan tubuh yang dibutuhkan saat hamil akan dikeluarkan kembali melalui air seni dan keringat untuk menghilangkan pembengkakan pada wajah, kaki, betis, dan tangan ibu. Sebab itu dalam minggu-minggu pertama setelah melahirkan, ibu akan merasakan jumlah keringat yang lebih banyak dari hari-hari biasanya. Usahakan mandi lebih sering dan jaga kulit agar tetap kering.

c. Kebersihan vulva dan sekitarnya

- 1) Membersihkan daerah kelamin dengan cara membersihkan daerah sekitar vulva terlebih dahulu dari depan ke belakang kemudian

membersihkan daerah sekitar anus. Bersihkan vulva setiap kali buang air kecil atau buang air besar.

- 2) Untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika sudah dicuci dengan baik dan dikeringkan dibawah sinar matahari atau disetrika.
- 3) Untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan setelah membersihkan daerah kelaminnya (Vuny, 2012)

11. Perawatan payudara

Dalam hal perawatan payudara sangatlah penting dilakukan selama hamil sampai masa menyusui. Hal ini karena payudara merupakan satu-satunya penghasil ASI yang merupakan makanan pokok bagi bayi baru lahir, sehingga diperlukan perawatan payudara pada ibu hamil antara lain :

- a. Menjaga kebersihan payudara terutama kebersihan pada puting susu.
- b. Melenturkan dan menguatkan puting susu sehingga memudahkan bayi untuk menyusui.
- c. Merangsang kelenjar-kelenjar air susu sehingga produksi ASI banyak dan lancet.

- d. Dapat mendeteksi kelainan-kelainan payudara secara dini dan melakukan upaya untuk mengatasinya.
- e. Mempersiapkan mental ibu untuk menyusui (Taufik, 2015).

I. Kebutuhan Psikologis Kehamilan

1. Dukungan dari keluarga

Ibu sangat membutuhkan dukungan dan ungkapan kasih sayang dari orang-orang terdekatnya, terutama suami. Kadang ibu dihadapkan pada suatu situasi yang ia sendiri mengalami ketakutan dan kesendirian, terutama pada trimester akhir. Kekhawatiran tidak disayang setelah bayi lahir kadang juga muncul, sehingga diharapkan bagi keluarga terdekat agar selalu memberikan dukungan dan kasih sayang. Bidan sangat berperan dalam memberikan pengertian ini pada suami dan keluarga (Kusmiyati dkk, 2013).

2. Rasa aman dan nyaman

Selama kehamilan ibu banyak mengalami ketidaknyamanan fisik dan psikologis. Bidan bekerja sama dengan keluarga diharapkan berusaha dan secara antusias memberikan perhatian serta mengupayakan untuk mengatasi ketidaknyamanan dan ketidakamanan yang dialami oleh ibu. Kondisi psikologis yang dialami oleh ibu akan sangat berpengaruh terhadap perkembangan bayi. Tingkat kepercayaan ibu terhadap

bidan dan keluarga juga sangat memengaruhi kelancaran proses persalinan (kusmiyati dkk, 2013).

3. Dukungan dari tenaga kesehatan

Bagi seorang ibu hamil, tenaga kesehatan khususnya bidan mempunyai tempat tersendiri dalam dirinya. Harapan pasien adalah bidan dapat dijadikan sebagai teman terdekat dimana ia dapat mencurahkan isi hati dan kesulitannya dalam menghadapi kehamilan dan persalinan. Posisi ini akan sangat efektif sekali jika bidan dapat mengembangkan kemampuannya dalam menjalin hubungan yang baik dengan pasien. Adanya hubungan saling percaya akan memudahkan bidan dalam memberikan penyuluhan kesehatan (kusmiyati dkk, 2013).

4. Persiapan menjadi orang tua

Ini sangat penting dipersiapkan karena setelah bayi lahir akan banyak perubahan peran yang terjadi, mulai dari ibu, ayah, dan keluarga. Bagi pasangan yang baru pertama punya anak, persiapan dapat dilakukan dengan banyak berkonsultasi dengan orang yang mampu untuk membagi pengalamannya dan memberikan nasehat mengenai persiapan menjadi orang tua. Bagi pasangan yang sudah mempunyai lebih dari satu anak, dapat belajar dari pengalaman mengasuh anak sebelumnya. Selain persiapan mental, yang tak kalah pentingnya adalah persiapan ekonomi, karena bertambah anggota, bertambah pula kebutuhannya (Indrayani, 2017)

5. Lingkungan

Pada masyarakat yang sering melakukan pergi dan berpindah-pindah masalah yang sering terjadi yaitu kurangnya informasi mengenai kesehatan karena dengan begitu diakibatkan sulitnya akses kesehatan yang mereka dapatkan, kebiasaan yang dilakukan mereka berpindah-pindah mengakibatkan pelayanan kesehatan yang berkesinambungan tidak bias didapatkan oleh mereka (Indrayani, 2017)

J. Komplikasi pada kehamilan

1. Abortus

Abortus adalah pengeluaran janin yang masih berusia kurang dari 20 minggu (5 bulan). Abortus terjadi secara spontan dan tidak spontan. Secara spontan yaitu tiba-tiba keluar darah seperti haid selama 1-2 hari dan disusul dengan keluarnya janin. Janin dan jaringan pendukungnya keluar dengan utuh dan tidak ada yang tertinggal didalam Rahim (Mandriawati, 2011)

2. Plasenta previa

Plasenta previa yaitu tumbuh ditempat yang paling rendah, didaerah penipisan sampai pembukaan pada segmen bawah Rahim. Karena itu plasenta terletak lebih rendah dari janin dan dapat menghalangi pelahiran pervaginam (Dartiwen, 2019).

3. Solusio plasenta

Yaitu terlepasnya sebagian atau seluruh permukaan maternal plasenta dari implantasi yang normal pada lapisan desidua endometrium sebelum waktunya yakni sebelum anak lahir. Gejalanya yaitu terjadi perdarahan yang berwarna tua keluar melalui vagina, rasa perut yang nyeri atau uterusnya tegang terus menerus mirip seperti *his prematurus* (Dartiwen, 2019).

4. Preeklamsi dan eklamsi

Preeklamsi biasanya terjadi pada penderita hipertensi. Preeklamsi yaitu sindrom yang terjadi karena tingginya tekan darah (hipertensi), tingginya kadar protein dalam urine (hemaproteuria dan banyaknya cairan yang ditahan oleh tubuh sehingga kaki ibu hamil seakan-akan menjadi bengkak). Sedangkan eklamsia yaitu akibat yang ditimbulkan dari preeklamsia. Misalnya bayi mempunyai berat badan lahir rendah dan bayi yang kurang gizi (Lalengga dkk, 2011).

5. Tumor

Kista sebenarnya juga salah satu jenis tumor. Bentuknya kista seperti kantung-kantung berisi cairan. Kista yaitu hasil dari ovulasi (pelepasan sel telur dari ovarium) yang terjadi setiap bulan. Biasanya hal ini akan hilang dengan sendirinya (Lalengga dkk, 2011).

6. Ektopik

Ektopik yaitu keadaan yang menunda atau mencegah perjalanan ovum yang sudah dibuahi melewati tuba fallopi. Penyebab utama kematian ibu terutama karena perdarahan yang tidak terkontrol dan syok (Benson, 2013).

7. Hiperemesis gravidarum

Yaitu mual muntah yang berlebihan sehingga menimbulkan gangguan aktivitas sehari-hari dan dapat membahayakan hidup ibu hamil (Lalengga dkk, 2011)

8. Kehamilan dengan ketuban pecah dini (KPD)

Pengeluaran air ketuban (*amnion*) sebagian besar terjadi menjelang persalinan dengan pembukaan mendekati lengkap (Benson, 2013).

9. Intra Uteri Fetal Death (IUFD)

Yaitu janin yang mati dalam Rahim dengan berat badan 500 gram atau lebih. Kematian janin, gawat janin, atau infeksi (Prawirohardjo, 2014).

Menurut prawirohardjo, 2014 penyebab kematian janin sampai saat ini masih tidak jelas. Tetapi kemungkinan kematian janin dapat disebabkan karena :

- a. Factor maternal antara lain yaitu post term (>42 minggu), diabetes mellitus, sistemik lupus eritematosus, infeksi, hipertensi, preeklamsia, eklamsia,

hemoglobinopati, usia ibu, penyakit rhesus, ruptur uteri, dan sindrom antifosfolipid.

- b. Factor fetal diantaranya adalah hamil kembar, hamil tumbuh terhambat (IUGR), kelainan congenital, kelainan genetic, infeksi.
- c. Factor plasenta antara lain kelainan tali pusat, lepasnya plasenta, ketuban pecah dini, vasa previa.
- d. Factor resiko terjadinya kematian janin intra uteri meningkat usia ibu >40 tahun, pada ibu infertile, riwayat ibu dengan berat badan lahir rendah, infeksi ibu (*ureplasma urealitikum*).

K. Ketidaknyamanan pada ibu hamil TM III

Menurut (Dartiwen, 2019) terdapat beberapa ketidaknyamanan yang dirasakan oleh ibu hamil yaitu :

1. Sering kencing

Kandung kemih semakin tertekan oleh rahim sehingga daya tampungnya semakin berkurang.

Intervensi :

- a. Jelaskan penyebab terjadinya sering kencing

R/Ibu mengerti penyebab sering kencing karena tekanan bagian bawah

janin pada kandung kemih.

- b. Anjurkan ibu untuk menghindari minum-minuman bahan diuretic alamiah seperti kopi, teh, *softdrink*.

R/Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih.

- c. Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK

R/Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

- d. Anjurkan minum 8-10 gelas/hari tetapi banyak minum pada siang hari dan mengurangnya setelah makan sore, serta sebelum tidur buangair kencing dahulu.

R/Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

2. Pusing

Pusing sehubungan dengan keteganga otot, stress, perubahan postur tubuh, ketegangan mata.

Intervensi :

- a. Jelaskan pada ibu penyebab pusing.

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

- b. Ajarkan ibu cara bangun perlahan dari posisi istirahat.

R/Agar ibu tidak terjatuh dari bangun tidur.

- c. Anjurkan ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama di lingkungan panas dan sesak.

R/Kekurangan O₂ karena lingkungan sesak dapat menyebabkan pusing.

- d. Jelaskan untuk menghindari posisi telentang.

R/Sirkulasi O₂ ke otak lancar

3. Kaki bengkak

Hal ini terjadi karena beban jantung meningkat sehingga perlu waktu lebih lama untuk menarik kembali cairan dan bagian tubuh paling jauh. Setelah beraktivitas disarankan untuk tidur dengan menganjalkan kaki sebentar.

Intervensi :

- a. Jelaskan penyebab dari edema dependen.

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

- b. Anjurkan ibu tidur miring ke kiri dan kaki agak ditinggikan.

R/Mengurangi penekanan pada vena cava inferior oleh pembesaran uterus yang akan memperberat edema.

- c. Anjurkan pada ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama.

R/Meringankan penekanan pada vena dalam panggul.

- d. Anjurkan pada ibu menghindari pakaian yang ketat.

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

- e. Anjurkan pada ibu menggunakan penyokong atau korset.

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

4. Sesak napas

Ekspansi diafragma terbatass karena pembesaran uterus.

Intervensi :

- a. Jelaskan pada ibu penyebab sesak nafas.

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

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

R/Menghindari penekanan diafragma.

- c. Anjurkan ibu senam hamil teratur.

R/Merelaksasi otot-otot.

- d. Anjurkan ibu menghindari kerja keras.

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

- e. Anjurkan ibu berdiri merengangkan lengannya di atas kepala.

R/Perengangan tulang meringankan penarikan nafas.

5. Sakit punggung

Semua wanita mengalami sakit punggung ringan pada lumba selama kehamilan. Hal ini dikarenakan kelelahan, spasme otot, atau regangan punggung akibat sakit tubuh.

Intervensi :

- a. Tekuk kaki daripada membungkuk ketika mengangkat apapun.

Lebarkan kedua kaki dan tempatkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain saat menekuk kaki.

R/Menekuk kaki akan membuat kedua tungkai yang menopang berat badan dan meregang, bukan punggung. Melebarkan kedua kaki dan menempatkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain akan memberi jarak yang cukup saat bangkit dari posisi setengah jongkok.

- b. Hindari membungkuk berlebihan dan mengangkat beban.

R/Menghilangkan tegang pada punggung bawah yang disebabkan oleh peningkatan lengkung vertebra lumbosakral dan pengencangan otot-otot punggung.

- c. Anjurkan tidur miring kirir dan perut diganjal bantal.

R/Mengurangi penekanan uterus pada ligamentum rotundum

- d. Gunakan sepatu tumit rendah.

R/Sepatu tumit tinggi tidak stabil dan memperberat masalah pada pusat gravitasi serta lordosis.

- e. Gunakan kasur yang menyokong dan posisikan badan dengan menggunakan bantal sebagai pengganjal.

R/Kasur yang menyokong dan penggunaan bantal dapat meluruskan punggung serta meringankan tarikan dan regangan.

L. Tanda Bahaya Masa Kehamilan

1. Perdarahan pervaginam

Perdarahan antepartum/perdarahan pada kehamilan lanjut adalah perdarahan pada trimester dalam kehamilan sampai bayi dilahirkan.

Pada kehamilan usia lanjut perdarahan yang tidak normal yaitu merah, banyak dan kadang-kadang tetapi tidak selalu disertai dengan rasa nyeri (Dartiwen, 2019).

2. Bayi kurang bergerak

Ibu mulai merasakan gerakan bayinya pada bulan ke-5 atau ke-6. Beberapa ibu mulai merasakan gerakan bayinya lebih awal. Bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam. Gerakan bayi akan

lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau istirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik (Kusmiyati, 2013).

3. Pengelihatan kabur

Hal ini terjadi karena pengaruh dari hormonal, ketajaman pengelihatan dapat berubah dalam kehamilan. Perubahan ringan yaitu minor (normal). Masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa yaitu perubahan visual yang mendadak misalnya pandangan kabur dan berbayang. Perubahan ini mungkin sering terjadi sakit kepala yang hebat dan mungkin menandakan pre-eklamsia (Kusmiyati, 2013).

4. Bengkak diwajah dan jari-jari

Saat dalam kehamilan hamper semua ibu hamil mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan hilang setelah dilakukan meninggikan kaki. Bengkak ini biasanya menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat dan disertai dengan adanya keluhan fisik yang lain. Hal ini dapat pertanda anemia, gagal jantung, dan pre-eklamsia (Maharani, 2017).

5. Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala ini biasanya bias terjadi selama kehamilan dan sering kali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang serius yaitu sakit

kepala yang hebat yang menetap dan tidak hilang setelah istirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut ibu mungkin merasa penglihatannya kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre-eklamsia (Maharani, 2017).

6. Keluar cairan pervaginam

Keluarnya cairan berupa air dari vagina pada trimester III. Ibu harus dapat membedakan antara uteri dengan air ketuban. Jika keluar cairan ibu tidak terasa berbau amis dan berwarna putih berarti yang keluar adalah air ketuban. Jika kehamilan belum cukup bulan, hati-hati akan adanya persalinan preterm (<37 minggu) dan komplikasi infeksi (Dartiwen, 2019).

7. Nyeri perut yang hebat

Harus dibedakan nyeri yang dirasakan yaitu bukan his seperti pada persalinan. Pada kehamilan lanjut jika ibu merasakan nyeri yang hebat tidak berhenti atau berkurang setelah istirahat disertai tanda-tanda syok yang membuat keadaan umum ibu makin lama makin memburuk dan disertai peradahan yang tidak sesuai dengan beratnya syok, maka kita harus waspada akan kemungkinan terjadinya solusio plasenta (Dartiwen, 2019).

2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

A. Pengertian Persalinan

Persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar yang terjadi pada kehamilan yang cukup bulan (37–42 minggu) dengan ditandai adanya kontraksi uterus yang menyebabkan terjadinya penipisan, dilatasi serviks, dan mendorong janin keluar melalui jalan lahir dengan presentase belakang kepala tanpa alat atau bantuan (lahir spontan) serta tidak ada komplikasi pada ibu dan janin (Prihatini, 2018).

Persalinan adalah proses pengeluaran konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus ke dunia luar. Persalinan mencakup proses fisiologis yang memungkinkan serangkaian perubahan besar pada ibu untuk dapat melahirkan janinnya melalui jalan lahir (Jannah, 2015).

B. Sebab – Sebab Mulainya Persalinan

1. Teori kerengangan

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

2. Teori penurunan progesteron

Progesteron menurun menjadikan otot rahim sensitif sehingga menimbulkan his atau kontraksi.

3. Teori oksitosin

Pada akhir kehamilan kadar oksitosin bertambah sehingga dapat mengakibatkan his.

4. Teori pengaruh prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat pada usia kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan.

5. Teori plasenta menjadi tua

Dengan bertambahnya usia kehamilan, plasenta menjadi tua dan menyebabkan villi corialis mengalami perubahan sehingga kadar estrogen dan progesterone turun. Hal ini menimbulkan kekejangan pembuluh darah dan menyebabkan kontraksi rahim.

6. Teori distensi rahim

Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus sehingga mengganggu sirkulasi uteroplasenter.

7. Teori berkurangnya nutrisi

Teori ini ditemukan pertama kali oleh Hipokrates. Bila nutrisi pada janin berkurang, maka hasil konsepsi akan segera dikeluarkan (Trirestuti, 2018).

C. Jenis – Jenis Persalinan

1. Menurut (Kurniarum, 2016) proses berlangsungnya persalinan dapat dibedakan menjadi tiga yaitu sebagai berikut :

a. Spontan

Persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu atau melalui jalan lahir tersebut.

b. Buatan

Persalinan dibantu dengan tenaga dari luar, seperti halnya menggunakan ekstraksi forceps atau dilakukan operasi *Section Caesar* (SC)

c. Anjuran

Persalinan ini tidak dimulai dengan sendirinya tapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban karena pemberian prostaglandin.

D. Tanda-Tanda Persalinan

1. Tanda-tanda persalinan sudah dekat

a) Terjadi lightening

Memasuki minggu ke-36 pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri, karena kepala bayi sudah masuk PAP yang disebabkan oleh :

a) Kontraksi *Braxton Hicks*

b) Ketegangan otot perut

c) Ketegangan ligamentum rotundum

d) Gaya berat janin kepala ke arah bawah

b) Terdapat his permulaan

Pengeluaran esterogen dan progesterone semakin berkurang sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi, yang lebih sering sebagai his palsu.

Sifat his permulaan (palsu) yaitu :

- a) Rasa nyeri ringan dibagian bawah
- b) Datangnya tidak teratur
- c) Tidak ada perubahan pada serviks atau pembawa tanda
- d) Durasi pendek
- e) Tidak bertambah meskipun sudah beraktivitas

2. Tanda persalinan

a. Terjadinya His persalinan yang mempunyai sifat :

- 1) Pinggang terasa sakit, yang menjalar ke depan
- 2) Sifatnya teratur, intervalnya makin pendek dan kekuatannya makin besar.
- 3) Kontraksi uterus mengakibatkan perubahan uterus
- 4) Makin beraktifitas (jalan), kekuatan makin bertambah

b. Bloody show (pengeluaran lender disertai darh melalui vagina)

Dengan His permulan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, lender yang terdapat pada kanalis servikalis lepas, kapiler pembuluh darah pecah, yang menjadikan perdarahan sedikit.

c. Pengeluaran cairan

Keluar banyak cairan dari jalan lahir. Ini terjadi akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap tetapi kadang-kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam (Trirestuti, 2018).

E. Tahapan Persalinan

Tahapan dalam persalinan menurut (Chrisna, 2018) yaitu :

1. Kala I

Kala I dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya), hingga serviks membuka lengkap (10 cm). kala I persalinan terdiri dari dua fase yaitu :

a. Fase laten

- 1) Dimulai sejak awal kontraksi, yang menyebabkan penipisan, dan pembukaan serviks secara bertahap.
- 2) Berlangsung hingga serviks membuka 3 cm.

3) Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam.

b. Fase aktif

Dalam fase ini dibagi menjadi 3 fase, yaitu :

1) Fase Akselerasi

Pada fase ini membutuhkan waktu 2 jam dari pembukaan 3 cm menjadi 4 cm (Walyani, 2016).

2) Fase Dilaktasi Maksimal

Dalam fase ini waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari pembukaan 4 cm sampai 9 cm (Walyani, 2016).

3) Fase Deselerasi

Pada fase ini pembukaan menjadi lambat sekali. Membutuhkan waktu 2 jam pembukaan 9 sampai menjadi pembukaan lengkap atau 10 cm (Walyani, 2016).

2. Kala II (dua) persalinan

Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap 10 cm dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi (Nurhayati, 2019).

Lamanya kala II untuk primigravida 50 menit, dan multigravida 30 menit.

Gejala utama pada kala II yaitu:

- a. his terkoordinir, konsistensinya kuat dan durasinya cepat (2-3 menit sekali).
- b. kepala janin sudah di dasar panggul.
- c. merasa seperti akan Buang Air Besar (BAB).
- d. anus membuka.
- e. vulva membuka.
- f. perineum menonjol.
- g. PD pembukaan lengkap.

3. Kala III

Dimulai setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Jika lebih dari 30 menit maka harus diberikan penanganann yang lebih atau rujukan (Nurhayati, 2019).

Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara crede pada fundus uteri. Biasanya plasenta lepas dalam waktu 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir. Lepasnya plasenta secara schultze biasanya tidak ada pendarahan sebelum plasenta lahir dan banyak mengeluarkan darah setelah plasenta lahir. Sedangkan untuk cara Duncan yaitu plasenta lepas dari pinggir, biasanya darah mengalir keluar antara air selaput ketuban (Nurhayati, 2019).

4. Kala IV

Dimulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama setelah lahir. Masa ini merupakan masa paling kritis untuk mencegah kematian Ibu yang disebabkan oleh perdarahan (Trirestuti, 2018).

Penanganan pada kala IV :

- a. Memeriksa fundus setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua. Jika kontraksi tidak kuat, massase terus sampai menjadi keras.
- b. Memeriksa tekanan darah, nadi, kandung kemih, dan perdarahan setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua.
- c. Menganjurkan ibu untuk minum untuk mencegah dehidrasi.
- d. Membersihkan perineum ibu dan mengenakan pakaian ibu yang bersih dan kering.
- e. Membiarkan ibu istirahat dan membiarkan bayi pada dada ibu untuk meningkatkan hubungan ibu dan bayi dan inisiasi menyusui dini.
- f. Memastikan ibu sudah BAK dalam 3 jam setelah melahirkan.
- g. Mengajari ibu atau anggota keluarga tentang bagaimana memeriksa fundus dan menimbulkan kontraksi serta tanda-tanda bahaya bagi ibu dan bayi.

F. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

1. Power (Tenaga persalinan dan His)

Power yaitu kekuatan dimana kekuatan tersebut meliputi : his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament dengan kerja sama yang baik dan sempurna.

a. His (Kontraksi Uterus)

Sifat his yang baik yaitu kontraksi simetris, fundus dominan dan terkoordinasi dan relaksasi.

b. Tenaga mengejen/meneran

c. Setelah pembukaan lengkap dan ketuban pecah, tenaga yang mendorong anak keluar selain his.

d. Tenaga mengejen seperti BAB (Buang Air Besar) tapi lebih kuat.

e. Saat kepala sudah sampai dasar panggul timbul reflek yang mengakibatkan ibu menutup glottisnya, mengontraksikan otot-otot perut dan menekan diafragma ke bawah.

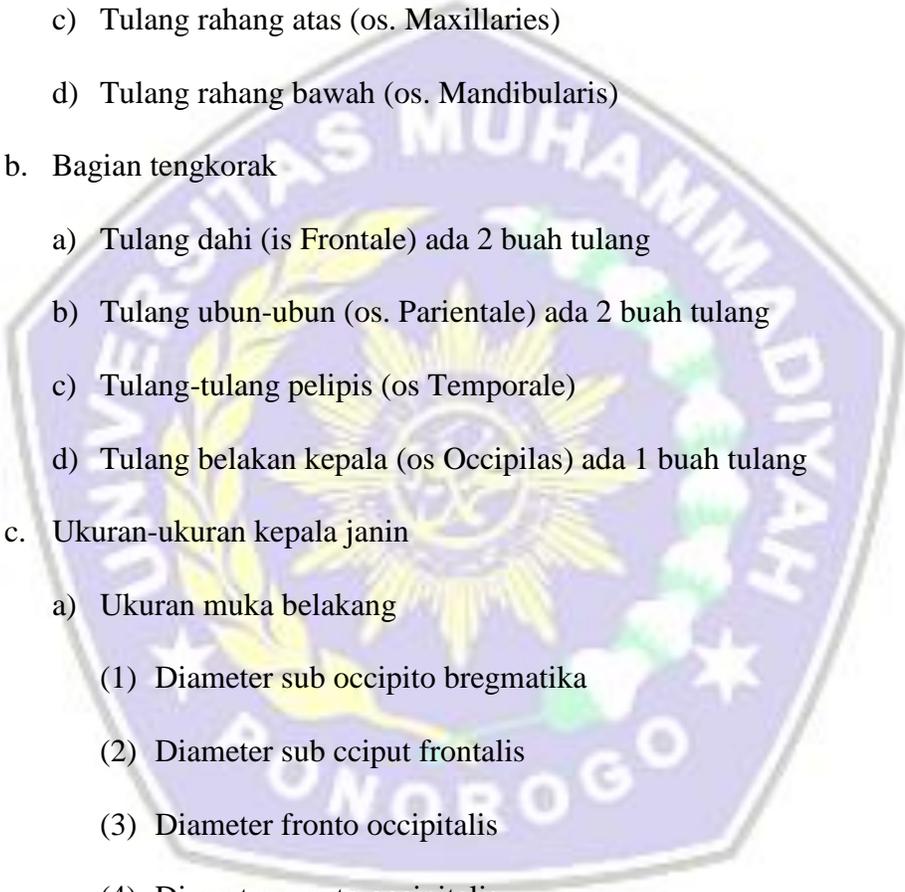
f. Tanpa adanya tenaga mengejen anak tidak dapat lahir.

g. Tenaga mengejen juga melahirkan plasenta setelah terlepas dari dinding rahim
(Damayanti, 2014)

2. Faktor Passage (jalan lahir)

1) Kepala janin

Kepala itu terdiri dari :

- 
- a. Bagian muka yang terdiri dari :
- a) Tulang hidung (os. Nasale)
 - b) Tulang pipi (os Zygomaticum)
 - c) Tulang rahang atas (os. Maxillaries)
 - d) Tulang rahang bawah (os. Mandibularis)
- b. Bagian tengkorak
- a) Tulang dahi (is Frontale) ada 2 buah tulang
 - b) Tulang ubun-ubun (os. Parietale) ada 2 buah tulang
 - c) Tulang-tulang pelipis (os Temporale)
 - d) Tulang belakan kepala (os Occipilas) ada 1 buah tulang
- c. Ukuran-ukuran kepala janin
- a) Ukuran muka belakang
 - (1) Diameter sub occipito bregmatika
 - (2) Diameter sub cciput frontalis
 - (3) Diameter fronto occipitalis
 - (4) Diameter mento occipitalis
 - (5) Diameter sub mento occipitalis
 - b) Ukuran melintang
 - (1) Diameter biparetal

(2) Diameter bitemporalis

c) Ukuran melintang

(1) Circumferential suboccipito bregmatika

(2) Circumferential fronto occipitalis

(3) Circumferential mento occip

(4) Italis (Damayanti, 2014)

d. Bidang hodge

Bidang hodge dipelajari untuk menentukan sampai mana bagian terendah janin turun ke panggul pada saat proses persalinan (Maharani, 2017). Bidang-bidang hodge tersebut antara lain :

a) Hodge I

Bidang yang terbentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simpisis dan promogtorium.

b) Hodge II

Bidang yang sejajar dengan hodge I setinggi bagian bawah simpisis.

c) Hodge III

Bidang yang sejajar dengan hodge I setinggi spina ischiadika.

d) Hodge IV

Bidang yang sejajar dengan hodge I setinggi tulang koksigis.

(Nurhayati, 2019).

3. Faktor Passanger (Janin)

1) Janin

Passage pertama yang mempengaruhi jalannya persalinan karena besar dan posisinya. Kelainan-kelainan yang sering menjadi faktor penghambat dari passage yaitu kelainan ukuran dan bentuk kepala janin seperti hidrosefalus dan anensefalus. Kelainan letak seperti ini biasanya kelainan letak muka ataupun letak dahi serta kelainan letak kedudukan anak seperti lintang ataupun (Walyani, 2016).

2) Moulage (Molase) kepala janin

Adanya celah antara bagian-bagian tulang kepala janin memungkinkan adanya penyisipan antara bagian tulang (overlapping) sehingga kepala janin dapat mengalami perubahan bentuk dan ukuran. Proses ini sering disebut dengan molase (Walyani, 2016).

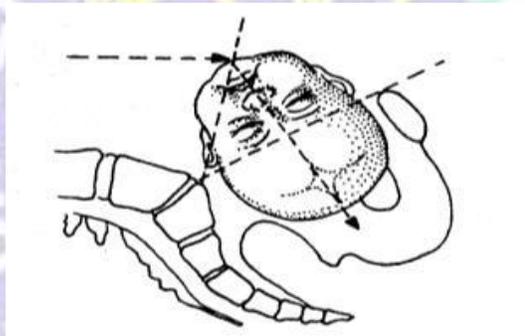
3) Bagian terbawah

Bagian terbawah adalah istilah untuk menunjukan bagian janin apa yang paling bawah (Maharani, 2017).

G. Mekanisme Persalinan

1. Engagement

Kepala sudah dikatakan menancap (Engager) pada pintu atas panggul apabila diameter biaprietal kepala melewati pintu atas panggul. Pada kebanyakan wanita nulipara hal ini terjadi sebelum persalinan aktif dimulai karena otot-otot abdomen masih tegang sehingga bagian presentasi terdorong ke dalam panggul. Pada wanita multipara yang otot-otot abdomennya lebih kendur kepala sering kali tetap dapat digerakkan di atas permukaan panggul sampai persalinan dimulai (Marmi, 2016).



Gambar 2. 1
Engangement

Sumber:

<https://fk.unud.ac.id/obgin/wpcontent/uploads/2015/04/dampakkehamilandanpersalinanterhadapdasarpangul.pdf>

2. Desent

Penurunan kepala janin sangat tergantung pada arsitektur pelvis dengan hubungan ukuran kepala dan ukuran pelvis, sehingga penurunan kepala berelansung lambat. Kepala turun ke dalam rongga panggul, akibat tekanan langsung dari his dari daerah

fundus ke arah daerah bokong tekanan dari cairan amnion, kontraksi otot dinding perut dan diafragma (mengejen) dan badan janin terjadi ekstensi dan menegang (Maharani, 2017).



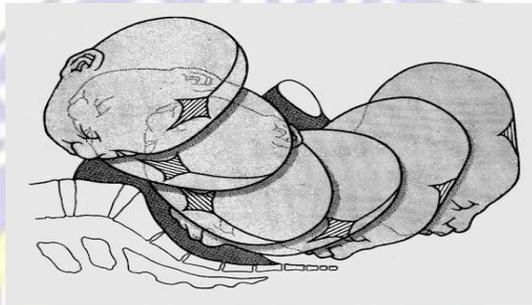
Gambar 2.2
Penurunan
Sumber:

<https://fk.unud.ac.id/obgin/wpcontent/uploads/2015/04/dampakkehamilandanpersalinanterhadapdasarpangul.pdf>

3. Fleksi

Sebelum persalinan mulai sudah terjadi fleksi sebagian, oleh karena ini merupakan sikap alamiah janin dalam uterus. Tekanan terhadap penurunan kepala menyebabkan terjadinya pertambahannya fleksi occiput turun mendahului sinciput. UUK lebih rendah dari pada bregma dan dagu janin mendekati dadanya. Biasanya terjadi di PAP tetapi mungkin pula baru sempurna setelah bagian terendah mencapai dasar panggul. Efek fleksi yaitu untuk merubah diameter terendah dari

occipitofrontalis menjadi subocciput bregmatica yang lebih ke diameter transversa atau oblique cil dan lebih bulat (Rahayu, 2017).



Gambar 2.3

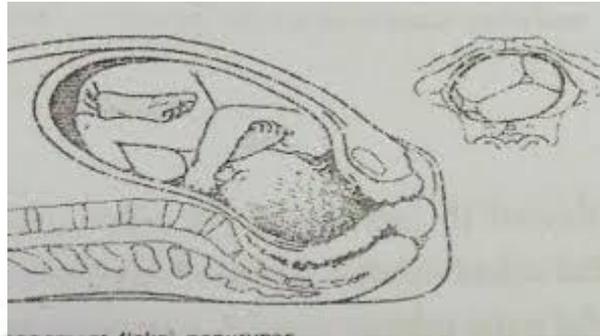
Fleksi

Sumber:

<https://fk.unud.ac.id/obgin/wpcontent/uploads/2015/04/dampakkehamilandanpersalinanterhadapdasarpangul.pdf>

4. Putaran paksi dalam

Pemutaran dari bagian depan memutar ke depan ke bawah symphysis. Putaran paksi dalam mutlak perlu untuk kelahiran karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan bawah panggul (Marmi, 2016).



Gambar 2.4
Putar paksi dalam

Sumber:

<https://fk.unud.ac.id/obgin/wpcontent/uploads/2015/04/dampakkehamilandanpersalinanterhadapdasar panggul.pdf>

5. Ekstensi

Saat kepala janin mencapai perineum, kepala akan mengalami defleksi ke arah anterior oleh perineum. Mula-mula occiput melewati permukaan bawah simfisis pubis. Kemudian kepala muncul keluar akibat ekstensi, pertama-tama occiput, wajah dan akhirnya dagu.



Gambar 2.5
Ekstensi
Sumber:

<https://fk.unud.ac.id/obgin/wpcontent/uploads/2015/04/dampakkehamilandanpersalinanterhadapdasarpangul.pdf>

6. Putaran paksi luar

Setelah seluruh kepala sudah lahir terjadi putaran kepala ke arah posisi pada saat engagement. Dengan demikian bahu depan dan belakang dilahirkan lebih dahulu dan diikuti dada, perut, bokong, dan seluruh tungkai panggul (Marmi, 2016)

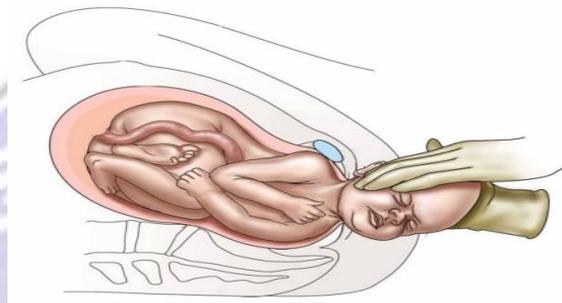


Gambar 2.7
Ektensi
Sumber:

<https://fk.unud.ac.id/obgin/wpcontent/uploads/2015/04/dampakkehamilandanpersalinanterhadapdasarpangul.pdf>

7. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar bahu depan sampai dibawah symphysis dan menjadi hypomoklin untuk melahirkan bahu belakan. Kemudian bahu depan menyusun dan selanjutnya seluruh badan bayi dilahirkan searah dengan paksi jalan lahir (Marmi, 2016).



Gambar 2.8

Ekspulsi

Sumber:

<https://fk.unud.ac.id/obgin/wpcontent/uploads/2015/04/dampakkehamilandanpersalinanterhadapdasarparangul.pdf>

H. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

1. Dukungan fisik

Setiap ibu yang akan memasuki masa persalinan biasanya diliputi rasa takut, khawatir, ataupun cemas, terutama pada ibu primipara. Perasaan takut bias meningkatkan nyeri, otot-otot menjadi tegang, dan ibu menjadi cepat lelah, yang pada akhirnya akan menghambat proses persalinaan (Trirestuti, 2018).

Bidan adalah orang yang diharapkan ibu sebagai pendamping persalinan yang dapat diandalkan serta mampu memberikan dukungan, bimbingan dan pertolongan persalinan. Asuhan yang sifatnya mendukung selama persalinan merupakan suatu standar pelayanan kebidanan. Dukungan dapat diberikan oleh orang-orang terdekat pasien (suami, keluarga, teman, perawat, bidan, maupun dokter) (Trirestuti, 2018).

2. Kebutuhan makanan dan cairan

Makanan padat tidak boleh diberikan selama persalinan aktif, karena makanan padat lebih lama tinggal dalam lambung daripada makanan cair, sehingga proses pencernaan berjalan lebih lambat selama persalinan. Bila ada pemberian obat juga dapat merangsang terjadinya mual/muntah, yang bias mengakibatkan terjadinya aspirasi ke dalam paru-paru (Trirestuti, 2018).

Untuk mencegah dehidrasi, pasien boleh diberi minuman segar (jus buah, sup dll) selama proses persalinan, namun bila mual atau muntah dapat diberikan cairan IV R (Maharani, 2017).

3. Kebutuhan eliminasi

Kandung kencing 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, karena kandung kencing

yang penuh akan menghambat penurunan bagian terbawah janin. Selain itu juga akan meningkatkan rasa tidak nyaman yang tidak dikenali pasien, karena bersamaan dengan munculnya kontraksi uterus (Maharani, 2017).

4. Positioning dan aktifitas

Persalihan dan kelahiran merupakan suatu peristiwa normal, tanpa disadari, dan mau tidak mau harus berlangsung. Untuk membantu ibu agar tetap tenang dan rileks, bisa mungkin bidan tidak boleh memaksakan pemilihan posisi yang diinginkan oleh ibu dalam persalinannya. Sebaliknya, peranan bidan adalah mendukung ibu dalam pemilihan posisi apapun, menyarankan alternatif-alternatif hanya apabila tindakan ibu tidak efektif atau membahayakan bagi diri sendiri maupun bagi bayinya. Bila ada anggota keluarga yang hadir untuk melayani sebagai pendamping ibu, bidan bisa menawarkan dukungan pada orang yang mendampingi ibu tersebut (Maharani, 2017).

Bidan memberitahu ibu bahwa ia tidak perlu terlentang terus menerus dalam masa persalinannya. Jika ibu sudah semakin putus asa dan merasa tidak nyaman, bidan bisa mengambil tindakan-tindakan yang positif untuk mengubah kebiasaan atau mengubah setting tempat yang sudah ditentukan (misalnya menyarankan ibu agar ibu berdiri atau berjalan-jalan). Bidan harus menciptakan suasana yang nyaman dan tidak menunjukkan ekspresi terburu-buru, sambil memberikan kepastian yang menyenangkan serta pujian (Maharani, 2017).

5. Pengurangan rasa sakit

a. Posisi ibu dan perubahan posisi

Studi dari berbagai kultur terhadap pilihan-pilihan posisi perempuan selama persalinan meyakini bahwa perempuan mempunyai kecenderungan untuk memilih macam-macam posisi, dan sering mengubah posisinya selama proses persalinan.

Perubahan posisi, termasuk ambulasi telah diteliti hubungannya dengan pemakaian medikasi minimal untuk mengurangi nyeri persalinan, kontraksi uterus menjadi lebih efektif dan meningkatkan kesadaran ibu terhadap pengaturan kelahiran.

b. Pijatan

Pijatan digunakan untuk membantu relaksasi dan menurunkan nyeri melalui peningkatan aliran darah pada daerah-daerah yang terpengaruh, merangsang reseptor-reseptor raba kulit sehingga merilekskan otot-otot, mengubah suhu kulit dan secara umum memberikan perasaan nyaman yang berhubungan dengan kecerahan hubungan manusia.

c. Tekanan yang kuat

d. Distraksi

e. Teknik deep relaxation pada proses persalinan (Asrinah dkk, 2010).

I. Perubahan Fisiologis Persalinan

Perubahan fisiologis dalam persalinan menurut (Prihartini, 2018) meliputi :

a). Perubahan Uterus

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

1. Kontraksi uterus yang dimulai dari fundus uteri dan menyebar ke depan dan ke bawah abdomen
2. Segmen Atas Rahim (SAR) dan Segmen Bawah Rahim (SBR)
 - a. SAR dibentuk oleh corpus uteri yang bersifat aktif dan berkontraksi. Dinding akan bertambah tebal dengan majunya persalinan sehingga mendorong bayi keluar
 - b. SBR dibentuk oleh istmus uteri bersifat aktif relokasi dan dilatasi. Dilatasi makin tipis karena terus diregang dengan majunya persalinan

b). Perubahan Bentuk Rahim

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

1. Ukuran melintang menjadi turun, akibatnya lengkungan punggung bayi turun menjadi lurus, bagian atas bayi tertekan fundus, dan bagian tertekan Pintu Atas Panggul.
2. Rahim bertambah panjang sehingga otot-otot memanjang diregang dan menarik. Segmen bawah rahim dan serviks akibatnya menimbulkan terjadinya pembukaan serviks sehingga Segmen Atas Rahim (SAR) dan Segmen Bawah Rahim (SBR) (Walyani, 2016).

c. Faal ligamentum rotundum

1. Pada kontraksi, fundus yang tadinya bersandar pada tulang punggung berpindah ke depan mendesak dinding perut depan ke arah depan. Perubahan letak uterus pada waktu kontraksi ini penting karena menyebabkan sumbu rahim menjadi searah dengan sumbu jalan lahir.
2. Dengan adanya kontraksi dari ligamentum rotundum, fundus uteri tertambat sehingga waktu kontraksi fundus tidak dapat naik ke atas (Walyani, 2016).

d. Perubahan Serviks

1. Pendataran serviks/Effacement Pendataran serviks adalah pemendekan kanalis servikalis dari 1-2 cm menjadi satu lubang saja dengan pinggir yang tipis.
2. Pembukaan serviks adalah pembesaran dari ostium eksternum yang tadinya berupa suatu lubang dengan diameter beberapa milimeter menjadi lubang dengan diameter kira-kira 10 cm yang dapat dilalui bayi. Saat pembukaan lengkap, bibir portio tidak teraba lagi. SBR, serviks dan vagina telah merupakan satu saluran (Nurhayati, 2019).

e. Perubahan Pada Sistem Urinaria

Pada akhir bulan ke 9, pemeriksaan fundus uteri menjadi lebih rendah, kepala janin mulai masuk Pintu Atas Panggul dan menyebabkan kandung kencing tertekan sehingga merangsang ibu untuk sering kencing. Pada kala I, adanya kontraksi uterus/his menyebabkan kandung kencing semakin tertekan.

Poliuria sering terjadi selama persalinan, hal ini kemungkinan disebabkan karena peningkatan cardiac output, peningkatan filtrasi glomerulus, dan peningkatan aliran plasma ginjal. Poliuri akan berkurang pada posisi terlentang. Proteinuri sedikit dianggap normal dalam persalinan.

Wanita bersalin mungkin tidak menyadari bahwa kandung kemihnya penuh karena intensitas kontraksi uterus dan tekanan bagian presentasi janin atau efek anestesia lokal. Bagaimanapun juga kandung kemih yang penuh dapat menahan penurunan kepala janin dan dapat memicu trauma mukosa kandung kemih selama proses persalinan. Pencegahan (dengan mengingatkan ibu untuk berkemih di sepanjang kala I) adalah penting. Sistem adaptasi ginjal mencakup diaforesis dan peningkatan IWL (Insensible Water Loss) melalui respirasi (Nurhayati, 2019).

f. Perubahan Pada Vagina Dan Dasar Panggul

1. Pada kala I ketuban ikut meregangkan bagian atas vagina sehingga dapat dilalui bayi
2. Setelah ketuban pecah, segala perubahan terutama pada dasar panggul yang ditimbulkan oleh bagian depan bayi menjadi saluran dengan dinding yang tipis.
3. Saat kepala sampai di vulva, lubang vulva menghadap ke depan atas. Dari luar peregangan oleh bagian depan nampak pada perineum yang menonjol dan menjadi tipis sedangkan anus menjadi terbuka.

4. Regangan yang kuat ini dimungkinkan karena bertambahnya pembuluh darah pada bagian vagina dan dasar panggul, tetapi kalau jaringan tersebut robek akan menimbulkan perdarahan banyak (Nurhayati, 2019).

g. Perubahan Sistem Kardiovaskuler (Meliputi Tekanan Darah dan Jantung)

Selama persalinan, curah jantung meningkat 40 % sampai 50 % dibandingkan dengan kadar sebelum persalinan dan sekitar 80% sampai 100 % dibandingkan dengan kadar sebelumnya. Peningkatan curah jantung ini terjadi karena pelepasan katekolamin akibat nyeri dan karena kontraksi otot abdomen dan uterus. Seiring dengan kontraksi uterus sekitar 300 sampai 500 ml darah dipindahkan ke volume darah sentral .

Dalam studi klasik, bahwa nyeri dan ansietas dapat meningkatkan curah jantung sekitar 50 % sampai 60 %. Karena kontraksi uterus dapat menyebabkan kompresi bermakna pada aorta dan arteria iliaka, sebagian besar peningkatan curah jantung dialirkan ke ekstermitas atas dan kepala Pada setiap kontraksi uterus, aliran darah di cabang-cabang arteri uterus yang menyuplai ruang intervilli menurun dengan cepat sesuai dengan besarnya kontraksi. Penurunan ini tidak berhubungan dengan perubahan yang bermakna dalam tekanan perfusi

sistemik, tetapi lebih berhubungan dengan peningkatan tahanan vaskuler lokal di dalam uterus.

Tekanan vena sistemik meningkat saat darah kembali dari vena uterus yang membengkak. Pada kala I, sistolik rata-rata meningkat 10 mmHg dan tekanan diastolik rata-rata meningkat sebesar 5-19 mmHg selama kontraksi, tetapi tekanan tidak banyak berubah. Diantara waktu kontraksi kala II terdapat peningkatan 30/25 mmHg selama kontraksi dari 10/5 sampai 10 mmHg .

Jika wanita mengejan dengan kuat, terjadi kompensasi tekanan darah, seringkali terjadi penurunan tekanan darah secara dramatis saat wanita berhenti mengejan di akhir kontraksi. Perubahan lain dalam persalinan mencakup peningkatan denyut nadi secara perlahan tapi pasti sampai sekitar 100 kali per menit pada persalinan kala II. Frekuensi denyut nadi dapat ditingkatkan lebih jauh oleh dehidrasi, perdarahan, ansietas, nyeri dan obat-obatan tertentu, seperti terbutalin.

Karena perubahan kardiovaskuler yang terjadi selama kontraksi uterus, pengkajian paling akurat untuk mengkaji tanda-tanda vital maternal adalah diantara waktu kontraksi. Pengaturan posisi memiliki efek yang besar pada curah

jantung. Membalikkan posisi wanita bersalin dari miring ke telentang menurunkan curah jantung sebesar 30% .

Tekanan darah meningkat selama kontraksi, kenaikan sistole 15 (10-20) mmhg, kenaikan diastole 5-10 mmHg, diantara kontraksi tekanan kembali pada level sebelum persalinan. Posisi berbaring miring akan mengurangi terjadinya perubahan tekanan darah selama proses kontraksi. Rasa sakit/nyeri, takut dan cemas juga dapat meningkatkan tekanan darah.

Kenaikan detak jantung berkaitan dengan peningkatan metabolisme. Secara dramatis detak jantung naik selama uterus berkontraksi. Antara kontraksi sedikit meningkat dibandingkan sebelum persalinan (Nurhayati, 2019).

h. Perubahan Pada Metabolisme Karbohidrat dan Basal Metabolisme Rate

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

Metabolisme karbohidrat aerob dan anaerob meningkat secara perlahan yang terjadi akibat aktivitas otot rangka dan kecemasan ibu. Peningkatan ini ditandai dengan adanya peningkatan suhu badan ibu, nadi, pernafasan, cardiac output dan hilangnya cairan.

Pada Basal Metabolisme Rate (BMR), dengan adanya kontraksi dan tenaga megejan yang membutuhkan energi yang besar, maka pembuangan juga akan lebih tinggi dan suhu tubuh meningkat. Suhu tubuh akan sedikit meningkat (0,5-1°C) selama proses persalinan dan akan segera turun setelah proses persalinan selesai. Hal ini disebabkan karena adanya peningkatan metabolisme tubuh. Peningkatan suhu tubuh tidak boleh lebih dari 1°C (Trirestuti, 2018).

i. Perubahan Pada Sistem Pernapasan

Dalam persalinan, ibu mengeluarkan lebih banyak CO₂ dalam setiap nafas. Selama kontraksi uterus yang kuat, frekuensi dan kedalaman pernafasan meningkat sebagai respon terhadap peningkatan kebutuhan oksigen akibat penambahan laju metabolik. Rata-rata PaCO₂ menurun dari 32 mm hg pada awal persalinan menjadi 22 mmHg pada akhir kala I. Menahan nafas saat megejan selama kala II persalinan dapat mengurangi pengeluaran CO₂.

Masalah yang umum terjadi adalah hiperventilasi maternal, yang menyebabkan kadar PaCO₂ menurun dibawah 16 sampai 18 mm hg. Kondisi ini dapat dimanifestasikan dengan kesemutan pada tangan dan kaki, kebas dan pusing. Jika pernafasan dangkal dan berlebihan, situasi kebalikan dapat terjadi karena volume rendah. Mengejan yang berlebihan atau berkepanjangan selama Kala II dapat menyebabkan penurunan oksigen sebagai akibat sekunder dari menahan nafas.

Pernafasan sedikit meningkat karena adanya kontraksi uterus dan peningkatan metabolisme dan diafragma tertekan oleh janin. Hiperventilasi yang lama dianggap tidak normal dan dapat menyebabkan terjadinya alkalosis (Trirestuti, 2018).

j. Perubahan Pada Gastrointestinal

Motilitas lambung dan absorpsi makanan padat secara substansial berkurang banyak sekali selama persalinan aktif dan waktu pengosongan lambung. Efek ini dapat memburuk setelah pemberian narkotik. Banyak wanita mengalami mual muntah saat persalinan berlangsung, khususnya selama fase transisi pada kala I persalinan. Selain itu pengeluaran getah lambung yang berkurang menyebabkan aktifitas pencernaan berhenti dan pengosongan lambung menjadi sangat lamban.

Cairan meninggalkan perut dalam tempo yang biasa. Mual atau muntah terjadi sampai ibu mencapai akhir kala I.

Ketidaknyamanan lain mencakup dehidrasi dan bibir kering akibat bernafas melalui mulut. Karena resiko mual dan muntah, beberapa fasilitas pelayanan bersalin membatasi asupan oral selama persalinan. Es batu biasanya diberikan untuk mengurangi ketidaknyaman akibat kekeringan mulut dan bibir. Beberapa fasilitas layanan lain mengizinkan minum air putih, jus dan ice pop. Banyak fasilitas lain memberikan asupan cairan melalui intravena.

Kadar natrium dan klorida dalam plasma dapat menurun sebagai akibat absorpsi gastrointestinal, nafas terengah-engah, dan diaforesis (perspirasi) selama persalinan dan kelahiran. Poliuri (sering berkemih) merupakan hal yang biasa terjadi. Penurunan asupan cairan oral akibat mual dan muntah, ketidaknyamanan dan pemberian analgetik atau anestesi dapat lebih jauh mengubah keseimbangan cairan dan elektrolit (Trirestuti, 2018).

k. Kadar Pada Hemtologi

Hemoglobin akan meningkat selama persalinan sebesar 1,2 gr % dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan pada hari pertama pasca persalinan kecuali terjadi perdarahan.

Peningkatan leukosit secara progresif pada awal kala I (5.000) hingga mencapai ukuran jumlah maksimal pada pembukaan lengkap (15.000). Haemoglobin akan meningkat selama persalinan sebesar 1,2 gr % dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan pada hari pertama pasca persalinan kecuali terjadi perdarahan. Peningkatan leukosit terjadi secara progresif pada awal kala I (5.000) hingga mencapai ukuran jumlah maksimal pada pembukaan lengkap (15.000). Selama persalinan waktu pembekuan darah sedikit menurun, tetapi kadar fibrinogen plasma meningkat. Gula darah akan turun selama persalinan dan semakin menurun pada persalinan lama, hal ini disebabkan karena aktifitas uterus dan muskulus skeletal (Walyani, 2016).

J. Perubahan Psikologis Pada Persalinan

a. Pengalaman sebelumnya

Fokus wanita adalah pada dirinya sendiri dan fokus pada dirinya sendiri ini timbul ambivalensi mengenai kehamilan seiring usahanya menghadapi pengalaman yang buruk yang pernah ia alami sebelumnya, efek kehamilan terhadap kehidupannya kelak, tanggung jawab ,yang baru atau tambahan yang akan di tanggunginya, kecemasan yang berhubungan dengan kemampuannya untuk nenjadi seorang ibu.

b. Kesiapan emosi

Tingkat emosi pada ibu bersalin cenderung kurang bias terkendali yang diakibatkan 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.

c. 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.

d. 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 (Asrinah dkk, 2010).

K. Patograf

Patograf dipakai untuk memantau kemajuan persalinan dan membantu kesehatan dalam menentukan kebutuhan dalam hati. Penerapan patograf ditunjukkan pada kehamilan normal yang direncanakan untuk persalinan pervaginam. Hal ini memperhatikan garis waspada dan garis bertindak sebagai titik oleh evaluasi pertolongan persalinan (Trirestuti, 2018).

Untuk menggunakan patograf dengan benar, petugas harus mencatat kondisi ibu dan janinnya, yaitu :

1. Denyut jantung janin

Batas normal antara 120-160 kali/menit. Penilaian denyut jantung janin dilakukan setiap $\frac{1}{2}$ jam selama 1 menit ().

2. Air ketuban

Catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina. Tanda U selaput utuh, dan tanda J selaput pecah dan air ketuban jernih, tanda M air ketuban bercampur dengan mekonium, tanda D air ketuban minimal atau kering.

3. Molase (penyusunan tulang kepala janin)

Penyusun yaitu indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri dengan bagian keras panggul ini. Catat temuan setiap kali melakukan pemeriksaan dengan menggunakan lambang-lambang berikut :

- a. 0 : tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi.
- b. 1 : tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.
- c. 2 : tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tapi masih bisa dipisahkan.
- d. 3 : tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

4. Permukaan mulut rahim

Dinilai pada saat pemeriksaan pervaginaan dan diberi tanda silang (x)

5. Penurunan bagian terbawah rahim

Dibagi menjadi 5 kategori dengan simbol 5/5 sampai 0/5. Simbol untuk 5/5 menyatakan bahwa bagian kepala janin belum memasuki tepi atas simfisi pubis, dan sedangkan 0/5 menyatakan bahwa bagian kepala janin sudah tidak dapat lagi dipalpasi diatas simfisis pubis dan diberi tanda (o) pada garis yang sesuai (Trirestuti, 2018).

6. Jam dan waktu

Bagian bawah patograf tertera kota-kotak diberi angka 1-6 setiap kotak menyatakan waktu satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan (Trirestuti, 2018).

7. Kontraksi uterus

Catatan setiap setengah jam, lakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya masing-masing kontraksi dalam hitungan detik. Nyatanya lamanya kontraksi dengan :

- a. Beri titik-titik di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik.
- b. Beri garis-garis dikotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik.
- c. Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya lebih dari 40 (Trirestuti, 2018).

8. Oksitosin

Bila memakai oksitosin, catatlah banyaknya oksitosin per volume cairan infuse dan dalam tetesan per menit (Trirestuti, 2018).

9. Obat-obatan lain dan cairan

Catat semua pemberian obat tambahan dan cairan IV dalam kotak yang sesuai (Trirestuti, 2018).

10. Nadi, tekanan darah dan temperature tubuh

Menurut (Trirestuti, 2018). Angka disebelah kiri patograf berkaitan dengan nadi dan tekanan darah ibu.

- a. Catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan, beri tanda titik pada kolom yang sesuai.
- b. Catat tekanan darah ibu setiap 4 jam selama fase aktif persalinan, beri tanda panah pada kolom waktu yang sesuai.
- c. Catat temperature tubuh ibu setiap 2 jam pada kotak yang sesuai.

11. Protein, aseton, dan volume urine

Catat setiap kali ibu berkemih (Trirestuti, 2018).

L. Penyulit Dan Komplikasi Persalinan

1. Inertia Uteri

Inertia uteri adalah perpanjangan fase laten atau fase aktif atau kedua-duanya dari kala pembukaan. Pemanjangan fase laten dapat disebabkan oleh serviks yang belum matang atau karena penggunaan analgetik yang terlalu dini. Inertia uteri merupakan kelainan his yang kekuatannya tidak adekuat untuk melakukan pembukaan serviks atau mendorong janin keluar (Nurhayati, 2019)

Penyebab inertia uteri :

Penggunaan analgetik terlalu cepat, kesempitan panggul, letak defleksi, kelainan posisi, regangan dinding rahim (hidramnion, kehamilan ganda) dan perasaan takut dari ibu.

Komplikasi yang mungkin terjadi :

Inertia uteri dapat menyebabkan persalinan yang akan berlangsung lama dengan akibat buruk terhadap ibu dan janin (infeksi, kehabisan tenaga, dehidrasi dan lain-lain).

- a. Inertia uteri dapat menyebabkan kematian atau kesakitan.
- b. Kemungkinan infeksi bertambah dan juga meingkatnya kematian perinatal.

Kehabisan tenaga ibu dan dehidrasi : tanda-tandanya denyut nadi naik, suhu meninggi, asetonuria, nafas cepat, meteorismus dan turgor berkurang.

Penanganan :

- a. Keadaan umum penderita harus diperbaiki. Gizi selama kehamilan harus diperhatikan.
- b. Penderita dipersiapkan menghadapi persalinan dan dijelaskan tentang kemungkinan yang ada.
- c. Pada inersia primer, setelah dipastikan penderita masuk dalam persalinan, evaluasi kemajuan persalinan 12 jam, kemudian dengan periksa dalam. Jika pembukaan kurang dari 3 cm. portio tebal lebih dari 1 cm, penderita

diistirahatkan, berikan sedative sehingga pasien dapat tidur, mungkin dalam “*false labour*”. Jika setelah 12 jam berikutnya tetap ada his tanpa ada kemajuan persalinan, ketuban dipecahkan dan his di perbaiki dengan infus pitosin, perlu diingat bahwa persalinan harus diselesaikan dalam waktu 24 jam setelah ketuban pecah agar prognosis janin tetap baik.

d. Pada inersia uteri sekunder, dalam fase aktif, harus segera dilakukan :

- 1) Penilaian cermat apakah ada disproporsi sevalopelvik dengan pelvimetri klinik atau radiologi. Bila CPD maka persalinan segera diakhiri dengan section cesarean.
- 2) Bila tidak ada CPD, ketuban dipecahkan dan diberi Pitocin infus.
- 3) Bila kemajuan persalinan kembali 2 jam setelah his baik. Bila ada kemjuan, persalinan diakhiri dengan section cesarean.
- 4) Pada akhir kala I atau pada kala II bila syarat ekstrasi vakum atau cunam dipenuhi, maka persalinan dapat segera diakhiri dengan bantuan alat tersebut. Hampir 50% kelainan his pada fase aktif disebabkan atau dihubungkan dengan adanya CPD, sisanya disebabkan oleh faktor lain seperti kelainan posisi janin, pemberian obat sedative atau relaksan terhadap otot uterus dan sebagainya.

2. Distosis Bahu

Distosia bahu terutama disebabkan oleh deformitas panggul, kegagalan bahu untuk melipat ke dalam panggul (missal pada makrosomia) disebabkan oleh fase aktif dan persalinan kala II yang pendek multipara, sehingga penurunan kepala yang terlalu cepat akan menyebabkan bahu tidak melipat pada saat melalui jalan lahir atau kepala telah melalui pintu tengah panggul setelah mengalami pemanjangan kala II sebelum bahu berhasil melipat masuk ke dalam panggul (Nurhayati, 2019).

Teknik pertolongan distosia bahu :

a. Maneuver Mcroberts

baringkan ibu terlentang, minta ibu untuk melipat kedua pahanya sehingga kedua lututnya berada sedekat mungkin dengan dada. Gunakan kedua tangan untuk membantu fleksi maksimal ke paha, baru kepala dapat dilahirkan.

b. Manuver Massanti

minta asisten untuk menekan suprapubik (menekan ke bawah bahu janin) menggunakan telapak tangan bagian bawah. Oleh karena distosia bahu disebabkan karena bahu janin memasuki panggul pada posisi antero-posterior, maka penekanan bahu depan ke satu sisi akan mwnghubah posisi bahu menjadi oblique, sehingga bahu dapat dilahirkan dan dapat melakukan teknik APN.

c. Manuver Rubin

menyusuri bahu depan menggunakan 2 jari, mendekatkan bahu depan ke arah dada (300) dengan menekan dinding belakang bahu depan, bias dilakukan prosedur APN.

d. Maneuver “*Corkscrew*” (woods)

memutar 180° bahu belakang menjadi bahu depan untuk melepaskan bahu depan yang berada di bawah simfisis, sehingga menyebabkan fleski bahu ke arah dada dan pemendekan jarak antara kedua bahu dan dapat dilakukan pertolongan APN.

e. Melahirkan Bahu Belakang (Schwartz & Dixon)

Memasukkan jari tengah dan jari telunjuk mengikuti lengkung sacrum hingga mencapai fosa antecubiti, dengan tekanan jari tengah, lipat lengan bawah ke arah dada, setelah terjadi fleksi tangan, keluarkan lengan dari vagina (menggunakan jari telunjuk untuk melewati dada dan kepala bayi atau seperti mengusap muka), kemudian tarik hingga kebelakang dapat dilahirkan. Bahu depan dapat lahir dengan mudah setelah bahu dan lengan belakang dilahirkan. Bila bahu depan sulit dilahirkan, putar bahu belakang ke depan (jangan menarik lengan bayi tetapi dorong bahu posterior) dan putar bahu depan ke belakang (mendorong anterior bahu depan dengan jari telunjuk dan jari tengah operator) mengikuti arah punggung bayi sehingga bahu depan dapat dilahirkan.

f. Maneuver Roll Over/Gaskin

posisikan ibu menungging, agar memberi ruang untuk mengeluarkan bahu posterior ke arah atas dan bawah.

g. Manuver Zavanelli

jarang sekali maneuver ini dilakukan pada distosia bahu. Maneuver ini hanya dilakukan apabila persalinan dilakukan di meja operasi dan kondisi siap SC. Bayi dapat diselamatkan apabila tidak terjadi kompresi tali pusat (mengembalikan kepala ke dalam jalan lahir, memutar kepala anak menjadi occiput anterior/posterior sesuai dengan arah putaran paksi luar yang sudah terjadi, membuat kepala anak menjadi fleksi secara perlahan dan mendorong kepala ke arah vagina) (Nurhayati, 2019).

3. Antonia uteri

Keadaan lemahnya tonus/kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir (Trirestuti, 2018).

Penyebab :

- a. Overdistensi seperti janin besar, gemeli, hidramnion.
- b. Partus lama atau partus precipitatus.

- c. Kondisi uterus memang jelek seperti usia yang terlalu muda atau terlalu tua, multipara dengan jarak kelahiran terlalu pendek, grande multi para, anemia, hipovolemia dan toksemia.
- d. Plasenta previa dan solusio plasenta.
- e. Myometrium di infiltrasi (masuk dan berdifusinya cairan) oleh darah.
- f. Stimulasi dengan oksitosinnya lama atau penggunaan oksitosin yang berlebihan selama persalinan.
- g. Penggunaan tokolitik.
- h. Anestesi yang dalam atau anestesi lumbal.
- i. Riwayat perdarahan postpartum.
- j. Mal nutrisi.
- k. Karena salah penanganan dalam usaha melahirkan plasenta sebenarnya belum terlepas dari uterus

Penanganan Anterior uteri:

- a. Mintalah bantuan. Segera mobilisasi tenaga yang ada dan siapkan fasilitas tindakan gawat darurat.
- b. Lakukan pemeriksaan cepat keadaan umum ibu termasuk tanda vital (TNSP).

- c. Jika dicurigai adanya syok segera lakukan tindakan. Jika tanda-tanda syok tidak terlihat, ingatlah saat melakukan evaluasi lanjut karena status ibu tersebut dapat memburuk dengan cepat.
- d. Jika terjadi syok, segera mulai penanganan syok, oksigenasi dan pemberian cairan cepat, pemeriksaan golongan darah dan crossmatch perlu dilakukan untuk persiapan transfusi darah.
- e. Pastikan bahwa kontraksi uterus baik.
- f. Lakukan pijatan uterus untuk mengeluarkan bekuan darah. Bekuan darah yang terperangkap di uterus akan menghalangi kontraksi uterus yang efektif. Berikan 10 unit oksitosin IM.
- g. Lakukan kateterisasi, dan pantau cairan keluar-masuk.
- h. Periksa kelengkapan plasenta periksa kemungkinan robekan serviks, vagina dan perineum.
- i. Jika perdarahan terus berlangsung, lakukan uji beku darah.
- j. Setelah perdarahan teratasi (24 jam setelah perdarahan berhenti), periksa kadar hemoglobin.
- k. Jika Hb kurang dari 7 g/dl atau hematocrit kurang dari 20% (anemia berat):berilah sulfas ferrosus 600 mg atau ferosus fumarat 120 mg ditambah asam folat 400 mcg per oral sekali sehari selama 6 bulan.

1. Jika Hb 7-11 g/dl: beri sulfas ferrosus 600 mg atau ferosus fumarat 60 mg ditambah asam folat 400 mcg per oral sekali sehari selama 6 bulan (Trirestuti, 2018).

4. Retensio Plasenta

Retensio plasenta adalah tertahannya atau belum lahirnya plasenta atau melebihi waktu 30 menit setelah bayi dilahirkan (Nurhayati, 2019).

Tanda retensio plasenta :

- a. Terjadi kontraksi rahim, bulat, keras dan terdorong ke atas.
- b. Plasenta terdorong ke atas ke atas segmen bawah rahim.
- c. Tali pusat bertambah panjang.
- d. Terjadi peradahan mendadak.

Penanganan :

- a. Retensio plasenta dengan separasi parsial
 - 1) Tentukan jenis retensio yang terjadi karena berkaitan dengan tindakan yang akan diambil.
 - 2) Regangkan tali pusat dan minta pasien untuk mengedan bila ekspulsi plasenta tidak terjadi, cobakan traksi terkontrol tali pusat.
 - 3) Pasang infus oksitosin 20 unit dalam 50 cc Ns/RL dengan tetesan/menit. Bila perlu kombinasikan dengan misoprostol 400 mg rektal.

- 4) Bila troksi terkontrl gagal, lahirkan plasenta secara hati-hati dan halus.
- 5) Lakukan transfuse darah bila diperlukan
- 6) Berikan antibiotika profilaksis (ampisilin 29 iv/oral dan metronidazole 20 1 g supositorial/oral)
- 7) Segera atasi bila terjadi komplikasi perdarahan hebat, infeksi, syok neutogenik.

b. Plasenta Inkarserata

- 1) Tentukan diagnosis kerja melalui anamnesis, gejala klinik dan pemeriksaan.
- 2) Siapkan peralatan dan bahan yang dibutuhkan untuk menghilangkan kontruksi servik dan melahirkan plasenta.
- 3) Siapkan infus oksitosis 20 IV dalam 500 mg NS/RL dengan 40 tetes/menit untuk mengantisipasi gangguan kontraski yang disebabkan bahan anestesi tersebut.
- 4) Bila prosedur anestesi tidak tersedia tetapi serviks dapat dilalui oelh cunam ovum. Lakukan menuver sekrup untuk melahirkan plasenta. Untuk prosedur tersebut berikan analgesic (tramadol 100 mg IV atau pethidme 50 mg IV dan sedative (diazepam 5 mg IV) pada tabung suntik terpisah.

c. Plasenta Akreta

tanda penting untuk diagnosis pada pemeriksaan luar adalah ikutnya fundus/korpus apabila tali pusat ditarik. Pada pemeriksaan dalam, sulit ditentukan tepi plasenta karena implantasi yang dalam upaya yang dapat dilakukan pada fasilitas pelayanan kesehatan dasar adalah menentukan diagnosis, stabilitas pasien dan rujuk ke RS (Nurhayati, 2019).

5. Inversion Uteri

Inversion uteri adalah keadaan dimana fundus uteri terbalik sebagian atau seluruhnya, ini adalah merupakan komplikasi pada kala III persalinan yang sangat eksterm (Nurhayati, 2019).

Penyebab :

- a. Spontan : grande multipara, Antonia uteri, kelemahan alat kandungan, tekanan intra abdominal yang tinggi (mengejan dan batuk).
- b. Tindakan : cara crade yang berlebihan, tarikan tali pusat, manual plasenta yang dipaksakan, perlekatan plasenta pada dinding rahim.

Penanganan :

- a. Untuk memperkecil kemungkinan terjadinya renjatan vasovagal dan perdarahn maka harus segera dilakukan tindakan reposisi secepat mungkin.

- b. Basuh uterus dengan larutan antiseptik dan tutup dengan kain basah (dengan NaCl) menjelang operasi.
- c. Segera lakukan tindakan resusitasi.
- d. Bila plasenta masih melekat, jangan dilepas oleh karena tindakan ini akan memicu perdarahan hebat. Salah satu teknik reposisi adalah dengan menempatkan jari tangan pada fornix posterior, dorong uterus kembali ke dalam vagina, dorong fundus ke arah umbilicus dan ligamentum uterus menarik uterus kembali ke posisi semula.
- e. Sebagai teknik alternaif. Dengan menggunakan 3-4 jari yang diletakkan pada bagian tengah fundus dilakukan dorongan ke arah umbilicus sampai uterus kembali ke posisi semula. Setelah reposisi berhasil, tangan dalam harus tetap didalam dan menekan fundus uteri. Berikan oksitosin dan setelah terjadi kontraksi, tangan dalam boleh dikeluarkan perlahan agar inversion uteri tidak berulang (Nurhayati, 2019).

6. Prolapse Uteri

Prolapse organ panggul disebut pula sebagai prolapses uteri-prolapsus genitales-prolapsus uterovaginal- "*pelvic relaxation*"-disfungsi dasar panggul-prolapsus urogenitalis atau prolapses dinding vagina. Prolapsus organ panggul terjadi akibat kelemahan atau cedera otot dasar panggul sehingga tidak mampu lagi menyangga

organ panggul. Uterus adalah satu satunya organ yang berada diatas vagina. Bila kandung kemih atau usus begeser maka keduanya akan mednorong dinding vagina. Prolapsus uteri adalah suatu keadaan dimana posisi rahim turun dari tempat asalnya karena otot yang menyangganya agar tetap berada di tempatnya mulai melemah (Trirestuti, 2018).

Penyebab :

Penyebabnya antara lain : partus (melahirkan) berulang-ulang kali dalam jarak yang dekat, partus namun dalam keadaan ada penyulitnya, janin sudah ditarik saat pembukaan jalan lahir belum lengkap, pemaksaan pengeluaran plasenta atau juga reparasi otot-otot dasar panggul yang kurang baik pasaca melahirkan. Jadi, umumnya prolapses uteri terjadi pada masa setelah melahirkan atau masa nifas.

Penanganan :

- a. Latihan otot dasar panggul, yakni dengan melakukan senam kegel. Senam kegel adalah sejenis senam panggul yang digunakan untuk memperkuat otot pangguldan juga otot daerah intim. Cara melakukannya sangat mudah, bias sambil duduk, berbaring atau berdiri, bahkan tanpa diketahui oleh orang lain. Caranya persis seperti saat kita menahan air seni dan menahan buang angin pada waktu yang bersamaan. Rapatkan lubang area intim, tahan selama 5

detik lalu lepaskan sambil membuang nafas. Lakukan berulang-ulang dengan frekuensi lama menahan semakin ditingkatkan hingga 10 detik atau lebih.

- b. Menggunakan cincin pessarium, yakni sejenis cincin yang digunakan untuk menahan rahim agar tidak turun. Pessarium dapat dipakai selama beberapa tahun, asalkan penderita diawasi secara teratur. Lakukan pemeriksaan ulang 2-3 bulan sekali. Vagina diperiksa untuk menentukan ada tidaknya luka, pessarium untuk menentukan ada tidaknya luka, pessarium dibersihkan dan disucihamkan dan kemudian dipasang kembali.
- c. Operasi, yakni dengan tujuan memperbaiki jaringan otot dasar panggul agar ia dapat kembali menahan uterus pada tempatnya, jika sudah tidak ingin hamil lagi maka rahim pun bias dibuang dan diperbaiki jaringannya (Trirestuti, 2018).

M. Pemeriksaan VT

VT atau Vaginal Toucher merupakan pemeriksaan dalam dengan metode memasukkan dua jari pemeriksa (telunjuk dan jari tengah) ke dalam vagina ibu untuk memeriksa pembukaan serviks atau leher rahim apakah telah siap untuk proses kelahiran bayi atau belum. VT ini diinterpretasikan sebagai bukaan 0-10, dimana bukaan 0 itu artinya belum ada pembukaan leher rahim dan bukaan 10 artinya pembukaan telah lengkap sehingga kepala dan badan bayi bias turun untuk mulai

memasuki kala 2 persalinan. Pada fase laten pemeriksaan dalam atau VT dilakukan 4 jam setelah masuk kamar bersalin atau pasien mulai merasakan adanya sakit akibat his dan his yang mulai teratur. Pada fase aktif apabila semua hasil pemeriksaan normal maka pemeriksaan dikerjakan setiap 4 jam (Nurhayati, 2019).

Pemeriksaan VT yaitu :

Vulva, portio, pembukaan, effacement, selaput ketuban, presentasi, denominator, penurunan/hodge, molase, perlimaan, penumbunan (Trirestuti, 2018).

N. Masalah Dalam Persalinan

Masalah dalam persalinan normal disebabkan karena adanya faktor-faktor risiko yang kurang terdeteksi dengan baik pada masa kehamilan sehingga sering terjadinya persalinan macet atau persalinan lama. Kala persalinan lama atau distosia (penyulit) merupakan persalinan yang gagal berjalan secara normal dan menyebabkan kesulitan pada ibu dan bayi, jika persalinan tidak lengkap atau selesai dalam 18 jam pada primipara (wanita yang pertama kali hamil) dan 12 jam pada multipara (wanita yang pernah melahirkan sebelumnya). Berdasarkan (Manuaba,2013), faktor penyebab persalinan lama dibagi menjadi 3 golongan yaitu:

1) Kelainan Tenaga/His (*Power*)

His yang tidak normal dalam kekuatan yang sifatnya menyebabkan masalah pada jalan lahir yang lazim terdapat pada setiap persalinan, tidak dapat diatasi sehingga

persalinan dapat mengalami hambatan atau kemacetan. Jenis-jenis kelainan ini antara lain:

a) Persalinan Hipertonik

Persalinan hipertonik terjadi pada fase laten persalinan, dimana peningkatan frekuensi kontraksi dan penurunan lama kontraksi. Kontraksi menjadi sangat menyakitkan karena sel-sel otot uretus mengalami anoksi, terjadinya dilatasi dan pendataran serviks inefektif, yang menyebabkan kelelahan kelelahan maternal. Kontraksi dapat terganggu dengan pertukaran uteroplasenta dan dapat menyebabkan pada distress janin atau bahkan kematian janin (Manuaba, 2013).

b) Persalinan Hipotonik

Persalinan hipotonik adalah persalinan dengan kontraksi kurang dari tiga kali dengan intensitas ringan sampai sedang selama periode 10 menit dalam fase persalinan aktif. Dilatasi servikal dan penurunan kepala janin sangat lambat atau terhenti. Persalinan ini terjadi ketika serat-serat uterus mengalami perenggangan yang berlebihan karena ukuran bayi yang sangat besar, bayi kembar, hidramnion atau kehamilan yang banyak (multipara). Persalinan hipotonik juga dapat terjadi bila obat-obatan seperti meperedin diberikan pada fase persalinan laten atau ketika distensi usus atau kandung kemih. Walaupun tidak sakit, persalinan seperti itu

dapat menyebabkan keletihan maternal, stress, infeksi, intrauterine, dan pendarahan postpartum. Persalinan yang lama dapat mengarah pada sepsis janin (Manuaba, 2013).

c) Partus Lama

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

- 1) Distres janin terjadi karena gangguan suplai darah dan berkurangnya oksigen, menyebabkan asfiksia janin.
- 2) Ketuban pecah dini (KPD) meningkatkan risiko infeksi dan prolaps tali pusat bila bagian presentasi gagal untuk turun.
- 3) Cedera jaringan lunak atau trauma serebral karena tekanan terus-menerus yang kuat pada kepala janin atau karena kelahiran forseps.

Oleh karena itu, penatalaksanaan kelahiran dengan forsep atau seksio cesarean kemungkinan menjadi penting untuk mengurangi komplikasi persalinan lama.

d) Persalinan Presipitatus

Persalinan presipitatus adalah peristiwa persalinan yang selesai dalam waktu empat jam (Farrer, 2010). Penyebab tersering pada kelahiran presipitatus adalah kurangnya tahanan pada jaringan ibu, hiperaktif kontraksi uterus, dan janin yang kecil terketak pada posisi yang mudah turun. Persalinan demikian sering terjadi pada wanita multipara memiliki riwayat persalinan presipitatus atau memiliki ukuran pelvic yang terlalu besar (Manuaba, 2013). Apabila serviks telah mendarat dan jaringan tetap teregang, maka laserasi jalan lahir, ruptur uterus, dan emboli cairan amnion dapat terjadi. Pendarahan postpartum dapat terjadi karena regangan serabut uterus. Janin beresiko mengalami hipoksia karena penurunan periode relaksasi uterus dan trauma serebral karena kelahiran bayi kemungkinan akan mengalami sufokasi atau aspirasi (Manuaba, 2013).

e) Ketuban Pecah Dini (KPD)

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya selaput ketuban sebelum inpartu, yaitu jika pembukaan primi kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm (Mochtar, 2002). Penyebab KPD belum diketahui, tetapi beberapa bukti menunjukkan bahwa bakteri atau sekresi maternal yang menyebabkan iritasi dapat

menghancurkan selaput ketuban, dan KPD pada trisemester kedua sebagian besar disebabkan oleh serviks yang tidak lagi mengalami kontraksi (inkompeten).

Penyebab kematian janin pada kasus KPD adalah infeksi, saluran pernafasan, prolaps tali pusat dan malpresentasi akan memperburuk kondisi bayi preterm (Champman,2011). Perhatian khusus yang diberikan sehubungan dengan KPD adalah persalinan preterm dan infeksi intrauterine ascending, karena menyebabkan mortalitas janin sebesar 30%.

f) Ruptur Uterus

Ruptur Uterus adalah robeknya otot uterus yang utuh atau bekas jaringan parut pada uterus setelah janin lahir hidup. Ruptur sempurna melibatkan ketiga lapisan otot uterus dan mungkin disebabkan oleh perlemahan jaringan parut pada persalinan cesarean, trauma obstetri, kelainan uterus, atau trauma eksternal (Champman,2011). Tanda-tanda pada ruptur sempurna meliputi rasa sakit yang sangat dan hilangnya kontraksi, perdarahan per vagina kemungkinan terlihat tetapi biasanya tidak parah, dan perdarahan internal. Rupture uterus mengakibatkan janin terdorong ke dalam abdomen menjadi lebih aktif karena mengalami asfiksia, denyut jantung janin (DJJ) menjadi melemah dan kemudian hilang karena janin mati (Champman,2011).

2) Kelainan Janin (Passanger)

Persalinan dapat mengalami kesulitan karena kelainan pada besar/berat janin, kelainan bentuk (seperti asites dan hidrosefalus), kelainan presentasi atau letak (malpresentasi/malposisi), masalah plasenta/tali pusat, masalah cairan amnion/perdarahan, dan kembar/kembar siam. Kelainan janin (passanger) meliputi: (Manuaba, 2013)

a) Distres Janin

Distres janin merupakan kondisi Ketika janin tidak mendapatkan cukup oksigen melalui sirkulasi janin maternal, sehingga menyebabkan hipoksia. Hipoksia pada janin disebabkan oleh faktor-faktor sebagai masalah pada uterus, tali pusat, plasenta, dan janin. Manifestasi terjadinya hipoksia janin adalah melambatnya DJJ, cairan amnion berwarna mekonium, dan hiperaktivitas janin, serta sampel darah kulit kepala janin memperlihatkan pH 7,2 atau kurang. Hipoksia janin yang lebih lama dapat menyebabkan retardasi mental, serebral palsy, dan bahkan kematian (Manuaba, 2013).

b) Ukuran terlalu besar (makrosomia)

Banyak bayi lahir dengan berat badan melebihi 10 pounds (4536 g) pada saat lahir, hal tersebut tidak menguntungkan karena ukuran yang besar sangat menyulitkan kelahiran. Besarnya ukuran tersebut berhubungan dengan beberapa

faktor, termasuk keturunan. Ibu yang mengalami diabetes, dan kehamilan yang Sering (Champman, 2011). Implikasi makrosomia bagi ibu melibatkan distensi uterus, yang menyebabkan peregangan yang berlebihan pada serat-serat uterus. Hal ini menyebabkan disfungsi persalinan yaitu rupture uterus dan peningkatan insiden perdarahan postpartum. Persalinan dapat lebih lama, dan tindakan operasi menjadi lebih dimungkinkan.

c) Hidrosefalus

Hidrosefalus secara harafiah berarti “air kepala”. Hal ini merupakan kondisi abnormal dimana cairan serebrospinal terkumpul pada kepala bayi, menyebabkan perbesaran kepala janin. Persalinan dengan penyulit berupa hidrosefalus pada janin memerlukan beberapa pemeriksaan antepartal, meliputi: Palpasi abdomen antepartal merupakan pemeriksaan antepartal yang dapat membantu dokter untuk mengetahui kemungkinan posisi sungsang, pemeriksaan sonogram diperlukan untuk mengevaluasi cranium dan dengan presentasi vertex, pemeriksaan vagina memberikan hubungan gambaran garis suture antar tulang-tulang tengkorak dan globular kepala. Harapan hidup pada bayi ini sangat minim. Malformasi congenital lain, seperti spinabifida dan mielomeningoel, sering menyertai hidrosefalus. Neonatus mengalami kerusakan otak berat dan mungkin mati selama atau setelah persalinan (Saifuddin, 2014)

d) Kehamilan Ganda Kembar monozigot merupakan kembar identik karena mereka berkembang dari satu ovum yang dibuahi. Kembar dizigotik disebabkan dari pembuahan dua ovum secara terpisah. Kembar ini tidak identik, dan bisa berjenis kelamin yang berbeda. Hereditas, usia, paritas, dan obat-obatan fertilitas mempengaruhi insiden kembar dizigotik. Anomali janin lebih sering terjadi pada kehamilan lebih dari satu (Manuaba, 2013).

e) Malposisi dan malpresentasi

Ketika janin normal dan jalan lahir adekuat, persalinan kemungkinan dapat mengalami penyulit jika posisi bayi abnormal terhadap pelvis ibu. Pada 9 dari 10 persalinan posisi bayi pada saat lahir adalah oksiput anterior. Oleh karena itu, wajah belakang menghadap ibu dan osoccipitale menghadap pubis ibu. kecuali terdapat masalah pada ukuran atau kekuatan uterus, posisi ini memungkinkan bayi untuk lewat melalui jalan lahir yang tidak teratur dengan mengalami sedikit kesulitan (Lestari, 2015).

f) Presentasi Sungsang

Presentasi sungsang terjadi pada 3% sampai 4% dari semua kehamilan. Penyebabnya belum diketahui, tetapi beberapa teori menyebutkan faktor yang berhubungan dengan presentasi sungsang adalah bayi preterm, plasenta previa, hidramnion, kehamilan multipel, dan kelainan kranial janin. Bila dilakukan

persalinan per vagina, persalinan akan mengalami perpanjangan karena kepala tidak dapat bereaksi efektif sebagai pendilatasiseviks, sehingga laserasi, dan episotomi yang lebar mungkin dilakukan. Persalinan per vagina pada presentasi sungsang lebih beresiko mengalami prolaps tali pusat, janin mengalami peningkatan resiko terhadap pendarahan intrakranial; cedera medula spinalis disebabkan oleh regangan dan manipulasi; palsy pleksus brakialis (Lestari, 2015)

g) Kematian janin inera uterin

Intra uteri fetal death (IUFD) merupakan kematian janin dalam rahim, sebelumnya di sebut stillbirth, berhubungan dengan infeksi anomali kongienital. Tanda adanya kematian janin adalah kurangnya gerakan janin yang diikuti dengan menurunnya secara bertahap tanda-tanda dan gejala kehamilan. Denyut jantung bayi menghilang, sonografi memperlihatkan tidak terdapatnya denyutan jantung, dan radiografi menunjukan adanya tonjolan tulang- tulang kepada janin, disebut tanda-tanda spalding (Lestari, 2015).

3) Kelainan Jalan Lahir (Passageway)

Ketika tidak terdapat masalah pada power dan passanger, kelahiran yang berhasil tidak akan terjadi jika passageway (jalan lahir) kontraktur (terlalu kecil) atau jika terjadinya hambatan oleh sumbatan seperti tumor ata faktor lainnya. Kelainan tersebut di antaranya yaitu:

a) Kontraktur pada Tulang Pelvik

Kontraktur pada tulang pelvik merupakan keadaan dimana tulang yang berbentuk seperti corong dari pelvic pasien terlalu sempit pada beberapa menit sehingga tidak dapat dilalui janin. Kontraktur mungkin terjadi pada bagian inlet, midpelvik, atau outlet (Manuaba, 2013). Sebelum kehamilan, pengukuran pelvik dapat dilakukan dengan menggunakan pelvimetri klinik dan X- ray. Selama kehamilan, sonografi dilakukan untuk mengukur kepala janin dengan pelvik. Ketidakselarasan antara kepala janin dengan pelvik ibu disebut sebagai Cephalo Pelvic Disproportional (CPD) seperti yang dinyatakan oleh Macmudah (2010), jika pelvik terlalu kecil sehingga tidak mungkin untuk janin melewati pelvik, maka tidak mungkin diteruskan persalinan vagina. Komplikasi CPD pada maternan dengan persalinan dengan demikian meliputi KPD, ruptur uterus, dan nekrosis jaringan lunak, aternal karena tekanan kepala bayi. Sedangkan komplikasi pada janin meliputi tidak masuk ke dalam inlet, molding yang berlebihan, dan pendarahan intraknial (Manuaba, 2013).

b) Tumor

Penyebab lain pada dystosia (persalinan yang sulit) adalah terdapatnya tumor yang menyumbat sebagian atau keseluruhan jalan lahir. Tumor mungkin terdapat pada uterus, pada serviks, pada vagina, pada ovarium, atau dalam jaringan yang

berdekatan. Tumor tersebut mungkin tidak diketahui sampai pasien mendapatkan perawatan antepartal. Penanganan tumor direncanakan tergantung pada ukuran, posisi, dan tipe tumor, usia pasien, jumlah kehamilan sebelumnya dan usia kehamilan.(Lestari, 2015).

Ketiga kelainan ini dapat menyebabkan persalinan lama, berupa:

- 1) Kelainan kala I, meliputi fase aktif memanjang, fase laten memanjang, dan penurunan kepala janin pada persalinan aktif.
- 2) Kelainan kala II, meliputi kala II memanjang Dalam menghadapi persalinan lama, maka untuk menolong keselamatan ibu dan bayi dalam proses persalinan, sering kali dilakukan tindakan persalinan operatif dengan menggunakan bantuan alat, seperti pada persalinan seksio sesarea.

h. Post date

Kehamilan postdate adalah suatu kehamilan yang berlangsung melebihi 40 minggu atau lebih hari (setiap waktu yang melebihi tanggal perkiraan lahir) (Saifudin, 2014).

Kehamilan postterm adalah suatu kehamilan yang berlangsung pada atau melebihi 42 minggu atau 294 hari dan merupakan salah satu kehamilan yang beresiko tinggi, dimana dapat terjadi komplikasi pada ibu dan janin (Rukiyah, 2012).

Penyebab postdate :

a. Pengeruh progesterone

Penurunan hormone progesterone dalam kehamilan dipercaya merupakan kejadian perubahan endokrin yang penting dalam memacu proses biomolekuler pada persalinan dan meningkatkan sensitivitas uterus terhadap oksitosin.

b. Teori oksitosin

Oksitosin secara fisiologis memegang peranan penting dalam menimbulkan persalinan dan pelepasan oksitosin dari neurohipofisis ibu hamil yang kurang pada usia kehamilan lanjut diduga sebagai salah satu faktor penyebab kehamilan postdate.

c. Syaraf uterus

Tekanan pada ganglion servikalis dari pleksus frankenhauser akan membangkitkan kontraksi uterus. Pada keadaan di mana tidak ada tekanan pada pleksus ini, seperti pada kelainan letak, tali pusat pendek dan bagian bawah masih tinggi (Saifudin, 2014)

2.1.3 Konsep Dasar Masa Nifas

A. Pengertian Masa Nifas

Masa Nifas (Purperium) adalah masa dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandung kemih seperti semula sebelum hamil, yang berlangsung selama 6 minggu atau kurang lebih 40 hari (Fitri, 2017).

Masa Nifas (Puerpremium) yaitu masa setelah plasenta lahir dan berakhirnya ketika alat-alat reproduksi atau kandungan kembali seperti semula atau keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung sekitar 6 minggu (Bahiyatun, 2013).

B. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Asuhan yang diberikan kepada ibu nifas bertujuan untuk :

1. Pencegahan, diagnose dini, dan pengobatan komplikasi pada ibu
2. Meninggalakan kesejahteraan fisik dan psikologis bagi ibu dan bayi
3. Mendukung dan memperkuat keyakinan ibu serta memungkinkan ibu untuk mampu melaksanakan perannya dalam situasi keluarga dan budaya yang khusus
4. Merujuk ibu keasuhan tenaga ahli bilamana perlu
5. Imunisasi ibu terhadap tetanus
6. Mendorong pelaksanaan metode yang sehat tentang pemberian makan anak, serta peningkatan pengembangan hubungan yang baik antara ibu dan anak (Sutanto, 2019).

C. Tahapan Masa Nifas

Dalam (Sutanto, 2019) Masa nifas dibagi menjadi 3 tahap, yaitu :

1) Puerperium dini

Puerperium dini merupakan masa kepulihan, yang dalam hal ini ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama Islam, dianggap bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2) Puerperium intermedial

Puerperium intermedial merupakan masa kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia, yang lamanya sekitar 6- 8 minggu.

3) Remote puerperium

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

D. Perubahan Fisiologi Pada Ibu Nifas Yaitu :

1. Perubahan system reproduksi

Selama masa nifas, alat-alat reproduksi internal maupun eksternal berangsur-angsur kembali ke keadaan sebelum hamil. Perubahan keseluruhan alat genetalia tersebut dinamakan involusi. Pada masa nifas terjadi perubahan penting lainnya (Marliandini, 2015).

Perubahan-perubahan yang terjadi antaranya yaitu :

a. Uterus

Pengerutan rahim (involusi), involusi adalah suatu proses kembalinya uterus pada kondisi dimana wanita sebelum hamil. Involusi uterus ini pada lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi neurotic (layu / mati). Perubahan tersebut dapat dilihat dengan cara melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana letak TFU (Tinggi Fundus Uteri) (Bahiyatun, 2013).

Table 2.2
Proses involusi

Involusi	TFU	Berat uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat, 2 jari dibawah pusat	1.000 gram
1 minggu	Pertengahan pusat simfisi	750 gram
2 minggu	Tidak teraba diatas simfisis	500 gram
6 minggu	normal	50 gram
8 minggu	Normal tapi sebelum	30 gram

	hamil	
--	-------	--

Sumber : (Pitriani, 2014)

b. Lochea

Lochea yaitu ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Berdasarkan waktu lochea dibedakan menjadi beberapa jenis yaitu :

1) Lochea rubra/merah

Lochea ini muncul pada hari ke 1 – 4 masa postpartum. Berwarna merah karena isinya darah dari perobekan / luka pada plasenta.

2) Lochea sanguinolenta

Cairan ini berwarna merah kecoklatan dan berlendir, berlangsung hari ke 4 - 7 hari post partum.

3) Lochea serosa

Lochea ini berwarna kuning kecoklatan mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. berlangsung terjadi pada 7 – 14 hari.

4) Lochea alba/putih

Lochea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lochea alba dapat berlangsung selama 2-6 minggu post partum (Maharani, 2017).

c. Serviks

Perubahan yang terjadi pada serviks ialah bentuk serviks agak menganga seperti corong, segera setelah bayi lahir. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada erbatasan antara korpus dan serviks berbentuk semacam cincin (Maharani, 2017).

Serviks berwarna merah kehitam-hitaman karena penuh dengan pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi atau perlukaan kecil. Karena robekan kecil yang terjadi selama berdilatasi maka serviks tidak akan pernah kembali lagi ke keadaan seperti sebelum hamil (Kumariyah, 2010).

Muara serviks yang berdilatasi sampai 10 cm sewaktu persalinan akan menutup secara perlahan dan bertahap. Setelah bayi lahir, tangan dapat masuk ke dalam rongga rahim. Setelah 2 jam, hanya dapat dimasuki 2-3 jari. Pada minggu ke 6 post partum, serviks sudah menutup kembali (Kumariyah, 2010).

d. Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam waktu 6 – 8 minggu postpartum. 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 menonjol (Kumariyah, 2010).

e. Endometrium

Pada hari kedua atau ketiga pasca persalinan. Stratum superficial menjadi nekrotik bersama lochia. Sedangkan stratum basal yang bersebelahan dengan myometrium tetap utuh dan yang menjadi sumber pembentukan endometrium baru. Endometrium terbentuk dari proliferasi sisa-sisa kelenjar tersebut. Proses pembentukan kembali endometrium berlangsung secara cepat selama masa nifas. Kecuali pada tempat insersi plasenta. Dalam satu minggu atau lebih permukaan bebas menjadi tertutup kembali oleh epitel endometrium dan pulih kembali dalam waktu 3 minggu (Moudy, 2015).

f. Payudara (mamae)

Pada semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi alami. Proses menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologis yaitu produksi susu dan sekresi atau *letdown* menurun (Kumalasari, 2015).

2. Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami konstipasi karena waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan, pengeluaran cairan yg berlebih, kurang makan, haemoroid,

laserasi jalan lahir, pembengkakan perineal yg disebabkan episiotomi. Supaya buang air besar kembali normal, dapat diatasi dengan diet tinggi serat, peningkatan asupan cairan, dan ambulasi awal. Bila tidak berhasil, dalam 2-3 hari dapat diberikan obat laksansia. Selain konstipasi ibu juga mangalami anoreksia akibat penurunan dari sekresi kelenjar pencernaan dan mempengaruhi perubahan sekresi, serta penurunan kebutuhan kalori yang menyebabkan kurang nafsu makan (Kumariyah, 2010).

3. Perubahan Sistem Perkemihan

Kandung kencing dalam masa nifas kurang sensitif dan kapasitasnya akan bertambah, mencapai 3000 ml per hari pada 2 – 5 hari post partum. Hal ini akan mengakibatkan kandung kencing penuh. Sisa urine dan trauma pada dinding kandung kencing waktu persalinan memudahkan terjadinya infeksi. Lebih kurang 30 – 60 % wanita mengalami inkontinensial urine selama periode post partum.

Bisa trauma akibat kehamilan dan persalinan, Efek Anestesi dapat meningkatkan rasa penuh pada kandung kemih, dan nyeri perineum terasa lebih lama, Dengan mobilisasi dini bisa mengurangi hal diatas. Dilatasi ureter dan pyelum, normal kembali pada akhir postpartum minggu ke empat (Kumariyah, 2010).

4. Perubahan sistem Musculoskeletal

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

Pada wanita berdiri dihari pertama setelah melahirkan, abdomennya akan menonjol dan membuat wanita tersebut tampak seperti masih hamil. Dalam 2 minggu setelah melahirkan, dinding abdomen wanita itu akan rileks. Diperlukan sekitar 6 minggu untuk dinding abdomen kembali ke keadaan sebelum hamil. Kulit memperoleh kembali elastisitasnya, tetapi sejumlah kecil stria menetap (Kumariyah, 2010).

5. Perubahan sistem Endokrin

Hormon Plasenta menurun setelah persalinan, HCG menurun dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke tujuh sebagai omset pemenuhan mammae pada hari ke- 3 post partum. Pada hormon pituitary prolaktin meningkat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH meningkat pada minggu ke- 3.

Lamanya seorang wanita mendapatkan menstruasi juga dapat dipengerahui oleh factor menyusui. Sering kali menstruasi pertama ini bersifat anovulasi karena rendahnya kadar estrogen dan progesterone. Setelah persalinan terjadi penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktifitas prolactin juga sedang meningkat

dapat mempengaruhi kelenjar mammae dalam menghasilkan ASI (Kumariyah, 2010).

6. Perubahan sistem Kardiovaskuler

Pada keadaan setelah melahirkan perubahan volume darah bergantung beberapa faktor, misalnya kehilangan darah, curah jantung meningkat serta perubahan hematologi yaitu fibrinogen dan plasma agak menurun dan Selama minggu-minggu kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma, leukositosis serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun dan faktor pembekuan darah meningkat.

Perubahan tanda- tanda vital yang terjadi masa nifas

- a. Suhu badan Dalam 24 jam postpartum, suhu badan akan meningkat sedikit ($37,5 - 38^{\circ}\text{C}$) sebagai akibat kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Apabila dalam keadaan normal suhu badan akan menjadi biasa. Biasanya pada hari ke-3 suhu badan naik lagi karena adanya pembekuan ASI.
- b. Nadi Denyut nadi normal pada orang dewasa adalah 60-80 kali permenit. Denyut nadi setelah melahirkan biasanya akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100x/menit adalah abnormal dan hal ini menunjukkan adanya kemungkinan infeksi.

- c. Tekanan Darah Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena adanya perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat postpartum dapat menandakan terjadinya preeklamsi postpartum.

7. Perubahan sistem Hematologi

Leukositosis, yang meningkatkan jumlah sel darah yang putih hingga 15.000 selama proses persalinan, tetap meningkat untuk sepasang hari pertama postpartum. Jumlah sel darah putih dapat menjadi lebih meningkat hingga 25.000 atau 30.000 tanpa mengalami patologis jika wanita mengalami proses persalinan diperlama. Meskipun demikian, berbagai tipe infeksi mungkin dapat dikesampingkan dalam temuan tersebut.

Jumlah normal kehilangan darah dalam persalinan pervaginam 500 ml, seksio secaria 1000 ml, histerektomi secaria 1500 ml. Total darah yang hilang hingga akhir masa postpartum sebanyak 1500 ml, yaitu 200-500 ml pada saat persalinan, 500-800 ml pada minggu pertama postpartum \pm 500 ml pada saat puerperium selanjutnya. Total volume darah kembali normal setelah 3 minggu postpartum. Jumlah hemoglobin normal akan kembali pada 4-6 minggu postpartum.

E. Perubahan Psikologis Pada Masa Nifas

Tahapan masa nifas menurut Reva Rubin (Pitriani, 2014) yaitu :

1. Periode Taking In (hari ke 1 – 2 setelah melahirkan)

- a. Ibu masih pasif dan terganggu dengan orang lain
- b. Perhatian ibu tertuju pada kekhawatiran perubahan tubuhnya
- c. Ibu akan mengulangi pengalaman waktu melahirkan

Nafsu makan ibu biasanya akan bertambah sehingga membutuhkan peningkatan nutrisi. Kurangnya nafsu makan menandakan proses pengembalian kondisi tubuh tidak berlangsung normal.

- d. Memerlukan ketenangan dalam mengembalikan keadaan tubuh ke kondisi normal.

2. Periode taking on/taking hold (hari ke 2-4 setelah melahirkan)

- a. Ibu memfokuskan perhatian pada pengontrolan fungsi tubuh, BAK, BAB, dan daya tahan tubuh.
- b. Ibu memperhatikan kemampuan menjadi orang tua dan meningkatkan tanggung jawab akan bayinya.
- c. Ibu cenderung terbuka menerima nasehat bidan dan kritikan pribadi

- d. Ibu berusaha untuk menguasai keterampilan merawat bayi seperti menyusui, menggendong, memandikan dan menggantikan popok.
- e. Kemungkinan ibu mengalami depresi postpartum karena merasa tidak mampu membesarkan bayinya

3. Periode letting go

- a. Terjadi pada ibu setelah pulang kerumah dan dipengaruhi oleh dukungan serta perhatian keluarga.
- b. Dalam hal ini mengambil tanggung jawab dalam merawat bayi dan memahami kebutuhan bayi sehingga akan mengurangi hak ibu dalam kebebasan dan hubungans sosial.
- c. Depresi postpartum sering terjadi pada masa ini (Putranti dkk, 2014).

F. Tanda Bahaya Masa Nifas

Menurut (Bahiyatun, 2013) tanda bahaya masa nifas yaitu :

1. Demam tinggi hingga melebihi 38°C
2. Perdarahan pervaginam yang banayak atau yang tiba-tiba bertambah banyak. Disertai gumpalan yang besar-besar dan berbau busuk.

3. Nyeri perut hebat/rasa sakit di bagian bawah abdomen atau punggung, serta nyeri ulu hati
4. Sakit kepala parah/terus menerus dan pandangan nanar/masalah pengelihatan
5. Pembengkakan pada wajah, jari-jari atau tangan
6. Rasa sakit , merah, atau bengkak dibagian betis atau kaki
7. Payudara yang berubah merah, panas dan terasa sakit
8. Puting payudara berdarah atau merekah, sehingga sulit untuk menyusui
9. Tubuh lemas dan terasa seperti mau pingsan, merasa sangat letih atau nafas terengah-engah
10. Kehilangan nafsu makan dalam waktu lama
11. Tidak bias buang air besar selama tiga hari atau rasa sakit waktu buang air kecil
12. Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengasuh bayinya atau diri sendiri

G. Kebutuhan Dasar Pada Masa Nifas

1. Energi

Sumber energi terdiri dari karbohidrat dan lemak. Sumber energi ini berguna untuk pembakaran tubuh, pembentukan jaringan baru, penghematan protein (jika sumber tenaga kurang). Zat gizi sebagai sumber dari karbohidrat terdiri dari beras, sagu, jagung, tepung terigu dan ubi. Sedangkan zat gizi sumber Lemak adalah

mentega, keju, lemak (hewani) kelapa sawit, minyak sayur, minyak kelapa, dan margarine (nabati) (Maritalia, 2017).

2. Protein

Ibu nifas membutuhkan tambahan protein diatas normal sebesar 20 gram/hari. Dasar ketentuan ini adalah tiap 100 CC ASI mengandung 1,2 gram protein, dengan demikian 830 CC ASI mengandung 10 gram/protein (Maritalia, 2017).

3. Ambulasi dini

Kebijakan untuk secepat mungkin membimbing pasien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya untuk berjalan. Ambulasi dini dilakukan secara berangsur-angsur. Pada persalinan normal, sebaiknya dilakukan setelah 2 jam (ibu boleh miring ke kiri atau ke kanan untuk mencegah adanya trombotis) (Maritalia, 2017).

4. Eliminasi

1. BAK

Ibu besalin akan sulit nyeri dan panas saat buang air kecil kurang lebih selama 1-2 hari, terutama dialami oleh ibu yang baru pertama kali melahirkan melalui persalinan normal BAK secara spontan normalnya terjadi setiap 3-4 jam. Penyebabnya, trauma kandung kemih dan nyeri serta pembengkakan (edema) pada perineum yang mengakibatkan kejang pada saluran kencing.

Ibu bersalin harus diusahakan dapat BAK. Walaupun ibu mengalami gejala seperti diatas agar menghindari kondisi kandung kemih yang penuh, sehingga perlu untuk dilakukan penyadapan karena sekecil apapun bentuk penyadapan akan berpotensi membawa bahaya infeksi (Maritalia, 2017).

2. BAB

Kesulitan BAB bagi ibu bersalin disebabkan oleh trauma usus bawah akibat persalinan sehingga untuk sementara usus tidak berfungsi dengan baik. Faktor psikologis juga turut mempengaruhi. Ibu bersalin umumnya takut BAB karena khawatir perineum robek semakin besar lagi.

Defekasi atau BAB normalnya harus terjadi dalam 3 hari post partum. Apabila terjadi obstipasi dan timbul koprostase hingga *skibala* (feses yang mengeras) tertimbun dalam rectum, akan berpotensi terjadi febris. Bila hal tersebut terjadi dapat dilakukan klisma atau diberi laksan per os (melalui mulut). Biasanya apabila ibu bersalin tidak BAB selama 2 hari setelah persalinan, akan ditolong dengan pemberian spuit gliserine atau obat-obatan (Maritalia, 2017).

5. Kebersihan diri

Kelelahan dan kondisi psikis yang belum stabil, biasanya ibu postpartum masih belum cukup kooperatif untuk membersihkan dirinya, sehingga bidan memberikan

motivasi tanpa mengurangi keaktifan ibu untuk melakukan personal hygiene secara mandiri (Maharani, 2017).

6. Istirahat

Ibu nifas biasanya mengalami sulit tidur, karena adanya perasaan tentang kemampuan merawat bayinya. Ibu akan mengalami gangguan pola tidur karena beban kerja bertambah, ibu harus bangun malam untuk menetek bayinya, mengganti popok dsb. Anjurkan ibu untuk istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Ibu dapat mulai melakukan kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan, dan ibu pergunakan waktu istirahat dengan tidur di siang hari. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal antara lain mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uteri dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya (Maharani, 2017).

7. Seksual

Seksual dapat dilakukan apabila darah sudah berhenti dan luka episiotomi sudah sembuh. Koitus bisa dilakukan pada 3-4 minggu post partum. Libido menurun pada bulan pertama postpartum, dalam hal kecepatan maupun lamanya, begitu pula orgasmenya. Ibu perlu melakukan fase pemanasan (exittement) yang membutuhkan waktu yang lebih lama, hal ini harus diinformasikan pada pasangan suami isteri.

Secara fisik aman untuk melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat melakukan simulasi dengan memasukkan satu atau dua jari ke dalam vagina, apabila sudah tidak terdapat rasa nyeri, maka aman untuk melakukan hubungan suami istri. Meskipun secara psikologis ibu perlu beradaptasi terhadap berbagai perubahan postpartum, mungkin ada rasa ragu, takut dan ketidaknyamanan yang perlu difasilitasi pada ibu. Bidan bisa memfasilitasi proses konseling yang efektif, terjaga privasi ibu dan nyaman tentang seksual sesuai kebutuhan dan kekhawatiran ibu (Maharani, 2017).

8. Latihan senam nifas

Organ-organ tubuh wanita akan kembali lagi sekitar 6 minggu. Oleh sebab itu bila ibu akan berusaha memulihkan dan mengencangkan bentuk tubuhnya hal tersebut dapat dilakukan dengan cara latihan nifas. Senam nifas adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama lahiran sampai dengan hari kesepuluh (Sutanto, 2019).

Tujuan senam nifas yaitu :

- a. Membantu mempercepat pemulihan kondisi ibu
- b. Membantu memulihkan dan mengencangkan otot panggul, perut dan perineum
- c. Mempercepat proses involusi uteri
- d. Membantu mengurangi rasa sakit
- e. Memperlancar pengeluaran lochea

- f. Merelaksasikan otot-otot yang menunjang proses kehamilan dan persalinan
- g. Mengurangi kelaianan dan komplikasi selama masa nifas.

Manfaat senam nifas adalah :

- a. Memperbaiki sikap tubuh dan punggung pasca persalinan
- b. Membantu memperbaiki sirkulasi darah
- c. Membantu ibu lebih rileks dan segar pasca melahirkan
- d. Memperbaiki otot tonus pelvis dan peregangan otot abdomen

Memperbaiki dan memperkuat otot panggul (Sutanto, 2019).

H. Masalah Pada Masa Nifas

1. Payudara Bengkak

Pada masa nifas juga terjadi proses menyusui. Mulainya proses menyusui ditandai dengan payudara membengkak, keras, dan menghitam di sekitar puting susu. Bahkan payudara bengkak pada sebagian ibu disertai dengan rasa nyeri bahkan demam (Maritalia, 2017).

Intervensi :

- a) Anjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin 2 – 3 jam sekali

R/ Sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara.

- b) Anjuran ibu untuk menyusui dikedua payudara

R/ Menyusui disalah satu payudara dapat membuat payudara yang lain menjadi bengkak

c) Lakukan perawatan payudara pada pasca persalinan

R/ yang bertujuan agar otot-otot payudara tidak tegang dan tidak terjadi pembengkakan.

d) Gunakan bra yang kuat untuk menyangga dan tidak menekan payudara.

R/ Bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah pembengkakan dan nyeri yang dialami.

2. Sembelit atau konstipasi

Sembelit pada masa nifas terjadi karena perubahan kadar hormone dan kurangnya gerakan tubuh sehingga fungsi usus menurun (Maritalia, 2017).

Intervensi :

a) Jelaskan pentingnya BAB setelah pasca persalinan

R/ pasien tidak akan menahan BAB jika ada dorongan untuk BAB.

b) Yakinkan kepada pasien jika berjongkok dan mengejan tidak akan menimbulkan kerusakan pada luka jahitan.

R/ menghalangi rasa takut/ cemas kepada pasien untuk melakukan BAB.

c) Anjuran pasien untuk mengonsumsi sayuran dan makanan yang banyak

mengandung serat.

R/ membantu memperlancar BAB

3. Nyeri Luka Jahitan Perineum

Nyeri luka jahitan perineum saat melahirkan normal dapat terasa perih dalam waktu yang cukup lama. Bekas jahitan ini biasanya menjadi gatal sebelum benar-benar kering dan sembuh. Masa penyembuhan yang dibutuhkan adalah sekitar 2-3 minggu setelah melahirkan (Maritalia, 2017).

Intervensi:

- a) Observasi luka jaitan perinium

R/ Untuk mengkaji jaitan perinium dan adanya infeksi

- b) Anjurkan kepada ibu untuk melakukan perawatan perinium yang benar.

R/ Ibu dapat melakukan perawatan perinium dengan benar, dan dapat mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.

- c) Beri analgesik oral (paracetamol 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu)

R/ meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan dapat berkurang.

4. After Pain

After pain yaitu perasaan sakit akibat relaksasi dan kontraksi periodik dari uterus dan menimbulkan nyeri yang bertahan sepanjang masa awal nifas. Nyeri atau perasaan

mulas ini merupakan masalah yang serius jika diabaikan akan berdampak buruk bagi kesehatan ibu dan bayinya (Maritalia, 2017).

Intervensi :

- a) Anjuran kepada ibu untuk mengosongkan kandung kemih jika terasa penuh agar tidak terasa nyeri
R/ Kandungan kemih yang penuh mengakibatkan kontraksi uterus yang tidak optimal dan berdampak pada kram perut
- b) Anjurkan ibu untuk tidur secara terlungkup bantal dibawah perut
R/ posisi ini bertujuan untuk menjaga kontraksi tetap baik dan menghilangkan rasa nyeri
- e) Jika perlu berikan analgesic (Paracetamol, Asam Efenamat, Kodein, Atau Asetaminofen)
R/ Meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang

2.1.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

A. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi Baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai 42

minggu, dengan berat badan lahir 2500 - 4000 gram, dengan nilai apgar > 7 dan tanpa cacat bawaan (Prihartini, 2018).

Bayi baru lahir adalah bayi yang sedang mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan in utero ke kehidupan ektrauteri. Tiga faktor yang mempengaruhi perubahan fungsi dan proses vital neonatus yaitu maturasi, adaptasi, dan toleransi (Yeyeh, 2010).

B. Proses Bayi Baru Lahir

Beberapa proses bayi baru lahir menurut (Yeyeh, 2010) diantaranya :

1. Reaktivitas (*the first period of reactivity*)

Masa ini dimulai saat persalinan hingga berakhir setelah 30 menit. Pada saat ini detak jantung cepat dan populasi tali pusat jelas. Warna kulit terlihat sianosis atau akrosianosis. Selama pada periode ini mata bayi membuka dan bayi memperlihatkan perilaku siaga. Selama periode ini setiap usaha harus dibuat memudahkan kontak ibu dan bayi. Membiarkan ibu memegang bayi untuk mendukung proses pengenalan. Bayi sering disusui pada saat periode ini. Bayi sering mengeluarkan kotoran dengan seketika setelah persalinan dan suara usus pada umumnya terdengar setelah usia 30 menit.

2. Fase Tidur (*period of unresponsive sleep*)

Berlangsung selama 30 menit sampai jam persalinan. Tingkat pernapasan menjadi lebih lambat. Bayi dalam keadaan tidur, suara usus muncul tetapi berkurang. Selama masa tidur memberikan kesempatan pada bayi untuk memulihkan diri dari proses persalinan dan periode transisi ke kehidupan di luar uteri.

3. Periode Reaktivitas II (*the second period of reactivity*)

Berlangsung selama 2 sampai 6 jam setelah persalinan. Jantung bayi labil dan terjadi perubahan warna kulit yang berhubungan dengan stimulasi lingkaran. Tingkat pernapasan bervariasi tergantung pada aktivitasnya. Pemberian makan awal penting dalam mencegah hipoglikemia dan stimulasi pengeluaran kotoran dan pencegahan penyakit kuning.

C. Ciri – Ciri Bayi Baru Lahir Normal

Adapun beberapa ciri-ciri bayi baru lahir, yaitu :

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. Pernapasan : 40 – 60 x/menit
6. Detak jantung : 120 – 160 x/menit

7. Rabut lanugo tidak terlihat, rambut tampak sempurna
8. Kulit kemerah-kemerahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan diliputi verniks kaseosa
9. Kuku agak panjang dan lemas.
10. Genetalia pada perempuan labiya mayora sudah menutupi labiya minora sedangkan pada laki-laki testis sudah masuk ke skrotum/testis sudah turun
11. Reflek isap dan menelan (sucking)sudah terbentuk dengan baik.
12. Reflek moro atau gerakan memeluk jika dikagetkan sudah baik.
13. Reflek grabs atau menggenggam sudah baik.
14. Eliminasi baik, mekonium keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan (Prihartini, 2018).

D. Adaptasi Bayi Baru Lahir

1. Adaptasi pernapasan
 - a. Pernapasan awal dipicu oleh faktor fisik, sensorik dan kimia.
 - b. Faktor fisik meliputi usaha yang diperlukan untuk mengembangkan paru-paru dan mengisi alveolus yang kolpas (yaitu perubahan dan gradient tekanan).
 - c. Faktor sensorik yaitu suhu, bunyi, suara, cahaya, dan penurunan suhu.

- d. Faktor kimia yaitu perubahan dalam darah (penurunan kadar oksigen, peningkatan kadar karbonmonoksida, dan penurunan pH).
- e. Frekuensi pernapasan bayi baru lahir berkisar 30 – 60 kali per menit.
- f. Sekresi lender mulur dapat menyebabkan bayi batuk dan muntah, terutama selama 12 – 18 jam pertama.
- g. Bayi baru lahir lazimnya bernapas melalui hidung. Respon reflek terhadap obstruksi nasal dan membuka mulut untuk mempertahankan jalan napas tidak ada pada sebagian besar bayi sampai 3 minggu setelah kelahiran.

Pernapasan bayi baru lahir normalnya dalam waktu 30 detik setelah kelahiran. Pernapasan ini timbul sebagai akibat aktivitas normal sistem saraf pusat dan perifer yang dibantu oleh beberapa rangsangan lainnya. Semua ini menyebabkan perangsangan pada pusat pernapasan dalam otak yang melanjutkan rangsangan tersebut untuk menggerakkan diafragma, serta otot-otot pernapasan lainnya. Tekanan pada rongga dada bayi saat melalui jalan lahir pervaginaan mengakibatkan paru-paru kehilangan 1/3 dari cairan yang terdapat didalamnya, sehingga tersisa 80 – 100 ml. Setelah bayi lahir cairan yang hilang tersebut digantikan dengan udara (Jenny dkk, 2013).

2. Adaptasi Kardiovaskular

Berbagai perubahan anatomi berlangsung setelah bayi lahir. Ada beberapa perubahan yang terjadi secara cepat dan ada perubahan yang terjadi seiring berjalannya waktu. Sirkulasi perifer yang lambat menyebabkan akrosianosis pada tangan, kaki, dan sekitar mulut bayi. Denyut nadi saat bayi bangun berkisar 120 – 160 kali/menit dan dalam keadaan tidur denyut nadi berkisar 100 kali/menit dan tekanan darah bayi bervariasi yaitu sekitar 80/46 mmHg sesuai dengan ukuran dan tingkat aktivitasnya. Dengan berkembangnya paru-paru pada alveoli akan terjadi peningkatan tekanan oksigen. Sebaliknya, tekanan karbonmonoksida akan mengalami penurunan. Ini mengakibatkan terjadinya penurunan resistansi pembuluh darah dari arteri pulmonalis mengalir ke paru-paru dan ductus arterialis tertutup. Setelah tali pusat dipotong aliran darah dari plasenta berhenti dan feromon ovale tertutup (Prihartini, 2018).

3. Adaptasi Hati

- a. Selama kehidupan janin sampai pada tingkatan tertentu setelah lahir, hati terus membantu pembentukan darah
- b. Selama periode neonatus, hati memproduksi zat esensial untuk pembekuan darah

- c. Penyimpanan zat besi ibu cukup memadai bagi bayi sampai 5 bulan kehidupan ekstrauterin, pada saat ini bayi baru lahir menjadi rentan terhadap defisiensi zat besi
- d. Hati juga mengontrol jumlah bilirubin tak terkonjugasi yang bersirkulasi, pigmen berasal dari hemoglobin dan dilepaskan bersamaan dengan pemecahan sel-sel darah merah
- e. Bilirubin terkonjugasi ekstrasvaskuler lainnya (misalnya kulit, sclera, dan membrane mukosa oral) mengakibatkan wara kuning yang diistilahkan *jaundice* atau icterus (Prihartini, 2018).

4. Adaptasi Imunoglobulin

Bayi baru lahir tidak memiliki sel plasma pada sumsum tulang tidak juga memiliki lamina propia ilium dan apendiks. Plasenta merupakan sawar sehingga fetus bebas dari antigen dan stress imunoglobulin. Pada bayi baru lahir hanya terdapat gemaglobin G, sehingga imunoglobulin dari ibu dapat berpindah melalui plasenta karena berat molekulnya kecil. Tetapi bila ada infeksi yang dapat melalui plasenta (lues, toksoplasma, herpes simpleks dan lain-lain) reaksi imunoglobulin terjadi dengan pembentukan sel plasma serta antibody gama A, G dan M (Lia dkk, 2011).

5. Adaptasi Ginjal

- a. Laju filtrasi glomerulus relatif rendah pada saat lahir, hal ini disebabkan karena oleh tidak ada kuatnya area permukaan kapiler glomerulus.
 - b. Meskipun keterbatasan ini tidak mengancam bayi baru lahir normal, tetapi menghambat kapasitas bayi untuk merespon terhadap stressor.
 - c. Penurunan untuk kemampuan mengekspresikan obat-obatan dan kehilangan cairan yang berlebih mengakibatkan asidosis dan ketidakseimbangannya cairan.
 - d. Sebagian besar bayi baru lahir berkemih dalam waktu 24 jam pertama setelah lahir dan 2 – 6 kali sehari pada 1 – 2 hari pertama kelahiran. Setelah itu mereka akan berkemih 5 – 10 kali dalam 24 jam. Urine dapat keruh karena lender dan garam asam urat, noda kemerahan (debu batu bata) dapat diamati pada popok karena kristal asam urat (Jenny dkk, 2013)
6. Adaptasi Suhu Tubuh
- Ada empat kemungkinan mekanisme yang dapat menyebabkan bayi baru lahir kehilangan panas tubuhnya, yaitu :
- a. Konduksi
- Kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin, seperti: meja, tempat tidur, timbangan yang temperaturnya lebih rendah dari tubuh bayi akan menyerap panas tubuh bayi bila bayi diletakkan di atas benda-benda tersebut (Prihartini, 2018).

b. Konveksi

Kehilangan panas tubuh terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin, ruangan yang dingin, adanya aliran udara dari kipas angin, hembusan udara melalui ventilasi, atau pendingin ruangan (Walyani, 2016).

c. Radiasi

Kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu tubuh lebih rendah dari suhu tubuh bayi, karena benda-benda tersebut menyerap radiasi panas tubuh bayi (walaupun tidak bersentuhan secara langsung) (Walyani, 2016).

d. Evaporasi

Penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri karena setelah lahir, tubuh bayi tidak segera dikeringkan. Kehilangan panas juga terjadi pada bayi yang lahir terlalu cepat dimandikan dan tubuhnya tidak segera dikeringkan dan diselimuti (Prihartini, 2018).

7. Adaptasi Neurologis

Sistem neurologis bayi secara anatomik atau fisiologi belum berkembang secara sempurna. Bayi baru lahir akan menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu labil, control otot buruk, mudah terkejut, dan tremor

pada ekstermitas. Perkembangan neonatus ini sangatlah cepat, saat bayi tumbuh perilaku yang lebih kompleks yaitu : kontrol kepala, senyum, dan meraih dengan tujuan akan berkembang. Reflek bayi merupakan indikator yang sangat penting bagi perkembangannya (Jenny dkk, 2013).

E. Klasifikasi Bayi Baru Lahir

1. Berdasarkan Usia Kehamilan

- a. Neonatus kurang bulan (*preterm infant*) yaitu kurang dari 259 hari atau 37 minggu.
- b. Neonatus cukup bulan (*term infant*) yaitu 259 hari sampai 294 hari atau 42 minggu.
- c. Neonatus lebih bulan (*postern infant*) yaitu lebih dari 294 hari atau 42 minggu (Walyani, 2016).

2. Berdasarkan Berat Lahir

- a. Neonatus berat lahir rendah yaitu kurang dari 2500 gram.
- b. Neonatus berat lahir cukup yaitu antara 2500 sampai 4000 gram.
- c. Neonatus berat lahir lebih yaitu lebih dari 4000 gram.

- d. Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yaitu sesuai untuk masa kehamilan)
- 1) Neonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)
 - 2) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK) (Dewi, 2013).

F. Penilaian APGAR

Penilaian APGAR didasari pada lima aspek yaitu usaha bernafas, frekuensi jantung, reaksi terhadap rangsangan, tonus otot, dan warna kulit. Tes APGAR dilakukan pada menit pertama dan menit ke lima setelah bayi lahir. Tes ini memberikan skor 0 sampai 2 pada saat melakukan pemeriksaan. Nilai 0 untuk keadaan normal dan nilai 2 untuk keadaan baik (Walyani, 2017).

Table 2.3
Tanda APGAR

Tanda	Nilai : 0	Nilai : 1	Nilai : 2
Appearance (warna kulit)	Pucat	Badan merah, ekstermitas biru	Seluruh tubuh kemerah-merahan
Pulse rate (frekuensi nadi)	Tidak ada	Kurang dari 100	Lebih dari 100
Grimace (reaksi rangsangan)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimic (grimace)	Batuk/bersin

Activity (tonus otot)	Tidak ada	Ekstermitas dalam sedikit fleksi	Gerakan aktif
Respiration (pernapasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Baik/menangis

Sumber : (Walyani, 2017)

1. Activity (Aktovitas Otot)

- a. Skor 2 berarti bayi tampak bergerak aktif dan kuat.
- b. Skor 1 berarti bayi bergerak, namun lemah dan tidak aktif.
- c. Skor 0 berarti bayi tidak bergerak sama sekali (Maharani, 2017)

2. Pulse (Denyut Jantung)

- a. Skor 2 berarti jantung bayi berdetak lebih dari 100 kali/menit.
- b. Skor 1 berarti jantung bayi berdetak kurang dari 100 kali/menit.
- c. Skor 0 berarti detak jantung bayi tidak terdeteksi (Maharani, 2017)

3. Grimace (Respond dan Refleks Bayi)

- a. Skor 2 berarti bayi meringis, batuk atau menangis secara spontan dan dapat menarik kaki atau tangan ketika diberi rangsangan nyeri, seperti cubitan ringan atau sentilan di kaki.
- b. Skor 1 berarti bayi hanya meringis atau menangis hanya saat diberikan rangsangan.

- c. Skor 0 berarti bayi tidak menunjukkan respons sama sekali terhadap rangsangan yang diberikan (Maharani, 2017)

4. Appearance (Warna Tubuh)

- a. Skor 2 jika warna tubuh bayi kemerahan, ini merupakan warna tubuh bayi yang normal.
- b. Skor 1 jika warna tubuh normal, tetapi tangan atau kaki kebiruan.
- c. Skor 0 bila seluruh tubuh bayi sepenuhnya berwarna keabu-abuan, kebiruan, atau pucat (Maharani, 2017)

5. Respiratory (Pernafasan)

- a. Skor 2 jika bayi menangis kuat dan dapat bernapas secara normal.
- b. Skor 1 jika bayi menangis lemah disertai rintihan dan pola napas yang tidak teratur.
- c. Skor 0 jika bayi tidak bernapas sama sekali (Maharani, 2017)

Klasifikasi klinik nilai APGAR :

1. Nilai 7 – 10 : bayi normal
2. Nilai 4 – 6 : bayi asfiksi ringan – sedang
3. Nilai 0 – 3 : bayi asfiksi berat (Maritalia, 2017).

G. Reflek Pada Bayi Baru Lahir

1. Reflek Kedipan (*glaberal reflex*)

Merupakan respon terhadap cahaya yang terang mengidentifikasi normalnya saraf optik (Dewi, 2011).

2. Reflek Mencari (*rooting reflex*)

Ketika pipi atau sudut mulut bayi disentuh, bayi akan menoleh ke arah stimulasi dan membuka mulutnya (Indratani, 2013).

3. Reflek Menghisab (*sucking reflex*)

Rangsangan puting susu pada langit-langit bayi menimbulkan reflek menghisab (Indratani, 2013).

4. Reflek Menoleh (*tonic neck reflex*)

Letakkan bayi pada posisi telentang, putar kepala ke satu sisi dengan badan ditahan, ekstermitas terkeksi pada sisi kepala yang diputar, tetapi ekstermitas pada sisi lain fleksibel. Pada saat keadaan normal bayi akan berusaha untuk meningkatkan kepala ketika diputar ke sisi pengujian saraf sensorik (Dewi, 2011).

5. Reflek Menelan (*swallowing reflex*)

ASI didalam mulut bayi mendesak otot-otot didaerah mulut dan faring untuk mengaktifkan reflek menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung bayi (Indratani, 2013).

6. Reflek Terkejut (*moro reflex*)

Ketika bayi kaget akan menunjukkan respin berupa memeluk dengan abduksi dan ekstensi dari ekstremitas atas yang cepat da diikuti dengan aduksi yang lebih lembut dan kemudian timbul fleksi (Indriyani, 2013).

7. Reflek Menggenggam (*grasping reflex*)

Reflek ini terjadi ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah obyek (misalnya jari), respon bayi dalam hal ini yaitu menggenggam dan memegang dengan erat (Marmi, 2012).

8. Reflek Babinsky

Reflek ini terjadi ketika kaki di gores dimulai dari tumit. Gores sisi lateral kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsi reflek (Marmi, 2012).

9. Reflek Ekstruksi

Bayi baru lahir akan menunjukkan lidah keluar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau puting (Marmi, 2012).

10. Reflek Melangkah (*walking reflex*)

Pada reflek ini bayi 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).

11. Reflek Merangkak (*crawling reflex*)

Dalam hal ini bayi akan berusaha untuk merangkak kedepan dengan kedua tangan dan kakinya bila diletakkan terlungkap pada permukaan datar (Marmi, 2012).

H. Kebutuhan Bayi Baru Lahir

Menurut (Damayanti,dkk, 2014) Kebutuhan yang diperlukan oleh bayi baru lahir, yaitu :

1. Nutrisi

Kebutuhan energi bayi baru lahir pertama sangatlah bervariasi menurut usia dan berat badannya. Taksiran kebutuhan selama dua bulan pertama adalah sekitar 120 kkal/kg BB/hari. Secara umum selama 6 bulan bayi membutuhkan energi sebesar 115 – 120 kkal/kg BB/hari.

2. Eliminasi

Urine pertama kali dikeluarkan dalam 24 jam pertama setelahnya dengan frekuensi semakin sering, seiring meningkatnya asupan cairan. Urine encer berwarna kuning dan tidak berbau . Feses pertama kali berwarna kehijauan lengket dan mengandung empedu, asam lemak lender, dan sel epitel. Sejak hari ketiga sampai ke lima kelahiran feses mengalami tahapan transisi menjadi berwarna kuning kecoklatan.

3. Istirahat dan Tidur

Dalam waktu 2 minggu pertama setelah bayi lahir, bayi normalnya sering tidur. Bayi baru lahir sampai malam hari pada usia 3 bulan. Setidaknya ibu selalu menyediakan

selimut dan ruang yang hangat serta memastikan bayi tidak terlalu panas atau terlalu dingin. Jumlah waktu tidur bayi akan berkurang seiring dengan bertambahnya usia bayi.

4. Kebutuhan Kulit

Kebersihan dalam kulit bayi perlu benar-benar di jaga. Walaupun mandi dengan membasahi seluruh tubuh tidak harus dilakukan setiap hari, tetapi bagian seperti muka, bokong, dan tali pusat perlu dibersihkan secara teratur. Sebaiknya untuk memegang bayi diharuskan untuk mencuci tangan terlebih dahulu (Vivian, 2011).

5. Aktivitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan pada tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki, dan tangan pada waktu menangis adalah hal normal akan tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur kemungkinan hal ini gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut (Saifuddin, 2010).

6. Keamanan

Dalam hal ini harus diperhatikan menjaga keamanan bayi yaitu dengan tetap menjaganya jangan sekalipun meninggalkan bayi tanpa ada yang menunggu. Selain itu juga perlu untuk menghindari dalam hal memberikan apapun ke mulut bayi selain ASI, karena bayi bisa tersedak dan jangan menggunakan alat penghangat buatan ditempat tidurnya (Vivian, 2011).

I. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

Tanda bahaya bayi baru lahir menurut (Armini, 2017), yaitu :

1. Suhu Tubuh Bayi < 36,5 - > 37,5

Suhu tubuh bayi yang rendah dibawah 36,5 (hipotermi) serta diatas 37,5 ini merupakan salah satu tanda bahaya pada bayi baru lahir. Ciri hipotermi yang bisa dilihat secara langsung yaitu kulit menjadi kebiruan (sianosis), bibir pucat, tubuh menggigil. Sedangkan pada dengan suhu tubuh tinggi atau demam merupakan pertanda bahwa bayi mengalami infeksi sehingga membuat suhu tubuhnya naik. Jika hal tersebut dibiarkan bayi akan mengalami kejang bahkan samapi kehilangan kesadaran.

2. Bayi Mengalami Kejang

Hal ini sering terjadi karena demam. Adapula disebabkan oleh tetanus neonatorum, kejang pada bayi dapat mengancam keselamatan bayi, kejang bayi bisa dikenali dengan salah satu contohnya yaitu bayi kaku dan bola mata terbalik ke atas.

3. Warna Kemerahan Pada Tali Pusat dan Bau Tidak Sedap

Hal ini menunjukkan salah satu adanya infeksi yang terjadi pada tali pusat. Tali pusat yang tidak mengalami infeksi yaitu tali pusat tidak berbau, tidak mengelurkan pus (nanah), tidak kemerahan. Infeksi pada tali pusat dapat disebabkan oleh berbagai hal

terutama ketidaktahuan orang tua cara perawatan tali pusat atau alat untuk memotong tali pusat tidak steril.

4. Lemas dan Tidak Mau Menyusui (*letargi*)

Jika tubuh bayi terlihat lemas dan tidak mau menyusu kepada ibu, biasanya bayi sedang mengalami sakit salah satunya yaitu bayi tidak mau merespon ketika diberi perangsangan.

5. Kulit Bayi Kuning (*ikterus*)

Dalam hal ini dikatakan ikterus apabila bayi terlihat perubahan pada warna kulit bayi menjadi kuning pada waktu 24 jam setelah bayi lahir dan setelah lima hari pada bayi *premature*.

6. Mata Cekung atau Turgor Kulit Menurun

Merupakan pertanda bahwa bayi mengalami dehidrasi (kekurangan cairan). Biasanya sering dimulai dengan bayi yang mengalami diare. Semakin lama bayi mengalami dehidrasi akan menyebabkan bayi meninggal dunia.

J. Masalah Pada Bayi Baru Lahir

Masalah pada bayi baru lahir, yaitu :

1. Hipoglikemia

Pada hal ini konsentrasi glukosa darah bayi lebih rendah dibandingkan konsentrasi rata-rata pada populasi bayi dengan keadaan umur dan BB sama ($>30\text{mg}\%$ pada bayi cukup bulan dan $<20\text{mg}\%$ pada bayi BBLR) (Marmi, 2012).

2. Hipotermi

Suhu normal pada bayi baru lahir yaitu $36,5 - 37,5\text{ }^{\circ}\text{C}$ (suhu ketiak). Gejala awal pada hipotermi yaitu bila suhu dibawah 36° atau kedua kakdi dan tangan teraba dingin. Apabila seluruh tubuh bayi teraba dingin maka bayi sudah mengalami hipotermi sedang (suhu $32 - 36\text{ }^{\circ}\text{C}$) sedangkan dalam hipotermi berat jika suhu tubuh kurang dari 32°C (Marmi, 2012).

3. Seborrhea

Ini adalah suatu peradangan pada kulit bagian atas yang menyebabkan timbulnya sisik pada kulit kepala wajah dan pada bagian tubuh lainnya. Biasanya proses pergantian sel-sel pada kulit kepala terjadi secara perlahan-lahan dan tidak terlihat oleh mata (Sudarti dkk, 2010).

4. Ikterus

Ikterus yaitu penyakit kuning yang terdapat pada kulit atau organ lainnya. Hal ini diakibatkan karena peningkatan billirubin. Ikterus dibagi menjadi 2 yaitu ikterus fisiologis dan patologis. Ikterus fisiologis yaitu kadar billirubin indirek tidak melebihi $10\text{mg}\%$ pada neonatus cukup dua bulan dan $12,5\text{mg}\%$ untuk neonatus kurang bulan.

Sedangkan ikterus patologis terjadi pada 24 jam pertama, konsentrasi billirubin serum 12,5mg% pada neonatus cukup bulan atau 10mg% pada neonatus kurang bulan (Marmi, 2012).

5. Miliriasis

Miliriasis yaitu dermatosis yang disebabkan oleh retens keringat akibat tersumbatnya pori kelenjar keringat. Ini juga disebabkan oleh sudamina, biang keringat, ikat tropikus, keringat buntet, dan *pickle heat* (Vivian, 2010).

Biang keringat yaitu gangguan pada kulit berupa ruam kemerahan yang terasa gatal. Biang keringat ini sering terjadi pada bayi balita dan anak-anak walaupun tidak sedikit orang dewasa yang mengalami, terutama saat cuaca panas dan lembab (Djunarko dkk, 2011).

6. Oral Trush

Stomatitis atau sariawan yaitu radang pada rongga mulut (bibir dan lidah) yang disebabkan oleh jamur *candida albicans* atau *moniliasis* dan *hygiene* (Kristiyanasari, 2013). Oral trush adalah lapisan atau bercak-bercak putih kekuningan yang timbul di lidah yang dikelilingi oleh daerah kemerahan (Rukiyah, 2019).

7. Diaper rash

Hal ini terjadi karena kelainan kulit yang timbul akibat terjadinya radang didaerah yang tertutup popok atau di alat kelamin, sekitar dubur, bokong, lipatan paha, dan

perut bagian bawah. Penyakit ini sering terjadi pada bayi dan balita yang menggunakan popok, biasanya pada usia kurang dari tiga tahun tetapi paling banyak pada usia 9 – 12 tahun (Rukiyah , 2019).

8. Muntah dan Gumoh

Muntah dan gumoh merupakan gangguan dalam sistem integument yaitu suatu gangguan yang berhubungan dengan jaringan penutup permukaan tubuh seperti membrane mukosa dan kulit yang sering terjadi dan bersifat relatif ringan. Apabila tidak ditangani secara serius maka hal ini dapat memperburuk kondisi kesehatan bayi dan anak (Rukiyah, 2019).

K. Kunjungan Neonatal

1. Kunjungan Neonatal Ke – 1 (KN 1)

Kunjungan neonatal (KN 1 dan KN 2) diantaranya KN 1 usia 0 – 48 jam dan KN 2 usia 3 – 7 hari. Dalam hal ini yang dilaksanakan yaitu :

- a. Pemberian minum (ASI).
- b. Menjaga kebersihan kulit bayi.
- c. Perawatan tali pusat.
- d. Mendeteksi adanya tanda-tanda bahaya pada bayi.
- e. Kebutuhan istirahat bayi.
- f. Imunisasi (Rukiyah, 2019).

2. Kunjungan Neonatal (KN Lengkap)

Kunjungan neonatal (KN lengkap) dilakukan pada usia 8 – 28 hari setelah lahir.

Asuhan yang diberikan yaitu :

- a. Pemeriksaan ada atau tidak tanda bahaya dan gejala sakit.
- b. Menjaga kehangatan bayi.
- c. Memberikan ASI eksklusif.
- d. Perawatan tali pusat (Rukiyah, 2019).

L. Penyuluhan Sebelum Bayi Pulang

1. Perawatan Tali Pusat

Bidan hendaknya menasehati ibu dan keluarga agar tidak memberikan apapun di daerah sekitar tali pusat, karena dapat mengakibatkan infeksi. Hal tersebut disebabkan karena meningkatnya kelembaban (akibat terjadinya penyerapan oleh bahan tersebut) sehingga menciptakan kondisi yang ideal bagi tumbuhnya bakteri (Dewi, 2010).

2. Pemberian ASI atau Menyusui

Beberapa hal yang perlu diberikan kepada ibu sebelum kembali ke rumah, yaitu :

- a. Menyediakan nutrisi yang ideal untuk bayi baru lahir.
- b. Menyediakan antibody untuk melindungi bayi dari infeksi (kolostrum).
- c. Mempercepat kasih sayang ibu dan anak (*bonding attachment*).

d. Posisi bayi menyusui dengan benar dan tanda bayi menghisap dengan benar (Rochmah dkk, 2011).

1) Cara menyusui dengan duduk

Duduk dengan posisi santai dan tegak menggunakan kursi yang rendah agar kaki ibu tidak menggantung dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi. Sebelum menyusui, ASI dikeluarkan sedikit dan dioleskan disekitas areola dan puting susu.

2) Melepas isapan bayi

3) Menyusui berikutnya dimulai dari payudara yang belum terkosongkan (yang dihisap terakhir).

4) Setelah selesai menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan areola sekitarnya dan dibiarkan kering dengan sendirinya.

5) Menyedawakan bayi (Rukiyah, 2019).

3. Jaga kesehatan bayi

Apabila suhu bayi kurang dari 36,5 °C segera hangatkan bayi dengan teknik metode kangguru. Perawatan dengan metode kangguru yaitu perawatan untuk bayi *premature* dengan cara melakukan kontak langsung dengan kulit ibu dengan kulit bayi. Metode ini sangatlah tepat untuk keselamatan bayi yang lahir *premature* atau

atarm. Kehangatan tubuh ibu merupakan sumber panas yang efektif hal ini terjadi apabila ada kontak langsung antara kulit ibu dengan kulit bayi (Rochmah dkk, 2011).

4. Tanda-tanda Bayi

- a. Memberikan pertolongan pertama sesuai dengan kemampuan ibu yang sesuai kebutuhan sampai bayi memperoleh perawatan medis lanjutan.
- b. Membawa bayi ke RS atau klinik terdekat untuk perawatan tindakan segera (Rukiyah, 2019).

5. Imunisasi

Imunisasi berasal dari kata “imun” yang berarti kebal atau resisten. Imunisasi yaitu pemberian kekebalan tubuh terhadap suatu penyakit dengan memasukkan sesuatu ke dalam tubuh agar tubuh tahan terhadap penyakit yang sedang mewabah atau berbahaya bagi seseorang (Lisnawati, 2011). Sedangkan menurut (Dewi, 2010) imunisasi yaitu suatu cara memproduksi imunisasi aktif buatan untuk melindungi diri melawan penyakit tertentu dengan cara memasukkan suatu zat ke dalam tubuh melalui penyuntikkan atau secara oral.

Table 2.4
Jadwal Pemberian Imunisasi

Umur	Vaksin	Keterangan
Saat lahir	HB – 0	Harus diberikan dalam waktu 0 – 7 hari setelah lahir. Dilanjutkan ketika bayi berusia 1 bulan.
1 Bulan	Hepatitis B-2	Diberikan saat bayi berusia 1 bulan, interval HB-1 dan HB-2 adalah 1 bulan. Jika bayinya premature dan HbsAg ibu negatif, maka imunisasi ditunda sampai bayi berusia 2 bulan atau berat badannya 2000 gram.
0 – 2 Bulan	BCG	Dapat diberikan sejak lahir. Apabila BCG akan diberikan ketika bayi berusia lebih dari 3 bulan maka dilakukan pemeriksaan tuberculin terlebih dahulu. Jika hasilnya negatif maka imunisasi BCG boleh dilakukan.
	Polio-1	Diberikan saat kunjungan pertama, untuk bayi yang lahir di RS/RB, polio oral diberikan saat bayi dipulangkan (hal ini dilakukan untuk menghindari transmisi vaksin kepada bayi lain).
3 Bulan	DPT-1	Diberikan pada bayi yang berusia lebih dari 6 minggu.
	Polio-2	Dapat diberikan bersamaan dengan DPT-1, interval pemberian polio 2, 3, 4 tidak kurang dari 4 bulan.

4 Bulan	DPT-2	Dapat diberikan dengan cara terpisah atau kombinasikan dengan Hib-1
	Polio-2	Diberikan bersamaan dengan DPT-2
5 Bulan	DPT-3	Diberikan dengan cara terpisah atau kombinasi 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 usia bayi 9 bulan.

Sumber : (Rukiyah, 2019).

2.1.5 Konsep Dasar KB

A. Pengertian KB

Keluarga berencana adalah usaha untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Untuk mencapai hal-hal tersebut maka dibuatlah beberapa cara atau alternatif untuk mencegah ataupun menunda kehamilan. Cara-cara tersebut termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga (Sulistyaningsih, 2013).

Kontrasepsi adalah pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim. Keluarga berencana adalah tindakan yang membantu pasangan suami istri untuk

menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang sangat diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami iatri serta menentukan jumlah anak dalam keluarga (Affandi, 2014).

B. Tujuan Keluarga Berencana

Adapun tujuan dari KB menurut (Manuaba, 2010)

1. Pengaturan dalam kehamilan.
2. Pendewasaan usia kehamilan.
3. Meningkatkan jumlah peserta KB atas dasar kesadaran sukarela dengan dasar pertimbangan moral dan agama.
4. Peningkatan ketahanan serta kesejahteraan keluarga.
5. Memperbaiki ketahanan dan kesejahteraan ibu, anak, keluarga, dan bangsa.
6. Menurunkan angka kematian pada ibu, bayi, dan anak.
7. Mengurangi angka kelahiran untuk menaikkan taraf hidup rakyat dan bangsa.

C. Sasaran Program KB

Menurut (Handayani, 2010) sasaran program KB dibagi menjadi dua yaitu sasaran secara langsung dan sasaran secara tidak langsung.

1. Sasaran langsung, yaitu pasangan usia subur bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara menggunakan alat kontrasepsi secara berkelanjutan.

2. Sasaran tidak langsung, yaitu pelaksana dan pengelola KB dengan tujuan menurunkan tingkat kelahiran hidup melalui pendekatan kebijaksanaan penduduk terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas dan sejahtera.

D. Dampak Keluarga Berencana

Dampak dari KB, yaitu :

1. Penurunan angka AKI dan AKB .
2. Peningkatan kesejahteraan keluarga.
3. Penanggulangan masalah kesejahteraan reproduksi.
4. Peningkatan derajat kesehatan.
5. Peningkatan mutu dan layanan kesehatan.
6. Pelaksanaan tugas pimpinan dan fungsi dari manajemen dalam penyelenggaraan kenegaraan dan pemerintahan berjalan dengan lancar
7. Peningkatan sistem pengelolaan dan kapasitas SDM (Marmi, 2015).

E. Ruang Lingkup

1. Ruang lingkup menurut program pelayanan KB, yaitu :
 - a. Komunitas Informasi dan Edukasi (KIE)
 - b. Pelayanan Kontrasepsi
 - c. Pelayanan Interfilitas

- d. Konselin
 - e. Pendidikan Seks (Sex Education)
 - f. Konsultasi Pra-Perkawinan dan Konsultasi Perkawinan
 - g. Konsultasi Genetic
 - h. Tes Keganasan
 - i. Adopsi
2. Ruang lingkup program KB secara umum, yaitu :
- a. Keluarga Berencana
 - b. Ketahanan dan Pemberdayaan Keluarga
 - c. Kesehatan Reproduksi Remaja
 - d. Penguatan Pelembagaan Keluarga Kecil Berkualitas
 - e. Pengelolaan SDM Aparatur
 - f. Keserasian Kebijakan Kependudukan
 - g. Penyelenggaraan Pimpinan Kenegaraan dan Pemerintahan
 - h. Peningkatan Pengawasan dan Akuntabilitas Aparatur Negara (Marmi, 2016).

F. Macam-macam KB

1. Metode Amenore Laktasi

- a. Pengertian

Metode Amenore Laktasi (MAL) Kontrasepsi yang mengandalkan pemberian air susu ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apa pun lainnya (Affandi, 2014).

b. Syarat untuk dapat menggunakan :

Menyusui secara enuh (full breast feeding), lebih efektif bila pemberian lebih dari 8 kali sehari.

c. Cara kerja :

Penundaan penekanan ovulasi

d. Keuntungan :

1. Efektifitas tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pasca persalinan).
2. Segera efektif.
3. Tidak mengganggu senggama.
4. Tidak ada efek samping secara sistemik.
5. Tidak perlu pengawasan medis.
6. Tidak perlu obat atau alat.
7. Tanpa biaya.

e. Keterbatasan:

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

2. efektivitas tinggi sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan
3. mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial.
4. tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/HBV dan HIV/AIDS

2. Metode keluarga Berencana Alamiah (KBA)

a. Pengertian

Metode Lendir Serviks atau lebih dikenal sebagai Metode Ovulasi Billings/MOB atau metode dua hari mukosa serviks dan Metode Simtomtermal adalah yang paling efektif. Cara yang kurang efektif misalnya Sistem Kalender atau Pantang Berkala dan Metode Suhu Basal yang sudah tidak diajarkan lagi oleh pengajar KBA. Hal ini disebabkan oleh kegagalan yang cukup tinggi (> 20%) dan waktu pantang yang lebih lama. Lagi pula sudah ada cara lain yang lebih efektif dan masa pantang lebih singkat (Sujiyati, 2011).

b. Manfaat

1). Kontrasepsi :

1. Dapat digunakan untuk menghindari atau mencapai kehamilan.
2. Tidak ada resiko kesehatan yang berhubungan dengan kontrasepsi.
3. Tidak ada efek samping sistemik.
4. Murah atau tanpa biaya.

2). Nonkonrtasepsi :

1. Meningkatkan keterlibatan suami dalam keluarga berencana.
2. Menambah pengetahuan tentang sistem reproduksi pada suami dan istri.
3. Memungkinkan mengeratkan relasi/hubungan melalui peningkatan komunikasi antara suami istri/pasangan.

c. Keterbatasan :

1. Sebagai kontraseptif sedang.
2. Keefektifan tergantung kemauan dan disiplin pasangan.
3. Perlu pencatatan setiap hari.
4. Infeksi vagina membuat lendir serviks sulit dinilai.
5. Perlu pantang selama masa subur untuk menghindari kehamilan.

Yang dapat menggunakan KBA untuk kontrasepsi :

1. Semua perempuan semasa reproduksi, baik siklus haid teratur maupun tidak teratur, tidak haid baik karena menyusui maupun pramenopause.
2. Semua perempuan dengan paritas berapa pun termasuk nulipara.
3. Perempuan kurus atau gemuk.
4. perempuan yang tidak dapat menggunakan metode lain.

3. Sanggama Terputus

a. Pengertian

Metode keluarga berencana tradisional, di mana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi (Affandi, 2014).

b. Manfaat

1). Kontrasepsi:

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

2). Nonkontrasepsi :

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

c. Keterbatasan :

1. Efektifitas sangat bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan sangama terputus setiap melaksanakannya.

2. Efektivitas akan jauh menurun apabila sperma dalam 24 jam sejak ejakulasi masih melekat pada penis.
3. Memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual.

4. Metode Barrier

1. Kondom

a. Pengertian

Selubung/sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinili) atau bahkan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual (Sujiyati, 2011).

b. Cara kerja :

1. Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma diujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan.
2. Mencegah penularan mikroorganisme (IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan yang lain (khusus kondom yang terbuat dari lateks dan vinil).

c. Efektifitas :

Kondom cukup efektif bila dipakai secara benar pada setiap kali berhubungan seksual. Pada beberapa pasangan, pemakaian kondom tidak efektif karena tidak dipakai secara konsisten. Secara ilmiah didapatkan hanya sedikit angka kegagalan kondom yaitu 2-12 kehamilan per tahun.

d. Manfaat

1). Kontrasepsi :

1. Efektif bila digunakan dengan benar.
2. Tidak mengganggu produksi ASI.
3. Tidak mengganggu kesehatan klien.
4. Tidak mempunyai pengaruh sistemik.
5. Murah dan dapat dibeli secara umum.
6. Tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus.
7. Metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi lainnya harus ditunda.

2). Nonkontrasepsi :

1. Memberi dorongan kepada suami untuk ikut ber KB.
2. Dapat mencegah penularan IMS.
3. Mencegah ejakulasi dini.
4. Membantu mencegah terjadinya kanker serviks.

5. Saling berinteraksi sesama pasangan.

6. Mencegah imuno infertilitas.

e. Keterbatasan:

1. Efektivitas tidak terlalu tinggi.
2. Cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi.
3. Agak mengganggu hubungan seksual (mengurangi sentuhan seksual).
4. Pada beberapa klien bisa menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan ereksi.
5. Harus selalu bersedia setiap kali berhubungan seksual.
6. Beberapa klien malu untuk membeli kondom ditempat umum.
7. Pembuangan kondom bekas mungkin menimbulkan masalah dalam hal limbah (Affandi, 2014).

2. Diafragma

a. Pengertian

Kap berbentuk bulat cembung, terbuat dari lateks (karet) yang diinsersikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup serviks. Cara kerja kontrasepsi ini adalah menahan sperma agar tidak mendapatkan akses mencapai saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba falopii) dan sebagai alat tempat spermisida (Affandi, 2014).

b. Jenis :

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

c. Cara kerja :

Menahan sperma agar tidak mendapatkan akses mencapai saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba falopi) dan sebagai alat tempat spermisida.

d. Manfaat

1). Kontrasepsi:

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

2). Nonkontrasepsi :

1. Salah satu perindungan terhadap IMS/HIV/AIDS, khususya apabila digunakan dengan spermisida

2. Bila digunakan pada saat haid, menampung darah menstruasi

e. Keterbatasan :

1. Efektivitas sedang (bila digunakan dengan spermisida angka kegagalan 6-16 kehamilan per 100 perempuan per tahun pertama)
2. Keberhasilan sebagai kontrasepsi bergantung pada kepatuhan mengikuti cara penggunaan
3. Motivasi diperlukan berkesinambungan dengan menggunakannya setiap berhubungan seksual
4. Pemeriksaan pelvik oleh petugas kesehatan terlatih diperlukan untuk memastikan ketepatan pemasangan
5. Pada beberapa pengguna menjadi penyebab infeksi saluran uretra
6. Pada 6 jam pascahubungan seksual, alat masih harus berada diposisinya (Affandi, 2014).

3. Spermisida

a. Pengertian

Bahan kimia (biasanya nonoksinol-9) digunakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperma. Dikemas dalam bentuk: aerosol (busa), tablet vaginal, suppositoria atau dissolvable film dan krim. Cara kerjanya adalah

menyebabkan sel membran sperma terpecah, memperlambat pergerakan sperma, dan menurunkan kemampuan pembuahan sel telur (Affandi, 2014).

b. Cara kerja :

Menyebabkan sel membran sperma pecah, memperlambat pergerakan sperma dan menurunkan kemampuan pembuahan sel telur.

c. Jenis :

1. Busa (aerosol) efektif segera setelah insersi.
2. Busa spermisida dianjurkan apabila digunakan hanya sebagai metode kontrasepsi.
3. Tablet vagina, supositori, dan film penggunaannya disarankan menunggu 10-15 menit sesudah dimasukkan sebelum hubungan seksual.

d. Manfaat

1). Kontrasepsi:

1. Efektif seketika (busa dan krim).
2. Tidak mengganggu produksi ASI.
3. Bisa digunakan sebagai pendukung metode lain.
4. Tidak mengganggu kesehatan klien.
5. Tidak mempunyai pengaruh sistemik.
6. Mudah digunakan.

7. Meningkatkan lubrikasi selama hubungan seksual.
8. Tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus.

2). Nonkontrasepsi:

Merupakan salah satu perlindungan terhadap IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS.

e. Keterbatasan :

1. Efektivitas kurang (18-29 kehamilan per 100 perempuan per tahun pertama).
2. Efektivitas sebagai kontrasepsi bergantung pada kepatuhan mengikuti cara penggunaan.
3. Ketergantungan pengguna dari motivasi berkelanjutan dengan memakai setiap melakukan hubungan seksual.
4. Pengguna harus menunggu 10-15 menit setelah aplikasi sebelum melakukan hubungan seksual.
5. Efektivitas aplikasi hanya 1-2 jam (Affandi, 2014).

5. Kontrasepsi Kombinasi (hormon Estrogen dan Progesteron)

1. Pil Kombinasi

a. Pengertian

Efektif dan harus diminum setiap hari. Pada bulan- bulan pertama efek samping berupa mual dan perdarahan bercak yang tidak berbahaya dan segera akan hilang. Efek samping serius jarang terjadi dan dapat mulai minum setiap saat bila yakin sedang tidak hamil. Dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat (Affandi, 2014).

b. Jenis :

1. Monofasik: Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif esterogen/progesteron dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
2. Bifasik: Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif esterogen /progesteron dengan dua dosis yang berbeda,dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
3. Trifasik: Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif esterogen /progesteron dengan tiga dosis yang berbeda,dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

c. Cara kerja :

1. Menekan ovulasi.
2. Mencegah implantasi.
3. Lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui oleh sperma.

4. Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula.

d. Manfaat :

1. Memiliki efektivitas yang tinggi (hampir menyerupai efektivitas tubektomi), bila digunakan setiap hari (1 kehamilan per 1000 perempuan dalam tahun pertama penggunaan).
2. Resiko terhadap kesehatan sangat kecil.
3. Tidak mengganggu hubungan seksual.
4. Siklus haid menjadi teratur, banyaknya darah haid berkurang (mencegah anemia), tidak terjadi nyeri haid.
5. Dapat digunakan jangka panjang selama perempuan masih ingin menggunakannya untuk mencegah kehamilan.
6. Dapat digunakan sebagai sejak usia remaja hingga menopause.
7. Mudah dihentikan setiap saat.
8. Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan.
9. Dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat.
10. Membantu mencegah:
 1. Kehamilan ektopik
 2. Kanker ovarium

3. Kanker endometrium
4. Kista ovarium
5. Penyakit radang panggul
6. Kelainan jinak pada payudara
7. Dismenore/akne

e. Keterbatasan:

1. Mahal dan membosankan karena harus menggunakannya setiap hari.
2. Mual terutama pada 3 bulan pertama.
3. Perdarahan bercak atau perdarahan sela terutama 3 bulan pertama.
4. Pusing.
5. Nyeri payudara.
6. BB naik sedikit, tetapi pada perempuan tertentu kenaikan berat badan justru memiliki dampak positif.
7. Berhenti haid (amenorea), jarang pada pil kombinasi.
8. Tidak boleh diberikan pada perempuan menyusui.
9. Tidak mencegah IMS (infeksi menular seksual) HB, HIV/AIDS.

Yang dapat menggunakan pil kombinasi :

1. Usia reproduksi.
2. Telah memiliki anak atau pun yang belum memiliki anak.

3. Gemuk/kurus.
4. Menginginkan metode kontrasepsi dengan efektivitas tinggi.
5. Setelah melahirkan dan tidak menyusui.
6. Setelah melahirkan 6 bulan yang tidak memberikan ASI eksklusif, sedangkan semua cara kontrasepsi yang dianjurkan tidak cocok bagi ibu tersebut.
7. Pascakeguguran.
8. Anemia karena haid berlebihan.
9. Nyeri haid hebat.
10. Siklus haid tidak teratur.
11. Riwayat kehamilan ektopik.
12. Kelainan payudara jinak.
13. Kencing manis tanpa komplikasi pada ginjal, pembuluh darah, mata dan saraf.
14. Penyakit tiroid, penyakit radang panggul, endometriosis, atau tumor ovarium jinak.
15. Menderita tuberkolosis (kecuali yang sedang menggunakan rifampisin).
16. Varises vena.

Yang tidak boleh menggunakan pil kombinasi:

1. Hamil/dicurigai hamil
2. Menyusui eksklusif
3. Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya
4. Penyakit hati akut (hepatitis)
5. Perokok dengan usia >35 tahun
6. Riwayat penyakit jantung, stroke, atau tekanan darah >180/110mmHg
7. Riwayat gangguan faktor pembekuan darah atau kencing manis >20 tahun
8. Kanker payudara atau dicurigai kanker payudara
9. Migrain dan gejala neurologik fokal (epilepsi/riwayat epilepsi)
10. Tidak dapat menggunakan pil secara teratur setiap hari.

2. Suntikan kombinasi

a. Pengertian

Jenis suntikan kombinasi adalah 25 mg Depo Medroksiprogesteron Asetat dan 5 mg Estradiol Sipionat yang diberikan injeksi IM sebulan sekali (Cyclofem) dan 50 mg Noretrindon Enantat dan 5 mg Estradiol Valerat yang diberikan injeksi IM sebulan sekali (Affandi, 2014).

b. Cara kerja:

1. Menekan ovulasi.
2. Membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu.
3. Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu.
4. Menghambat transportasi gamet oleh tuba.

c. Efektivitas:

Sangat efektif (0,1-0,4 kehamilan per 100 kehamilan) selama tahun pertama penggunaan.

d. Keuntungan

1). Kontrasepsi :

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

2). Nonkontrasepsi :

1. Mengurangi jumlah perdarahan.

2. Mengurangi nyeri saat haid.
3. Mencegah anemia.
4. Khasiat pencegahan terhadap kanker ovarium dan kanker endometrium.
5. Mengurangi penyakit payudara jinak dan kista ovarium.
6. Mencegah kehamilan ektopik.
7. Melindungi klien dari jenis tertentu penyakit radang panggul.
8. Pada keadaan tertentu dapat diberikan pada perempuan usia perimenopause.

e. Kerugian :

1. Terjadi perubahan pada pola haid, seperti tidak teratur, perdarahan bercak/spotting atau perdarahan sela sampai 10 hari.
2. Mual, sakit kepala, nyeri payudara ringan dan keluhan seperti ini akan hilang setelah suntikan kedua atau ketiga.
3. Ketergantungan klien terhadap pelayanan kesehatan. Klien harus kembali setiap 30 hari untuk mendapatkan suntikan.
4. Efektivitasnya berkurang bila digunakan bersamaan dengan obat-obat epilepsi (fenitoin dan barbiturat) atau obat tuberkulosis (rifampisin).

5. Dapat terjadi efek samping yang serius, seperti serangan jantung, stroke, bekuan darah pada paru atau otak dan kemungkinan timbulnya tumor hati.
6. Penambahan berat badan.
7. Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan IMS, hepatitis B virus, atau infeksi virus HIV.
8. Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian.

Yang boleh menggunakan suntikan kombinasi :

1. Usia reproduksi.
2. Telah memiliki anak, ataupun yang belum memiliki anak.
3. Ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektivitas yang tinggi.
4. Menyusui asi pasacapersalinan >6 bulan.
5. Pasacapersalinan dan tidak menyusui.
6. Anemia.
7. Nyeri haid hebat.
8. Haid teratur.
9. Riwayat kehamilan ektopik.
10. Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi.

Yang tidak boleh menggunakan suntikan kombinasi :

1. Hamil atau diduga hamil.
2. Menyusui dibawah dibawah 6 minggu pascapersalinan.
3. Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
4. Penyakit hati akut (virus hepatitis).
5. Usia >35 tahun yang merokok.
6. Riwayat penyakit jantung,stroke,atau dengan darh tinggi >180/110 mmhg.
7. Riwayat kelainan tromboemboli atau dengan kencing manis >20 tahun.
8. Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migrain.
9. Keganasan pada payudara.(Afandi et al., 2011)

6. Kontrasepsi Progestin

1. Kontrasepsi Suntikan Progestin

a. Pengertian

Sangat efektif dan 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 (Affandi, 2014).

b. Jenis:

1. Depo Medroksi Progesteron Asetat (depoprovera), mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuskular (didaerah bokong).
2. Depo Noretisteron Enantat (depo noristerat), yang mengandung 200 mg noretindron enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik intramuskular.

c. Cara kerja :

1. Mencegah ovulasi
2. Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma
3. Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi
4. Menghambat transportasi gamet oleh tuba

d. Efektivitas:

Kedua kontrasepsi suntik tersebut memiliki efektifitas yang tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan per tahun, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan.

e. Keuntungan :

1. Sangat efektif.
2. Pencegahan kehamilan jangka panjang.

3. Tidak berpengaruh pada hubungan suami-istri.
 4. Tidak mengandung hormon esterogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, dan gangguan pembekuan darah.
 5. Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI.
 6. Sedikit efek samping.
 7. Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.
 8. Dapat digunakan oleh perempuan usia >35 tahun sampai perimenopause.
 9. Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik.
 10. Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara.
 11. Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul.
 12. Menurunkan krisis anemia bulan sabit (sickle cell).
- f. Keterbatasan :
1. Sering ditemukan gangguan haid seperti :
 - a. Siklus haid yang memendek atau memanjang
 - b. Perdarahan yang banyak atau sedikit
 - c. Perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak (spotting)
 - d. Tidak haid sama sekali
 2. Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan (harus kembali untuk suntikan).

3. Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya.
4. Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering.
5. Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B virus, atau infeksi virus HIV.
6. Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian.
7. Terlambatnya kembali kesuburan bukan karena terjadinya kerusakan/kelainan pada organ genitalia, melainkan karena belum habisnya pelepasan obat suntikan dari deponya (tempat suntikan).
8. Terjadi perubahan pada lipid serum pada penggunaan jangka panjang.
9. Pada penggunaan jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang.
10. Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi, sakit kepala, nervositas, jerawat.

Yang dapat menggunakan kontrasepsi suntikan progestin :

1. Usia reproduksi.
2. Nulipara dan yang telah memiliki anak.
3. Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi.

4. Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai.
5. Setelah melahirkan dan tidak menyusui.
6. Setelah abortus atau keguguran.
7. Telah banyak anak tetapi belum menghendaki tubektomi.
8. Tekanan darah <math><180/110\text{ mmHg}</math> dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit.
9. Menggunakan obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat) atau obat tuberkulosis (rifampisin).
10. Tidak dapat memakai kontrasepsi yang mengandung esterogen.
11. Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi.
12. Anemia defisiensi besi.
13. Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi atau kombinasi.

Yang tidak boleh menggunakan kontrasepsi suntikan progestin :

1. Hamil atau dicurigai hamil (resiko cacat pada janin 7 per 100.000 kelahiran)
2. Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
3. Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenorea
4. Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara

5. Diabetes mellitus disertai komplikasi(Afandi et al., 2011)

2. Kontrasepsi Pil Progesteron (Minipil)

a. Pengertian

Alat kontrasepsi ini cocok untuk ibu menyusui yang ingin memakai pil KB. Sangat efektif pada masa laktasi. Dosis rendah dan tidak menurunkan produksi ASI. Tidak memberikan efek samping estrogen. Efek samping utama adalah gangguan perdarahan bercak, atau perdarahan tidak teratur. Dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat (Affandi, 2014).

b. Jenis:

1. Kemasan dengan isi 35 pil :300 µg levonogestrel atau 350 µg noretindron.
2. Kemasan dengan isi 28 pil :75 µg desogestrel.

c. Cara kerja :

1. Menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium (tidak begitu kuat).
2. Endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit.
3. Menghambat lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma.
4. Mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu.

d. Keuntungan

1). Kontrasepsi :

1. Sangat efektif bila digunakan secara benar.
2. Tidak mengganggu hubungan seksual.
3. Tidak mempegaruhi ASI.
4. Kesuburan cepat kembali.
5. Nyaman dan mudah digunakan.
6. Sedikit efek samping.
7. Dapat dihentikan setiap saat.
8. Tidak mengandung esterogen.

2). Nonkontasepsi :

1. Mengurangi nyeri haid.
2. Mengurangi jumlah darah haid.
3. Menurunkan tingakt anemia.
4. Mencegah kanker endometrium.
5. Melindungi dari penyakit radang panggul.
6. Tidak meningkatkan pembekuan darah.
7. Dapat diberikan pada penderita endometriosis.
8. Kurang menyebabkan peningkatan tekanan darah, nyeri kepala, dan depresi.

9. Dapat mengurangi keluhan premenstrual sindrom (sakit kepala, perut kembung, nyeri payudara, nyeri pada betis, lekas marah)
10. Sedikit sekali mengganggu metabolisme karbohidrat sehingga relati aman diberikan pada perempuan pengidap kencing manis yang belum mengalami komplikasi

e. Keterbatasan :

1. Peningkatan/penurunan berat badan.
2. Harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama.
3. Bila lupa satu pil saja,kegagalan menjadi lebih besar.
4. Payudara menjadi tegang, mual, pusing, dermatitis atau jerawat.
5. Resiko kehamilan ektopik cukup tinggi (4 dari 100 kehamilan), tetapi resiko ini lebih rendah jika dibandingkan dengan perempuan yang tidak menggunakan minipil.
6. Efektivitasnya menjadi rendah bila digunakan bersamaan dengan obat tuberkulosis atau obat epilepsi.
7. Tidak melindungi diri dari infeksi menular seksual atau HIV/AIDS.
8. Hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan didaerah muka), tetapi sangat jarang terjadi.

Yang boleh menggunakan minipil :

1. Usia reproduksi.
2. Telah memiliki anak, atau yang belum memiliki anak.
3. Menginginkan suatu metode kontrasepsi yang sangat efektif selama periode menyusui.
4. Pascapersalinan dan tidak menyusui.
5. Pasca keguguran.
6. Perokok segala usia.
7. Memunyai tekanan darah tinggi (selama $<180/110$ mmHg) atau dengan masalah pembekuan darah.
8. Tidak boleh menggunakan esterogen atau lebih senang tidak menggunakan esterogen.

Yang tidak boleh menggunakan minipil :

1. Hamil/diduga hamil.
2. Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
3. Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid.
4. Menggunakan obat tuberkulosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat).
5. Kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
6. Sering lupa menggunakan pil.

7. Miom uterus. Progestin memicu pertumbuhan miom uterus.
8. Riwayat stroke. Progestin menyebabkan spasme pembuluh darah.

3. Kontrasepsi Implan

a. Pengertian

Efektif 5 tahun untuk Norplan, 3 tahun untuk jadena, indoplant, atau implanon dan penggunaannya nyaman. Dapat dipakai oleh semua ibu dalam usia reproduktif. Selain itu kesuburan segera kembali setelah implant dicabut. Aman dipakai pada masa laktasi (Affandi, 2014).

b. Jenis

1. Norplant. Terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, dengan diametere 2,4 mm, yang diisi dengan 36 mg levonogestrel dan lama kerjanya 5 tahun.
2. Implanon. Terdiri dari satu batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm, dan diameter 2 mm, yang diisi dengan 68 mg 3-keto-desogestrel dan lama kerjanya 3 tahun.
3. Jadena. Terdiri dari 2 batang yang diisi dengan 75 mg levonogestrel dengan lama kerja 3 tahun.

c. Cara kerja :

1. Lendir serviks menjadi kental.

2. Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi.
3. Mengurangi transportasi sperma.
4. Menekan ovulasi.

d. Efektivitas :

Sangat efektif (kegagalan 0,2-1 kehamilan pr 100 perempuan).

e. Keuntungan

1). Kontrasepsi :

1. Daya guna tinggi.
2. Perlindungan jangka panjang(sampai 5 tahun).
3. Pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan.
4. Tidak memerlukan pemeriksaan dalam.
5. Bebas dari pengaruh esterogen.
6. Tidak mengganggu kegiatan sanggam.
7. Tidak mengganggu ASI.
8. Klien hanya perlu kembali ke klinik bila ada keluhan.
9. Dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan.

2). Nonkontrasepsi

1. Mengurangi nyeri haid.

2. Mengurangi jumlah darah haid.
3. Mengurangi/memperbaiki anemia.
4. Melindungi terjadinya kanker endometrium.
5. Menurunkan angka kejadian kelainan jinak pada payudara.
6. Melindungi diri dari beberapa penyebab penyakit radang panggul.
7. Menurunkan angka kejadian endometriosis.

f. Keterbatasan

1. Pada beberapa klien dapat menyebabkan perubahan pola haid berupa perdarahan bercak, hioermenorea, atau meningkatkannya jumlah darah haid, serta amenorea.
2. Timbul keluhan seperti nyri kepala, peningkatan/penurunan berat badan, nyeri payudara, perasaan mual, pening/pusing kepala.
3. Tidak boleh digunakan pda klien yang menderita penyakit hati akut, stroke atau riwayat stroke, obat epilepsi, dan tumor jinak atau ganas pada hati.

Yang boleh menggunakan implan :

1. Usia reproduksi.
2. Telah memiliki anak atau belum.

3. Menghendaki kontrasepsi dengan efektifitas tinggi dan menghendaki kehamilan jangka panjang.
4. Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi.
5. Pascapersalinan dan tidak menyusui.
6. Pascakeguguran.
7. Tidak menginginkan anak lagi, tetapi menolak sterilisasi.
8. Riwayat kehamilan ektopik.
9. Tekanan darah <math><180/110\text{ mmHg}</math>, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit.
10. Tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal yang mengandung esterogen.
11. Sering lupa menggunakan pil.

Yang tidak boleh menggunakan implan :

1. Hamil atau diduga hamil.
2. Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
3. Benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
4. Tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi.
5. Miom uterus dan kanker payudara.
6. Gangguan toleransi glukosa.(Afandi et al., 2011)

4. AKDR Dengan Progestin

a. Pengertian

Jenis AKDR yang mengandung hormon steroid adalah Prigestase yang mengandung progesteron dan mirena yang mengandung Levonorgestrel (Affandi, 2014).

b. Cara kerja :

1. Endometrium mengalami transformasi yang ireguler, epitel atrofi sehingga mengganggu implantasi.
2. Mencegah terjadinya pembuahan dengan mengeblok bersatunya ovum dengan sperma.
3. Mengurangi jumlah sperma yang mencapai tuba falopii.
4. Menginaktifkan sperma.

c. Efektivitas

Sangat efektif, yaitu 0,5-1 kehamilan per 100 perempuan selama satu tahun pertama penggunaan.

d. Keuntungan

1). Kontrasepsi :

1. Efektif dengan proteksi jangka panjang (satu tahun).
2. Tidak mengganggu hubungan suami istri.

3. Tidak berpengaruh terhadap ASI.
4. Kesuburan segera kembali sesudah AKDR diangkat.
5. Efek sampingnya sangat kecil.
6. Memiliki efek sistemik yang sangat kecil

2). Nonkontrasepsi :

1. Mengurangi nyeri haid
2. Dapat diberikan pada usia perimenopause bersamaan dengan pemberian esterogen, untuk pencegahan hiperplasia endometrium.
3. Mengurangi jumlah darah haid.
4. Sebagai pengobatan alternatif pengganti operasi pada perdarahan uterus difungsional dan adenomiosis.
5. Merupakan kontrasepsi pilihan utama pada perempuan perimenopause.
6. Tidak mengurangi kerja obat tuberkulosis ataupun obat epilepsi, karena AKDR yang mengandung progestin kerjanya terutama lokal pada endometrium.

d. Keterbatasan :

1. Diperlukan pemeriksaan dalam dan penyaringan infeksi genitalia sebelum pemasangan AKDR.

2. Diperlukan tenaga terlatih untuk pemasangan dan pencabutan AKDR.
3. Klien tidak dapat mengentikan sendiri setiap saat, sehingga sangat bergantung pada tenaga kesehatan.
4. Pada penggunaan jangka panjang dapat terjadi amenorea.
5. Dapat terjadi perforasi uterus pada saat insersi (<1/1000 kasus).
6. Kejadian kehamilan ektopik relatif tinggi.
7. Bertambahnya resiko mendapat penyakit radang panggul sehingga dapat menyebabkan infertilitas.
8. Mahal.
9. Progestin sedikit meningkatkan resiko trombosis sehingga perlu hati-hati pada perempuan perimenopause.
10. Progstin dapat menurunkan kadar HDL-kolesterol pada pemberian jangka panjang sehingga perlu hati-hati pada perempuan dengan penyakit kardiovaskuler.
11. Memperburuk perjalanan penyakit kanker payudara.
12. Progestin dapat mempengaruhi jenis-jenis tertentu hiperlipidemia.
13. Progestin dapat memicu pertumbuhan miom uetrus.

Yang boleh menggunakan AKDR dengan progestin :

1. Usia reproduksi.

2. Telah memiliki anak maupun belum.
3. Menginginkan kontrasepsi yang efektif jangka panjang untuk mencegah kehamilan.
4. Sedang menyusui dan ingin memakai kontrasepsi hormonal kombinasi.
5. Pascakeguguran dan tidak ditemukan tanda-tanda radang panggul.
6. Tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal kombinasi
7. Sering lupa menggunakan pil.
8. Usia perimenopause dan dapat digunakan bersamaan dengan pemberian esterogen.
9. Mempunyai resiko rendah mendapat penyakit menular seksual.

Yang tidak boleh menggunakan AKDR dengan progestin :

1. Hamil atau diduga hamil.
2. Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
3. Menderita vaginitis, salphingitis, endometriosis.
4. Menderita penyakit radang panggul atau pascakeguguran septik.
5. Kelainan kongnital rahim.
6. Miom submukosum.
7. Rahim yang sulit digerakkan.
8. Riwayat kehamilan ektopik.

9. Penyakit trofoblas ganas.
10. Terbukti menderita penyakit tuberkulosis pangul.
11. Kanker genitalia/payudara.
12. Sering ganti pasangan.
13. Gangguan toleransi glukosa. Progestin menyebabkan sedikit peningkatan kadar gula dan kaar insulin.

7. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

a. Pengertian

Sangat efektif reversibel dan berjangka panjang (dapat sampai 10 tahun: CuT-380A). Haid menjadi lebih lama dan banyak.pemasangan dan pencabutan memerlukan pelatihan.dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi.tidak boleh dipakai oleh perempuan yang terpapar pada IMS (Affandi, 2014).

b. Jenis :

1. AKDR CuT-380A

Kecil, kerangka dari plastik yang fleksibel, berbentuk huruf T diselubungi oleh kawat halus yang terbuat dari tembaga (Cu).

2. AKDR lain yang beredar di indonesia ialah NOVA T (schering).

c. Cara kerja:

1. Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopii.

2. Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri.
3. AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi.
4. Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus.

d. Keuntungan :

1. Efektivitasnya tinggi, sangat efektif 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan).
2. AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan.
3. Metode jangka panjang.
4. Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat.
5. Tidak mempengaruhi hubungan seksual.
6. Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil.
7. Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (CuT-380A).
8. Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI.
9. Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi).
10. Dapat digunakan sampai menopause.
11. Tidak ada interaksi dengan obat-obat.

12. Membantu mencegah kehamilan ektopik.

e. Kerugian :

1. Efek samping yang umum terjadi :
 - a. Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan).
 - b. Haid lebih lama dan banyak.
 - c. Perdarahan (spotting) antarmenstruasi.
 - d. Saat haid lebih sakit.
2. Komplikasi lain :
 - a. Merasakan sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan.
 - b. Perdarahan berat pada waktu haid atau di antaranya yang memungkinkan penyebab anemia.
 - c. Perforasi dinding uterus (sangat jarang apabila pemasangannya benar).
3. Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS.
4. Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan.
5. Penyakit radang panggul terjadi sesudah perempuan dengan IMS memakai AKDR.

6. Prosedur medis, termasuk pemeriksaan pelvik diperlukan dalam pemasangan AKDR. Seringkali perempuan takut selama pemasangan.
7. Sedikit nyeri dan perdarahan (spotting) terjadi segera setelah pemasangan. Biasanya menghilang dalam 1-2 hari.
8. Klien tidak dapat melepas AKDR oleh dirinya sendiri, petugas kesehatan terlatih yang harus melepaskan AKDR.
9. Mungkin AKDR keluar dari uterus tanpa diketahui (sering terjadi apabila AKDR dipasang segera sesudah melahirkan).
10. Perempuan harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu. Untuk melakukan ini perempuan harus memasukkan jarinya ke dalam vagina, sebagian perempuan tidak mau melakukan ini.

Yang dapat menggunakan :

1. Usia reproduktif
2. Keadaan nulipara
3. Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang
4. Menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi
5. Setelah melahirkan dan tidak menyusui bayinya
6. Setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi
7. Resiko rendah dari IMS

8. Tidak mengendaki metode hormonal
9. Tidak menyukai untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari
10. Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari sanggama (lihat kontrasepsi darurat)

Pada umumnya ibu dapat menggunakan AKDR Cu dengan aman dan efektif. AKDR dapat digunakan pada ibu dalam segala kemungkinan keadaan misalnya :

1. Perokok
2. Pascakeguguran atau kegagalan kehamilan apabila tidak terlihat adanya infeksi.
3. Sedang memakai antibiotika atau anti kejang.
4. Gemuk ataupun kurus
5. Sedang menyusui

Begitu juga ibu dalam keadaan seperti di bawah ini dapat menggunakan AKDR:

1. Penderita tumor jinak.
2. Penderita kanker payudara.
3. Pusing-pusing, sakit kepala.
4. Tekanan darah tinggi.
5. Varises di tungkai atau vulva.
6. Penderita penyakit jantung.
7. Pernah menderita stroke.

8. Penderita diabetes.
9. Penderita penyakit hati atau empedu.
10. Malaria.
11. Skistosomiasis (tanpa anemia).
12. Penyakit tiroid.
13. Epilepsi.
14. Nonpelvik TBC.
15. Setelah kehamilan ektopik.
16. Setelah pembedahan pelvik.

Yang tidak boleh menggunakan :

1. Sedang hamil.
2. Perdarahan vagina yang tidak diketahui (sampai dapat dievaluasi).
3. Sedang menderita infeksi genital (vaginitis, servitis).
4. Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita PRP atau abortus septik.
5. Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri.

6. Penyakit trofoblas yang ganas.
7. Diketahui menderita TBC pelvik.
8. Kanker alat genital.
9. Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm.

8. Kontrasepsi Mantap

1. Tubektomi (MOW)

a. Pengertian

Tubektomi adalah prosedur bedah sukarela untuk menghentikan fertilitas (kesuburan) seorang perempuan (Mulyani dkk, 2013)

b. Jenis :

1. Minilaparotomi.
2. Laparoskopi.

c. Mekanisme kerja :

Dengan mengoklusi tuba falopii (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum.

d. Manfaat

- 1). Konrasepsi :

1. Sangat efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan).
2. Tidak mempengaruhi proses menyusui (breastfeeding).
3. Tidak bergantung pada faktor sanggama.
4. Baik bagi klien apabila kehamilan akan menjadi resiko kesehatan yang serius.
5. Pembedahan sederhana, dapat dilakukan dengan anastesi lokal.
6. Tidak ada efek samping dalam jangka panjang.
7. Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual (tidak ada efek pada produksi hormon ovarium).

2). Nonkontrasepsi :

Berkurangnya resiko kanker ovarium

e. Keterbatasan :

1. Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini (tidak dapat dipulihkan kembali), kecuali dengan operasi rekanalisasi.
2. Klien dapat menyesal di kemudian hari.
3. Resiko komplikasi kecil (meningkat apabila digunakan anastesi umum).
4. Rasa sakit/ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan.

5. Dilakukan oleh dokter yang terlatih (dibutuhkan dokter spesialis ginekologi atau dokter spesialis bedah untuk proses laparoskopi).
6. Tidak melindungi diri dari IMS, termasuk HBV dan HIV/AIDS.

Yang dapat menjalani tubektomi :

1. Usia > 26 tahun.
2. Paritas > 2.
3. Yakin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai dengan kehendaknya.
4. Pada kehamilannya akan menimbulkan resiko kesehatan yang serius.
5. Pascapersalinan.
6. Pascakeguguran.
7. Paham dan sukarela setuju dengan prosedur ini.

Yang sebaiknya tidak menjalani tubektomi :

1. Hamil.
2. Perdarahan vaginal yang belum terjelaskan (hingga harus dievaluasi).
3. Infeksi sistemik atau pelvik yang akut (hingga masalah itu disembuhkan atau dikontrol).
4. Tidak boleh menjalani proses pembedahan.
5. Kurang pasti mengenai keinginannya untuk fertilitas dimasa depan.

6. Belum memberikan persetujuan tertulis (Affandi, 2012).

2. Vasektomi (MOP)

a. Pengertian

Prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vasa deferensia sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi (penyatuan dengan ovum) tidak terjadi. (BKKBN, 2010).

b. Profil

1. Sangat efektif
2. Tidak ada efek samping jangka panjang.
3. Tindak bedah yang aman dan sederhana.
4. Efektif setelah 20 ejakulasi atau 3 bulan.
5. Konseling dan informed consent mutlak diperlukan

c. Indikasi :

Vasektomi merupakan upaya untuk menghentikan fertilitas di mana fungsi reproduksi merupakan ancaman atau gangguan terhadap kesehatan pria dan pasangannya serta melemahkan ketahanan dan kualitas keluarga.

Kondisi yang memerlukan perhatian khusus bagi tindakan vasektomi:

1. Infeksi kulit pada daerah operasi.
2. Infeksi sistemik yang sangat mengganggu kondisi kesehatan klien.

3. Hidrokel atau varikokel yang besar.
4. Hernia inguinalis.
5. Flasiasis (elefantiasis).
6. Undesenssus testikularis.
7. Massa intraskrotalis.
8. Anemia berat, gangguan pembekuan darah atau sedang menggunakan antikoagulansia.

Konseling, informasi, dan persetujuan tindakan medis :

1. Klien harus diberi informasi bahwa prosedur vasektomi tidak mengganggu hormon pria atau menyebabkan perubahan kemampuan atau kepuasan seksual.
2. Setelah prosedur wasektomi, gunakan salah satu kontrasepsi terpilih hingga permatozoa yang tersisa dalam vesikula seminalis telah dikeluarkan seluruhnya. Secara empirik, sperma-analisis akan menunjukkan hasil negatif setelah 15-20 kali ejakulasi.

d. Komplikasi :

1. Komplikasi dapat terjadi saat prosedur berlangsung atau beberapa saat setelah tindakan. Komplikasi selama prosedur dapat berupa komplikasi akibat reaksi anafilaksis yang disebabkan oleh penggunaan lidokain atau

manipulasi berlebihan terhadap anyaman pembuluh darah di sekitar vasa deferensia.

2. Komplikasi pascatindakan dapat berupa hematoma skrotalis, infeksi atau abses pada testis, atrofi testis, epididimitis kongestif, atau peradangan kronik granuloma di tempat insisi. Penyulit jangka panjang yang dapat mengganggu upaya pemulihan fungsi reproduksi adalah terjadinya antibodi sperma.

e. Rekanalisasi tuba falopii :

Operasi rekanalisasi dengan teknik bedah mikro sudah banyak dikembangkan. Teknik ini tidak saja menyambung kembali tuba falopii dengan baik, tetapi juga menjamin kembalinya fungsi tuba. Hal ini disebabkan oleh teknik bedah mikro yang secara akurat menyambung kembali tuba dengan trauma yang minimal, mengurangi perlekatan pascaoperasi, mempertahankan fisiologi tuba, serta menjamin fimbriae tuba tetap bebas sehingga fungsi penangkapan ovum masih tetap baik.

f. Kontraindikasi :

1. Umur klien >37 tahun.
2. Tidak ada ovulasi (atau ada masalah dari faktor ovarium).
3. Suami oligospermi atau azospermi.

4. Keadaan kesehatan yang tidak baik, di mana kehamilan akan memperburuk kesehatan yang tidak baik, dimana kehamilan akan memperburuk kesehatannya.
5. Tuberkulosis genitalia interna. (Mulyani, 2013)

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan

A. Pengkajian Data

1. Data Subyektif

Data subjektif, berupa data fokus yang dibutuhkan untuk menilai keadaan ibu sesuai dengan kondisinya. Jenis data yang dikumpulkan adalah:

1) Biodata

a. Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan (Eny, 2010).

b. Umur

Ibu hamil usia 20-30 tahun adalah usia reproduksi sehat. Penyulit pada kehamilan remaja lebih tinggi dibandingkan kurun waktu reproduksi sehat antara usia 20-30 tahun. Keadaan ini disebabkan karena belum matangnya alat reproduksi untuk hamil sehingga memudahkannya terjadinya

keguguran, infeksi, anemia pada kehamilan dan gestosis (Romauli, 2011).

c. Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Eny, 2010).

d. Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya

e. Pekerjaan

Hal ini untuk mengetahui taraf hidup dan sosial ekonomi. Pekerjaan ibu perlu diketahui untuk mengetahui apakah ada pengaruh pada kehamilan seperti bekerja di pabrik rokok, percetakan, dan lain-lain

f. Alamat

Untuk mengetahui ibu tinggal di mana, menjaga kemungkinan bila ada ibu yang namanya bersamaan. Ditanyakan alamatnya, agar dapat dipastikan ibu yang mana hendak ditolong itu. Alamat juga diperlukan bila mengadakan kunjungan kepada penderita

g. Data mengenai suami atas tanggung jawab

Hal ini akan memberikan jaminan jika saat persalinan ibu mengalami kegawatdaruratan maka bidan sudah tahu harus dengan siapa bidan berunding.

2) Keluhan Utama

Apakah alasan kunjungan ini karena ada keluhan atau hanya untuk memeriksa kehamilannya. Keluhan utama yang sering terjadi pada ibu hamil trimester III.

Di antaranya :

a). Suhu badan meningkat

Perubahan metabolisme tubuh pada trimester ketiga ini masih berlanjut. Perubahan ini merupakan upaya penyesuaian yang dilakukan tubuh agar bisa mendukung bayi yang semakin membesar. Perubahan ini menyebabkan naiknya suhu tubuh.

b). Nokturia

Sering Kencing Akibat Ureter yang semakin membesar, tonus otot saluran kemih menurun akibat pengaruh estrogen dan progesterone. Dinding saluran kemih bisa tertekan oleh perbesaran uterus, menyebabkan hidroureter dan mungkin hidronefrosis sementara. Kadar kreatinin, urea dan asam urat dalam darah mungkin menurun, namun ini dianggap normal (Asrinah dkk, 2010).

c) Sulit tidur

Ada beberapa faktor yang bisa membuat ibu hamil sulit tidur memasuki trimester tiga. Yang pertama jelas karena perut yang semakin membesar sehingga sulit mencari posisi tidur yang nyaman. Selanjutnya gerakan bayi yang semakin lincah dan tertekannya kandung kemih, memaksa untuk mengambil posisi.

d) Kram pada kaki

Kram kaki sering dialami pada trimester kedua dan ketiga. Kejang yang menimbulkan rasa nyeri ini seringkali terjadi di malam hari. Ada beberapa pendapat mengenai penyebabnya. Ada yang mengatakan ini dikarenakan rahim yang membesar mengakibatkan tekanan yang mengganggu sirkulasi darah pada kaki dan menyebabkan tekanan pada saraf tertentu, ada juga pendapat yang mengatakan ini dikarenakan adanya ketidakseimbangan kalsium dan fosfor dalam tubuh.

e) Sesak nafas

Pada kehamilan terjadi perubahan sistem respirasi untuk bisa memenuhi kebutuhan O₂. Disamping itu terjadi desakan diafragma akibat dorongan rahim yang membesar pada usia kehamilan 32 minggu. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan O₂ yang meningkat, ibu hamil akan bernapas lebih dalam sekitar 20-25% dari biasanya (Asrinah dkk, 2010).

f) Pusing/sakit kepala

Pada kehamilan uterus menekan vena kava sehingga mengurangi darah vena yang akan kembali ke jantung. Curah jantung mengalami pengurangan sampai 25-30% dan tekanan darah bisa turun 10-15% yang bisa menyebabkan pusing (Asrinah dkk, 2010).

g) Varises pada kaki

Varises umumnya terjadi pada kehamilan dan merupakan predisposisi yang menyebabkan thrombosis vena proffunda. Ibu hamil harus ditanya kemungkinan sakit pada kaki, area kemerahan pada betis mungkin terjadi karena varises, flebitis, atau thrombosis vena profunda (Asrinah dkk, 2010).

h) Konstipasi

knstipasi diduga karena penurunan peristaltic yang disebabkan oleh relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesterone. Pergeseran dan tekanan yang terjadi pada usus akibat pembesaran uterus atau bagian presentasi juga dapat menyebabkan knstipsi.

i) Nyeri punggung bawah

yaitu nyeri punggung yang terjadi pada area lumbosacral. Nyeri ini merupakan akibat pergeseranya pusat gravitasi dan postur tubuh. Perubahan-perubahan ini disebabkan karena berat uterus yang semakin membesar.

3). Alasan datang

Alasan ibu datang ke tempat bidan atau klinik yang diungkapkan dengan kata-katanya sendiri (Hani dkk, 2010).

4). Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan dahulu Untuk mengetahui apakah dahulu ibu mempunyai penyakit yang berbahaya bagi kehamilannya. Selain itu untuk mengetahui apakah ibu pernah menjalani operasi yang berhubungan dengan organ reproduksinya atau tidak, karena akan berpengaruh pada kehamilannya (Romauli, 2011).

b) Riwayat kesehatan sekarang

Untuk mengetahui apakah pada saat sekarang ini ibu benar-benar dalam keadaan sehat, tidak menderita suatu penyakit kronis seperti asma, jantung, TBC, hipertensi, ginjal, DM dan lainnya, karena apabila ada gangguan kesehatan pada saat ibu hamil akan secara tidak langsung berpengaruh pada kehamilannya baik itu pada diri ibu sendiri maupun perkembangan dan pertumbuhan janin yang dikandungnya (Romauli, 2011).

Penyakit dan infeksi yang menyertai kehamilan menurut Rukiyah dan Yulianti (2010) antara lain:

1. HIV/AIDS HIV

Adalah penyakit yang menyerang sistem kekebalan tubuh dan AIDS adalah kumpulan gejala akibat kekurangan atau kelemahan sistem kekebalan tubuh yang dibentuk setelah lahir. Penularan HIV terjadi kalau ada cairan tubuh yang mengandung HIV, seperti hubungan seks dengan pasangan yang mengidap HIV, jarum suntik dan alat penusuk lainnya yang tercemar HIV dan ibu hamil yang mengidap HIV kepada janin atau disusui oleh wanita yang mengidap HIV. Bayi yang dilahirkan oleh ibu yang terkena HIV lebih mungkin tertular.

2. Tuberkulosis Paru (TB)

Tuberkulosis Paru (TB) adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium tuberculosis*). Sebagian besar kuman menyerang Paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lain. Pada persalinan kala II, diafragma dan paru-paru dapat membantu mempercepat persalinan dengan jalan mengejan dan menahan napas, dengan demikian penyakit paru-paru penting untuk pertumbuhan dan perkembangan janin melalui pertukaran CO₂ dan O₂.

3. Penyakit jantung

Penyakit jantung memang banyak menyerang siapa saja dengan usia tidak tentu, ironisnya ibu yang sedang mendapatkan kehamilan dapat

terkena penyakit jantung. Penyakit jantung pada wanita hamil bisa memengaruhi janin, janin kemungkinan dilahirkan prematur, penyakit jantung berat pada wanita hamil tiba-tiba memburuk janin bisa mati, bayi lahir dengan apgar rendah.

4. Diabetes melitus

Diabetes melitus adalah penyakit kelainan metabolisme di mana tubuh penderita tidak bisa secara otomatis mengendalikan tingkat gula (glukosa) dalam darahnya. Pada kehamilan terjadi perubahan metabolisme endokrin dan karbohidrat untuk makanan janin dan persiapan menyusui, bila tidak mampu meningkatkan produksi insulin (hypoinsulin) yang mengakibatkan hyperglikemia atau DM kehamilan (DM yang timbul hanya dalam masa kehamilan).

5. Hipertensi

Hipertensi karena kehamilan yaitu tekanan darah yang lebih tinggi dari 140/90 mmHg yang disebabkan karena kehamilan itu sendiri, memiliki potensi yang menyebabkan gangguan serius pada kehamilan.

5) Riwayat kesehatan keluarga

Hal penting yang perlu dikaji bila ada riwayat penyakit menular dalam keluarga ibu maupun suami (seperti hepatitis, TBC, HIV/AIDS, PMS) yang dapat

menularkan kepada anggota keluarga yang lain. Juga perlu dikaji bila ada riwayat penyakit keturunan dalam keluarga ibu maupun suami seperti jantung, DM, asma, hipertensi, dan lainnya, karena dapat menurun kepada anggota keluarga yang lain dan dapat membahayakan apabila penyakit-penyakit tersebut terjadi pada ibu yang sedang hamil (Romauli, 2011).

6) Riwayat obstetric

1) Riwayat haid

Riwayat haid klien yang akurat biasanya membantu penetapan tanggal perkiraan kelahiran. Dengan menggunakan rumus Neagele $h+7$ $b-3$ $th+1$ untuk siklus 28 hari. Sedangkan untuk siklus 35 hari dengan menggunakan rumus $h+14$ $b-3$ $th+1$. Umumnya menarche pada usia 13-16 tahun, teratur atau tidaknya setiap bulannya (umumnya interval 28-30 hari), lamanya menstruasi biasanya 4-7 hari, konsistensi darah menstruasi encer berwarna hitam bau amis, mengalami dismenorea sebelum menstruasi dan tanggal (HPHT).

2). Riwayat kehamilan yang lalu

Karena komplikasi obstetri cenderung muncul lagi, informasi tentang kehamilan terdahulu harus diperoleh. Informasi esensial tentang kehamilan yang terdahulu mencakup bulan dan tahun kehamilan tersebut berakhir, dan

usia gestasi pada saat itu. Rentan usia batas awal dan akhir usia reproduksi terkait erat dengan peningkatan risiko komplikasi kehamilan seperti hipertensi dalam kehamilan dan risiko gangguan kromosom.

3). Riwayat persalinan yang lalu

Komplikasi sebelumnya diperlukan tindakan sectio caesaria perlu diperhatikan guna menentukan tindakan persalinan yang mungkin digunakan pada persalinan mendatang. Jika ibu memiliki riwayat keguguran berkali-kali, ibu beresiko tinggi mengalaminya kembali serta peluang mengalami persalinan prematur dan masalah lain yang terkait juga lebih tinggi.

4). Riwayat nifas yang lalu

Riwayat nifas ibu dengan keadaan segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C. Bila terjadi peningkatan terus menerus selama 2 hari, kemungkinan terjadi infeksi. terdapat perdarahan atau tidak, serta nilai masalah lain yang terjadi pada masa nifas sebelumnya.

5). Keluarga berencana

Meliputi, jenis metode yang dipakai, waktu, tenaga dan tempat saat pemasangan dan berhenti, keluhan/alasan berhenti.

7). Pola kebiasaan sehari-hari

a) Pola nutrisi

Dikaji tentang jenis makanan yang dikonsumsi klien, apakah ibu hamil (klien) sudah makan teratur 3x sehari atau belum, apakah sudah mengonsumsi makanan yang sesuai dengan menu seimbang (nasi, lauk-pauk, sayur dan buah) atau belum, karena asupan nutrisi waktu hamil harus ditingkatkan hingga 300 kalori perhari juga akan berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin yang dikandungnya. Selain makanan, berapa kali minum dalam sehari juga perlu dipertanyakan, hal ini juga dimaksudkan untuk mencegah keadaan kekurangan cairan (Romauli,2011).

Makan hendaknya beraneka ragam dan berganti-ganti. Zat-zat yang diperlukan adalah protein, karbohidrat, lemak, mineral, terutama kalsium, fosfor, zat besi (Fe), vitamin dan air. Semua zat tersebut diperoleh dari makanan sehari-hari. Jika kurang, ditambahkan suplemen. Peningkatan konsumsi makanan hingga 300 kalori perhari.

b) Pola eliminasi

Eliminasi yang dikaji adalah BAB dan BAK. BAB perlu dikaji untuk mengetahui berapa kali ibu BAB setiap harinya dan bagaimana konsistensi warna fecesnya, biasanya pada ibu hamil kemungkinan besar terkena

sembelit karena pengaruh dari hormon progesterone dan juga warna dari fecesnya terkadang hitam yang disebabkan oleh tablet Fe yang dikonsumsi selama hamil (Romauli, 2011).

c) Pola istirahat

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu dapat beristirahat dengan cukup dan tenang setiap harinya atau tidak, karena dapat berpengaruh terhadap kondisi kesehatannya apabila tidak mempunyai cukup waktu untuk beristirahat (Romauli, 2011). Ibu hamil setidaknya memiliki jam istirahat/tidur yang cukup. Kurang istirahat/tidur, ibu hamil akan terlihat pucat, lesu dan kurang gairah. Ibu hamil dianjurkan tidur malam kurang lebih 8 jam dan tidur siang kurang lebih 1 jam (Nugroho, dkk, 2014).

d) Aktivitas

kita perlu mengkaji kebiasaan sehari-hari pasien karena data ini memberikan gambaran tentang seberapa berat aktivitas yang biasa dilakukan oleh pasien dirumah. Jangan melakukan pekerjaan rumah tangga yang berat dan hindarkan kerja fisik yang dapat menimbulkan kelelahan yang berlebihan.

e) Personal hygiene

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu sudah menerapkan perilaku hidup sehat dalam kehidupannya. Kebersihan diri yang paling dan harus diperhatikan

oleh ibu hamil adalah kebersihan alat kelamin (genetalia), apabila ibu tidak menjaga genetalia akan memudahkan masuknya kuman ke dalam kandungan (Romauli, 2011).

f) Pola seksual

Dikaji untuk mengetahui apakah selama hamil ibu melakukan hubungan seksual atau tidak, karena pada dasarnya hubungan seksual boleh dilakukan selama hamil, asal umur kehamilan ibu cukup besar, karena hubungan seksual yang dilakukan pada saat hamil muda akan sangat berpengaruh terhadap kondisi janin yang dikandung (Romauli, 2011).

- (1) Frekuensi Melakukan hubungan seksual 2/3 kali dalam seminggu.
- (2) Gangguan Bidan dapat menanyakan apakah pasien mengalami gangguan dalam melakukan hubungan seksual, misalnya tidak puas dengan suami dan adanya rasa nyeri yang timbul saat berhubungan.

g) Riwayat ketergantungan

1. Merokok

Wanita yang merokok selama masa hamil juga meresikokan janinnya mengalami penurunan perfusi uteroplasenta dan penurunan oksigenasi. Bayi yang lahir dari wanita yang merokok lebih dari ½ pak per hari cenderung lebih kurus daripada bayi yang lahir dari wanita bukan perokok. Selain itu, bayi yang lahir dari lingkungan rumah yang penghuninya merokok mengalami efek jangka panjang. Peningkatan insiden *Sudden Infant Death Syndrome (SIDS)*, penyakit meningokokus, pneumonia, asma, bronkitis, demam dan infeksi telinga.

2. Alkohol

Alkohol adalah teratogen, dan sindrom alkohol janin (*Fetal alcohol syndrome [FAS]*), digunakan untuk menggambarkan malformasi kongenital yang berhubungan dengan asupan alkohol yang berlebihan selama hamil.

3. Obat terlarang

Penggunaan obat seperti heroin, kemudian metadon, kanabis, kokain, dan amfetamin bila digunakan secara berlebihan pada kehamilan berkaitan dengan keguguran, persalinan prematur, berat badan lahir rendah, lahir

mati, dan abnormalitas.

8). Data psikososial dan spiritual

Kualitas asuhan dapat dinilai melalui kompetensi budaya atau kemampuan seorang penyedia pelayanan untuk mengintegrasikan pengetahuan tentang keyakinan dan norma budaya karena terkait dengan pengalaman melahirkan. Pengkajian budaya harus dilakukan untuk memastikan pemberi asuhan memiliki pengetahuan yang adekuat mengenai keyakinan terhadap dukungan persalinan, terapi obat, pantangan.

9). Dukungan situasional

Dukungan selama masa kehamilan sangat dibutuhkan bagi wanita hamil, terutama dari orang terdekat apalagi ibu yang baru pertama kali hamil. Seorang wanita akan merasa tenang dan nyaman dengan adanya dukungan dan perhatian dari orang-orang terdekat.

2. Data Obyektif

a). Pemeriksaan Umum:

1). Keadaan Umum

Data ini didapat dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan.

Hasil pengamatan yang dilaporkan kriterianya adalah sebagai berikut.

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

b) Lemah. Pasien dimasukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respons yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien sudah tidak mampu berjalan sendiri (Romauli, 2011).

2). Kesadaran.

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien.

Tabel 2.5

Tingkat Kesadaran

Kesadaran	Tanda
Komposmentis	Sadar sepenuhnya, dapat menjawab semua pertanyaan tentang keadaan sekelilingnya Keadaan
Apatis	Keadaan kesadaran yang segan untuk berhubungan dengan kehidupan sekitarnya, sikapnya acuh tak acuh
Somnolen	Keadaan kesadaran yang hanya ingin tidur saja. Hanya dapat dibangunkan dengan rangsangan nyeri, tetapi jatuh tidur lagi
Delirium	Keadaan kacau motorik yang sangat, memberontak, berteriak-teriak, dan tidak sadar terhadap orang lain, tempat dan waktu
Sopor/semi koma	Keadaan kesadaran yang menyerupai koma, reaksi hanya dapat ditimbulkan dengan rangsangan nyeri
Koma	Keadaan kesadaran yang hilang sama sekali dan tidak dapat dibangunkan dengan rangsangan apa pun

Sumber : (Romauli, 2011)

3). Pemeriksaan tanda-tanda vital :

a) Tekanan Darah:tekanan darah arteri menggambarkan dua hal, yaitu besar tekanan yang dihasilkan vertikel kiri sewaktu berkontraksi (angka sistolik). Nilai normal rata-rata tekanan sistol pada orang dewasa adalah 100 sampai 140 mmHg, sedangkan rata-rata diastol adalah 60 sampai 90 mmHg (Romauli, 2011).

b) Nadi: berkisar antara 60-80 x/menit. Denyut nadi ibu hamil yang di atas 100 x/menit pada masa hamil adalah mengindikasikan adanya keluhan seperti tegang, ketakutan atau cemas, perdarahan berat, anemia, dan gangguan jantung (Romauli, 2011)

c) Pernapasan: untuk mengetahui fungsi sistem pernapasan. Normalnya 16-24 x/menit (Romauli, 2011).

d) Suhu tubuh: suhu tubuh yang normal adalah 36- 37,5°C. Suhu tubuh lebih dari 37,5°C perlu diwaspadai karena bersamaan dengan meningkatnya suhu, tubuh akan mengeluarkan zat-zat peradangan yang akan mengganggu kehamilan yang bisa berakibat buruk bagi kehamilan atau janin (Romauli, 2011)

e) Antropometri

1) Tinggi Badan. Ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm tergolong faktor risiko. Faktor risiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan tinggi ialah keadaan rongga panggul. Pada ibu yang pendek, rongga panggulnya sempit. Namun tidak semua pada ibu yang pendek rongga panggulnya sempit (Romauli, 2011).

2) Berat Badan. Ditimbang tiap kali kunjungan untuk mengetahui penambahan berat badan ibu. Penambahan berat badan ibu selama kehamilan menandakan adanya adaptasi ibu terhadap pertumbuhan janin. Normalnya penambahan berat badan tiap minggu adalah 0,50

kg dan penambahan berat badan ibu dari awal sampai akhir kehamilan adalah 6,50 sampai 16,50 kg (Romauli, 2011).

Table 2.6
Rekomendasi penambahan berat badan berdasarkan indeks massa tubuh

Kategori	IMT	Rekomendasi (kg)
Rendah	< 19,8	12,5-18
Normal	19,8-26	11,5-16
Tinggi	26-29	7-11,5
obesitas	>29	>7
gemeli		16-20,5

Sumber : (Romauli, 2011)

3) LILA (Lingkar Lengan Atas)

Pengukuran LILA adalah suatu cara untuk mengetahui risiko Kekurangan Energi Protein (KEP) wanita usia subur (WUS). Pengukuran LILA pada bagian kiri: LILA kurang dari 23,5 cm merupakan indikator kuat untuk status gizi ibu yang kurang/buruk, sehingga ia berisiko untuk melahirkan BBLR (Romauli, 2011).

b). Pemeriksaan fisik

a. Kepala

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

b. Muka

Melihat apakah muka pucat atau tidak, terdapat cloasma gravidaruma atau tidak, oedem atau tidak, pembengkakan pada wajah merupakan salah satu gejala dari adanya preeklamsi walaupun gejala utamanya adalah protein urine. Oedem dapat terjadi karena peningkatan kadar sodium dikarenakan pengaruh hormonal dan tekanan dari pembesaran uterus pada vena cava inferior ketika berbaring.

c. Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre eklamsia.

d. Hidung

Melihat apakah Ada sekret atau tidak, ada polip atau tidak, ada pernapasan cuping hidung atau tidak, jika ada menandakan adanya asfiksia pada ibu.

e. Mulut

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah, maka perlu perawatan mulut agar selalu bersih.

f. Telinga

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

g. Leher

Adakah pembesaran kelenjar tiroid. Dalam kehamilan, normalnya ukuran kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran kira-kira 31% akibat adanya hiperplasi dari jaringan glandula dan peningkatan vaskularitas (Asrinah dkk, 2010).

h. Dada

Normal bila tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada wheezing dan ronhci, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa abnormal (Manuaba, 2012).

Payudara :

Adanya hiperpigmentasi areola, puting susu bersih dan menonjol. Pada minggu ke-12 kolostrum mulai keluar dari papila mammae pada pasien

multigravida yang telah mantap menyusui pada masa kehamilan sebelumnya. Wanita primigravida baru akan memproduksi kolostrum pada masa akhir kehamilan.

i. Perut

Melintang/membujur, tegak/lembek, menggantung/menonjol, perubahan kulit pada abdomen juga ditemukan. Tanda bergaris kehamilan terdahulu terlihat menjadi seperti perak dan garis kehamilan terdahulu terlihat menjadi seperti perak dan yang baru tampak merah muda. Linea nigra mungkin terlihat, ini adalah garis gelap normal karena adanya pigmentasi yang arahnya longitudinal di bagian tengah abdomen bawah dan kadang di atas umbilicus. Adanya jaringan parut menunjukkan adanya pembedahan obstetrik atau abdominal terdahulu (Asrinah dkk, 2010).

j. Genetalia

Adakah tanda Chadwicks, karena adanya hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebiru-biruan (lividea), pembuluh darah pada alat genetalia interna membesar, bila terdapat kecelakaan pada kehamilan atau persalinan, maka perdarahan akan banyak sekali, sampai mengakibatkan kematian.

Kondiloma atau tidak, kebersihan, keputihan, tanda-tanda infeksi, jaringan parut pada perineum (Romauli, 2011).

k. Anus

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

l. Ekstremitas

Normalnya simetris, apakah ada gangguan pergerakan, apakah oedem atau tidak, adanya pembengkakan pada kaki dan tangan merupakan salah satu gejala dari adanya preeklamsi walaupun gejala utamanya adalah protein urine. Oedem dapat terjadi karena peningkatan kadar sodium dikarenakan pengaruh hormonal dan tekanan dari pembesaran uterus pada vena cava inferior ketika berbaring.

c). Pemeriksaan khusus

a) Palpasi

Tangan bidan harus bersih dan hangat, tangan yang dingin tidak memiliki indera peraba akut yang diperlukan, tangan yang dingin cenderung menstimulasi kontraksi abdomen dan otot uterus. Lengan dan tangan harus relaks, palpasi dilakukan dengan bantalan jari, bukan ujung jari yang lembut.

1) Leopold I

Leopold I digunakan untuk menentukan usia kehamilan dan juga untuk mengetahui bagian janin apa yang terdapat di fundus uteri (bagian atas perut ibu).

langkah-langkah pemeriksaan Leopold I yaitu:

- a) Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha
- b) Pemeriksa berdiri di sebelah kanan penderita dan melihat kearah muka penderita
- c) Rahim dibawa ke tengah
- d) Tentukan TFU
- e) Tentukan bagian apa dari bayi yang terdapat pada fundus. Sifat kepala ialah keras, bundar dan melenting. Sifat bokong lunak, kurang bundar dan kurang melenting.

2) Leopold II

Leopold II berguna untuk menentukan bagian janin yang berada di samping kanan dan kiri perut ibu. Cara pemeriksaan salah satu sisi samping perut ibu dengan menekan sisi lainnya. Hasil pemeriksaan berupa punggung kiri (PUKI) atau punggung kanan (PUKA), bagian punggung teraba rata, cembung, kaku/tidak dapat digerakkan. Bagian-bagian kecil (tangan kanan dan kiri) akan teraba kecil, bentuk/posisi tidak jelas dan menonjol, kemungkinan teraba gerakan kaki janin secara aktif atau pasif.

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold II yaitu :

- a) Kedua tangan pindah ke samping
- b) Tentukan dimana punggung anak. Punggung anak terdapat di pihak yang memberikan rintangan yang terbesar, carilah bagian-bagian terkecil yang biasanya terletak bertentangan dengan pihak yang memberi rintangan terbesar.
- c) Kadang-kadang di samping terdapat kepala atau bokong ialah letak lintang

3) Leopold III

Pengkajian Leopold III digunakan untuk menentukan presentasi janin dan apakah sudah masuk pintu atas panggul (PAP) atau belum.

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold III Yaitu :

- a) Meletakkan ujung jari telunjuk kiri pada dinding lateral kiri bawah, telapak tangan kanan bawah perut ibu.
- b) Menekan secara lembut dan bersamaan bergantian untuk menentukan bagian terbawah bayi.
- c) Gunakan tangan kanan dengan ibu jari dan keempat jari lainnya kemudian goyangkan bagian terbawah janin.

4) Leopold IV

Untuk mengkonfirmasi ulang bagian janin apa yang terdapat dibagian bawah perut ibu serta untuk mengetahui seberapa jauh bagian bawah janin telah memasuki pintu atas panggul.

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold IV :

- a) Pemeriksa mengubah sikapnya menjadi ke arah kaki pasien.
- b) Dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi bagian bawah
- c) Ditentukan apakah bagian bawah sudah masuk ke dalam PAP dan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul.
- d) Jika kita rapatkan kedua tangan pada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih terbuka lebar.

- e) Kedua tangan itu konvergen, hanya bagian kecil dari kepala turun ke dalam rongga.
- f) Jika kedua tangan itu sejajar, maka separuh dari kepala masuk ke dalam rongga panggul.
- g) Jika kedua tangan divergen, maka bagian terbesar dari kepala masuk ke dalam rongga panggul dan ukuran terbesar dari kepala sudah melewati pintu atas panggul.

b). Osborn test

Tujuan Osborn ini adalah untuk mengetahui adanya *Cephalopelvic disproportion*/ disporsisi kepala panggul pada ibu hamil. Prosedur pemeriksaan test Osborn adalah sebagai berikut :

- a) Dilakukan pada umur kehamilan 36 minggu
- b) Tangan kiri mendorong janin masuk/ ke arah PAP.

Apabila kepala mudah masuk tanpa halangan, maka hasil test Osborn adalah negatif (-). Apabila kepala tidak bisa masuk dan teraba tonjolan di ukur dengan 2 jari telunjuk dan jari tengah tangan. Apabila lebar tonjolan lebih dari dua jari, maka hasil test Osborn adalah positif (+). Apabila lebar tonjolan kurang dari 2 jari, maka hasil test Osborn

adalah ragu-ragu (\pm). Dengan penambahan usia kehamilan, ukuran kepala diharapkan bisa menyesuaikan dengan ukuran panggul (Mooulase).

Cara lain apabila kepala tidak bisa masuk dan teraba tonjolan di atas simfisis, maka jari tengah di letakkan tepat di atas simfisis. Apabila telunjuk lebih rendah dari jari tengah, maka hasil test Osborn adalah negative (-). Apabila jari telunjuk dan jari tengah sejajar, maka hasil test Osborn adalah ragu-ragu (\pm). Apabila jari telunjuk lebih tinggi dari jari tengah, maka hasil test Osborn adalah positif (+).

c). Rumus Mc Donald

Fundus uteri diukur dengan pita/ metlin. Tinggi fundus dikalikan 2 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam bulan onstetric dan bila dikalikan 8 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam minggu.

d). Tinggi Fundus Uteri (TFU)

cara menghitung TFU untuk menentukan usia kehamilan dengan cara sebagai berikut :

- 1) Tinggi fundus (cm) \times 2/7 = durasi kehamilan dalam bulan
- 2) Tinggi fundus (cm) \times 8/7 (durasi dalam minggu) (Manuaba, 2010).

Tabel 2.7
Usia kehamilan Berdasarkan TFU

Usia kehamilan	Tinggi Fundus
	Batas Perkiraan
8 minggu	Belakang simfisis
12 minggu	Teraba diatas simfisis pubis
16 minggu	Di tengah, antara simfisis pubis dan Umbilicus
20 minggu	3 jari bawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	3 jari atas pusat
32 minggu	Pertengahan pusat simfisis – prosesus xypodeus
36 minggu	3 jari bawah pusat – setinggi prosesus Xypodeus

Sumber : (Manuaba, 2010)

e). Tafsiran berat janin (TBJ)

Tafsiran bila berlaku untuk janin presentasi kepala rumusnya sebagai berikut :

(TFU dalam cm – n) x 155 =berat (gram).

Bila kepala di atas atau pada spina ischiadika maka n =12

Dan bila kepala di bawah spina ischiadika maka n =11

f). Auskultasi

Jumlah denyut jantung janin normalnya antara 120-140 denyut per menit.

Bila bunyi jantung kurang dari 120 per menit atau lebih dari 160 per menit atau tidak teratur, maka janin dalam keadaan asfiksia (kekurangan oksigen).

g). Pemeriksaan panggul

Menurut (Marmi, 2011) Persalinan dapat berlangsung dengan baik atau tidak antara lain tergantung pada luasnya jalan lahir yang terutama ditentukan oleh bentuk dan ukuran-ukuran panggul. Maka untuk meramalkan apakah persalinan dapat berlangsung biasa, pengukuran panggul diperlukan. Pemeriksaan panggul dibagi menjadi

2, yaitu:

1. Pemeriksaan panggul luar

- (1) *Distantia spinarum*, jarak antara spina iliaca anterior superior kiri dan kanan (normalnya $\pm 23-26$ cm).
- (2) *Distantia cristarum*, jarak antara crista iliaca kanan dan kiri (normalnya $\pm 26-29$ cm).
- (3) *Conjungata eksterna* (baudeloque), jarak antara pinggir atas symphysis dan ujung processus spinosus ruas tulang lumbal ke-V (normalnya $\pm 18-20$ cm).
- (4) Ukuran lingkaran panggul, dari pinggir atas symphysis ke

pertengahan antara spina iliaca anterior superior dan trochanter major sepihak dan kembali melalui tempat-tempat yang sama dipihak yang lain (normalnya 80-90 cm).

2. Pemeriksaan panggul dalam :

Pemeriksaan dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu. Dengan pemeriksaan dalam kita dapat kesan mengenai bentuk panggul. Didapatkan hasil normal bila promontorium tidak teraba, tidak ada tumor (exostose), linea innominata teraba sebagian, spina ischiadika tidak teraba, *os. sacrum* mempunyai inklinasi ke belakang dan sudut arkus pubis $> 90^\circ$.

d). Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan Darah

a. Hemoglobin (Hb)

Pemeriksaan *Haemoglobin* darah ibu hamil dilakukan minimal 2 kali yaitu sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya, karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan.

Menurut Manuaba (2010: 239), hasil pemeriksaan Hb dengan Sahli dapat digolongkan sebagai berikut: Hb \geq 11gr tidak anemia. Hb 9-10gr% anemia ringan. Hb 7-8gr% anemia sedang. Hb $<$ 7gr% anemia berat.

b. Golongan darah

Golongan darah ABO dan faktor Rhesus (Rh). Ibu dengan rhesus negatif beresiko mengalami keguguran, amniosentesis, atau trauma uterus, harus diberi anti-gammaglobulin D dalam beberapa hari setelah pemeriksaan. Jika titrasi menunjukkan peningkatan respons antibodi, harus dilakukan pemeriksaan yang lebih sering dalam rangka merencanakan penatalaksanaan pengobatan oleh spesialis Rhesus.

2. Pemeriksaan urin

Urinalisis dilakukan pada setiap kunjungan untuk memastikan tidak adanya abnormalitas. Hal lain yang dapat ditemukan pada urinalisis rutin antara lain:

- a. Keton akibat pemecahan lemak untuk menyediakan glukosa, disebabkan oleh kurangnya pemenuhan kebutuhan janin yang dapat terjadi akibat muntah, hiperemesis, kelaparan, atau latihan

fisik yang berlebihan.

- b. Glukosa karena peningkatan sirkulasi darah, penurunan ambang ginjal atau penyakit.
- c. Protein akibat kontaminasi oleh leukore vagina, atau penyakit seperti infeksi saluran perkemihan atau gangguan hipertensi pada kehamilan.

3. Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan USG digunakan untuk membuktikan kehamilan, usia kehamilan, ukuran plasenta, dan lokasinya, kemungkinan bayi kembar, serta beberapa abnormalitas.

4. NST (*Non Stress Test*)

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

Pemeriksaan NST dilakukan secara tidak rutin, paling sering digunakan pada trimester III dan atas indikasi seperti insufisiensi plasenta atau peningkatan risiko Insufisiensi Uteroplasenta. Selain itu indikasi obstetric lainnya adalah IUGR, Diabetes sebelum kehamilan

dan saat kehamilan, hipertensi kronis dan hipertensi saat kehamilan, preeklamsia, kehamilan kembar, oligohidramnion, kehamilan pascamatur, isoimunisasi Rh, ketuban pecah dini, penurunan gerakan janin, dan kelahiran mati pada kehamilan sebelumnya.

B. Diagnosis

Dari hasil pemeriksaan harus dapat diketahui tentang bagaimana keadaan kesehatan umum ibu, apakah primigravida atau multigravida atau bagaimana keadaan jalan lahir, apakah benar hamil berapa usia kehamilannya, apakah janin hidup, apakah janin tunggal, letak janin apakah intrauterine serta penggolongan ibu hamil dan kemungkinan jalannya persalinan (Manuaba, 2010).

C. Intervensi

Diagnosa G PAPIAH usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik. (Manuaba, 2010).

1) Tujuan : Ibu dan janin sehat, sejahtera sampai melahirkan.

2) Kriteria :

- a. Keadaan umum baik.
- b. Kesadaran composmentis.
- c. Tanda-tanda vital normal :

Tekanan darah : 110/70-130-90 mmHg

Nadi : 76-88 x/menit

Suhu : 36,5-37,5 °C

Pernafasan : 16-20 x/menit

- d. Pemeriksaan laboratorium.
- e. Hb \geq 11 gr , protein urine (-), reduksi urine (-).
- f. DJJ 120-160 x/menit, kuat, irama teratur
- g. TFU sesuai dengan usia kehamilan.
- h. Situs bujur dan presentasi kepala.

3. Intervensi

- a. Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan.

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

- b. Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin timbul pada ibu hamil trimester III.

R/Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya.

- c. Diskusikan dengan ibu tentang kebutuhan dasar ibu hamil meliputi nutrisi, eliminasi, istirahat dan tidur, personal hygiene, aktivitas, hubungan seksual, perawatan payudara, dan senam hamil.

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

- d. Jelaskan pada ibu tentang tanda bahaya kehamilan trimester III yang mengindikasikan pentingnya menghubungi tenaga kesehatan dengan segera.

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

- e. Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan.

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

- f. Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan.

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

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

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

- a) Masalah 1 : Edema Dependen.

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

Kriteria : Setelah tidur/istirahat edema berkurang.

Intervensi :

f. Jelaskan penyebab dari edema dependen.

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

g. Anjurkan ibu tidur miring ke kiri dan kaki agak ditinggikan.

R/Mengurangi penekanan pada vena cava inferior oleh pembesaran uterus yang akan memperberat edema.

h. Anjurkan pada ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama.

R/Meringankan penekanan pada vena dalam panggul.

i. Anjurkan pada ibu menghindari pakaian yang ketat.

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

j. Anjurkan pada ibu menggunakan penyokong atau korset.

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

b) Masalah 2 : Nokturia

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

2) Kriteria :

a) Ibu BAK 7-8 x/hari terutama siang hari

b) Infeksi saluran kencing tidak terjadi

3) Intervensi

e. Jelaskan penyebab terjadinya sering kencing

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

f. Anjurkan ibu untuk menghindari minum-minuman bahan diuretic alamiah seperti kopi, teh, *softdrink*.

R/Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih.

g. Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK

R/Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

h. Anjurkan minum 8-10 gelas/hari tetapi banyak minum pada siang hari dan menguranginya setelah makan sore, serta sebelum tidur buangair kencing dahulu.

R/Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

c) Masalah 3: Konstipasi sehubungan dengan peningkatan progesteron.

1) Tujuan : Tidak terjadi konstipasi.

2) Kriteria : Ibu bisa BAB 1-2 x/hari, konsistensi lunak.

3) Intervensi :

a. Anjurkan ibu untuk membiasakan pola BAB teratur

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

b. Anjurkan ibu meningkatkan intake cairan, serat dalam diet

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

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

R/Dengan minum panas/dingin sehingga dapat merangsang BAB

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

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

d). Masalah 4 : Hemoroid.

1). Tujuan : Hemoroid tidak terjadi atau tidak bertambah parah.

2). Kriteria :

- a) BAB 1-2 x/hari, konsistensi lunak.
- b) BAB tidak berdarah dan tidak nyeri.

3) Intervensi :

- a. Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan tinggi serat untuk menghindari konstipasi
R/Makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat/keras sehingga mempermudah pengeluaran feses.
- b. Anjurkan ibu untuk minum air hangat satu gelas tiap bangun pagi
R/Minum air hangat akan merangsang peristaltik usus sehingga dapat merangsang pengosongan kolon lebih cepat.
- c. Anjurkan ibu untuk jalan-jalan atau senam ringan.
R/Olahraga dapat memperlancar peredaran darah sehingga semua sistem tubuh dapat berjalan lancar termasuk sistem pencernaan.
- d. Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi
R/Mengejan yang terlalu sering akan memicu terjadinya hemoroid.
- e. Anjurkan ibu untuk mandi berendam dengan air hangat.
R/Kompres diperlukan untuk mengurangi hemoroid.

- f. R/air hangat tidak hanya memberikan kenyamanan, tetapi juga meningkatkan sirkulasi.
- g. Anjurkan ibu untuk mengompres es dan air hangat.

R/Kompres diperlukan untuk mengurangi hemoroid.

e). Masalah 5 : Kram pada kaki

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

2. Kriteria:

- a) Kram pada kaki berkurang.
- b) Ibu mampu mengatasi bila kram tungkai berkurang.

3. Intervensi

- a. Jelaskan penyebab kram kaki.

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

- b. Anjurkan ibu untuk senam hamil teratur.

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

- c. Anjurkan ibu untuk menghangatkan kaki dan betis dengan massage.

R/Sirkulasi darah ke jaringan lancar.

d. Minta ibu untuk tidak berdiri lama.

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

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

R/Otot-otot bisa relaksasi sehingga kram berkurang.

f. Anjurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor

R/Konsumsi kalsium dan phosphor baik untuk kesehatan tulang

f). Masalah 6 : Sesak nafas.

1. Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya dan kebutuhan O_2 ibu terpenuhi.

2. Kriteria :

a) Frekuensi pernapasan 16-24 x/menit.

b) Ibu menggunakan pernapasan perut.

3. Intervensi

a) Jelaskan pada ibu penyebab sesak nafas.

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

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

R/Menghindari penekanan diafragma.

b) Anjurkan ibu senam hamil teratur.

R/Merelaksasi otot-otot.

c) Anjurkan ibu menghindari kerja keras.

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

d) Anjurkan ibu berdiri merengangkan lengannya di atas kepala.

R/Perengangan tulang meringankan penarikan nafas.

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

1. Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya sehingga tidak cemas.

2. Kriteria :

a.Pusing berkurang.

b.Kesadaran composmetis.

c. Tidak terjadi jatuh/hilang keseimbangan.

3. Intervensi

a. Jelaskan pada ibu penyebab pusing.

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

b. Ajarkan ibu cara bangun perlahan dari posisi istirahat.

R/Agar ibu tidak terjatuh dari bangun tidur.

c. Anjurkan ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama di lingkungan panas dan sesak.

R/Kekurangan O₂ karena lingkungan sesak dapat menyebabkan pusing.

d. Jelaskan untuk menghindari posisi telentang.

R/Sirkulasi O₂ ke otak lancar

h). Masalah 8 : Nyeri punggung bawah.

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

2. Kriteria : Nyeri punggung berkurang.

3. Intervensi

f. Tekuk kaki daripada membungkuk ketika mengangkat apapun.

Lebarkan kedua kaki dan tempatkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain saat menekuk kaki.

R/Menekuk kaki akan membuat kedua tungkai yang menopang berat badan dan meregang, bukan punggung. Melebarkan kedua kaki dan menempatkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain akan memberi jarak yang cukup saat bangkit dari posisi setengah jongkok.

g. Hindari membungkuk berlebihan dan mengangkat beban.

R/Menghilangkan tegang pada punggung bawah yang disebabkan oleh peningkatan lengkung vertebra lumbosakral dan pengencangan otot-otot punggung.

h. Anjurkan tidur miring kirir dan perut diganjal bantal.

R/Mengurangi penekanan uterus pada ligamentum rotundum

i. Gunakan sepatu tumit rendah.

R/Sepatu tumit tinggi tidak stabil dan memperberat masalah pada pusat gravitasi serta lordosis.

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

R/Kasur yang menyokong dan penggunaan bantal dapat meluruskan punggung serta meringankan tarikan dan regangan.

i). Masalah 9 : Varices

1. Tujuan: Tidak terjadi varises atau varises tidak bertambah parah

2. Kriteria : Tidak terdapat varises

3. Intervensi :

a. Kenakan kaos kaki penyokong.

R/Penggunaan kaos kaki penyokong dapat meningkatkan aliran balik vena

dan menurunkan risiko terjadinya varises.

- b. Hindari mengenakan pakaian ketat.

R/Pakaian ketat dapat menghambat aliran balik vena.

- c. Hindari berdiri lama dan tidak menyilang saat duduk.

R/Meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan resiko terjadinya varises.

- d. Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur.

R/Latihan ringan dan berjalan secara teratur dapat memfasilitasi peningkatan sirkulasi.

- e. Kenakan penyokong abdomen maternal atau korset.

R/ Penggunaa korset dapat mengurangi tekanan pada vena panggul.

D. Implementasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

Dengan kriteria:

- a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
- b. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan /keluarga
- c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
- d. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

E. Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

Dengan kriteria:

1. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia.
2. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

S : Adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.

O : Adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P : Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara

komprehensif, penyuluhan, dukungan kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.



2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan

A. Pengkajian Data

1. Data Subyektif

a. Identifikasi

1) Nama

Selain sebagai identitas, upayakan agar bidan memanggil dengan nama panggilan sehingga hubungan komunikasi antara bidan dan pasien menjadi lebih akrab.

2) Umur

Data ini ditanyakan untuk menentukan apakah ibu dalam persalinan beresiko karena usia atau tidak.

3) Agama

Sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan.

4) Pendidikan terakhir

Sebagai dasar bidan untuk menentukan metode yang paling tepat dalam penyampaian informasi mengenai teknik melahirkan bayi. Tingkat pendidikan ini akan sangat mempengaruhi daya tangkap dan tanggap pasien terhadap intruksi yang diberikan bidan pada proses persalinan.

5) Pekerjaan

Data ini menggambarkan tingkat sosial ekonomi, pola sosialisasi, dan data pendukung dalam menentukan pola komunikasi yang akan dipilih selama asuhan.

6) Alamat

Selain sebagai data distribusi lokal pasien, data ini juga memberi gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalinan. Ini mungkin berkaitan dengan keluhan terakhir, atau tanda persalinan yang disampaikan dengan patokan saat terakhir sebelum berangkat ke lokasi persalinan.

b. Keluhan utama

Menurut (Manuaba, 2010) tanda-tanda persalinan adalah:

- a) Terjadinya his persalinan. His persalinan mempunyai ciri khas pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks, makin beraktivitas (jalan) makin bertambah.
- b) Pengeluaran lendir dan darah (pembawa tanda). Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan. Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.
- c) Pengeluaran cairan. Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam.
- d) Gejala utama pada kala II menurut (Manuaba, 2010) :

- 1) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik.
- 2) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- 3) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya pleksus Frankenhauser.

c. Riwayat kebidanan

1) Riwayat menstruasi

Siklus haid yang klasik yaitu 28 hari 2 hari sedangkan pola haid dan lamanya perdarahan tergantung pada tipe wanita biasanya 3-8 hari.

2) Hari pertama haid tearakir

HPHT dapat dijabarkan untuk memperhitungkan tanggal tafsiran persalinan. Bila siklus haid 28 hari rumus yang dipakai yaitu rumus Neagle $+7$ hari, -3 bulan, $+1$ tahun.

3) Riwayat kehamilan sekarang

Dikaji untuk menentukan umur kehamilan dengan tepat. Setelah mengetahui umur kehamilan ibu, bidan dapat memberikan konseling tentang keluhan kehamilan yang sering terjadi dan dapat mendeteksi adanya komplikasi dengan baik.

4) Riwayat persalinan yang lalu

Persalinan aterm, persalinaan yang premature, keguguran atau kegagalan kehamilan, persalinan tindakan dengan forcep atau SC, riwayat perdarahan pada kehamilan. Sebelumnya, hipertensi disebabkan pada kehamilan sebelumnya, berat bayi sebelumnya 2500 atau 4000, masalah-masalah yang dialami, riwayat kebidanan yang lalu membantu dalam mengelola asuhan pada kehamilan ini (konseling khusus test, tindak lanjut dan rencana persalinan).

5) Riwayat nifas yang lalu

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C. peningkatan melebihi 38°C berturut-turut selama dua hari kemungkinan terjadi infeksi. Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya akan menjadi keras karena kontraksinya sehingga terdapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti dengan his menimbulkan rasa nyeri terutama pada multipara (Manuaba, 2010).

6) Riwayat kehamilan sekarang

Dikaji untuk menentukan umur kehamilan dengan tepat. Setelah mengetahui umur kehamilan ibu, bidan dapat memberikan konseling tentang keluhan kehamilan yang biasanya terjadinya dan dapat mendeteksi adanya komplikasi dengan yang lebih baik.

Hal ini perlu dikaji didalamnya antara lain berapa kali ibu sudah melakukan ANC,

dimana ibu memperoleh ANC, apakah ibu sudah mendapatkan imunisasi TT dan berapa kali mendapatkannya, apakah ibu teratur minum tablet tambah darahnya, kalsium dan vitamin ibu peroleh setiap kali control, apakah ada keluhan atau komplikasi selama ibu hamil dan apakah ibu mempunyai kebiasaan-kebiasaan mengonsumsi obat-obatan, merokok, minum jamu dan alcohol dan sebagainya, sehingga kehamilan pemeriksaan ANC harus lebih sering guna untuk mengetahui pertumbuhan dan perkembangan janin yang dikandung.

7) Riwayat KB (Keluarga Berencana)

Untuk mengetahui apakah ibu sudah menjadi akseptor KB sebelum hamil atau tidak, metode kontrasepsi yang digunakan apa dan sudah berapa lama ibu menjadi akseptor KB serta rencana KB apa yang akan digunakan ibu setelah melahirkan.

8) Riwayat kesehatan dan penyakit klien

Membantu bidan mengidentifikasi kondisi kesehatan yang dapat memengaruhi kehamilan atau bayi baru lahir.

Beberapa kondisi medis pada kategori ini :

a) hipertensi

Wanita hipertensi yang dinyatakan hamil perlu mendiskusikan dengan dokternya tentang pengobatan mana yang aman digunakan selama mengandung. Selain itu, wanita dengan hipertensi yang sudah ada sebelumnya

mengalami peningkatan resiko terjadinya preeklamsia selama kehamilan

b) system kardiovaskuler

Perubahan fisiologi normal pada masa hamil, meningkatkan curah jantung wanita hingga mencapai 40% melebihi curah jantung ketika tidak hamil saat berada pada keadaan istirahat. Peningkatan ini terjadi pada awal kehamilan dan mencapai puncaknya pada usia kehamilan 20 – 24 minggu. Peningkatan curah jantung selama kehamilan, persalinan dan kelahiran akan meningkatkan resiko dekomposisi jantung pada wanita hamil yang mempunyai riwayat penyakit jantung.

c) Diabetes melitus

Pada persalinana yang memerlukan tenaga ibu dan kerja rahim akan memerlukan glukosa banyak, maka bias terjadi hipoglikemia atau koma (Mochtar, 2015).

d) Anemia

Anemia yaitu sebagai penurunan jumlah sel darah merah atau penurunan konsentrasi hemoglobin didalam sirkulasi darah. Anemia yang diterima secara umum adalah kadar Hb kurang dari 12 gram per 100 mililiter (12g/desiliter) untuk wanita tidak hamil dan kurang dari 10 gram per 100 mililiter (10g/desiliter) untuk wanita hamil.

e) Asma

Pengawasan ibu hamil dan pertolongan persalinan dapat berlangsung biasa, kecuali terdapat indikasi pertolongan persalinan dengan tindakan operasi (Manuaba, 2010).

9) Riwayat kesehatan keluarga

Yang perlu dikaji apabila ada riwayat penyakit menular dalam keluarga ibu maupun suami (seperti hipertensi, TBC, HIV, HIV/AIDS, PMS) yang dapat menular kepada anggota keluarga yang lain. Perlu dikaji juga jika ada riwayat penyakit keturunan dalam keluarga ibu maupun suami (seperti jantung, DM, asma, hipertensi dan lainnya) karena dapat menurunkan kepada anggota keluarga yang lain dan dapat membahayakan apabila penyakit tersebut terjadi pada ibu hamil.

10) Data fungsional kesehatan

a) Pola nutrisi

Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi dan/atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif.

b) Eliminasi

Saat janin mulai turun ke pelvis, kandung kemih rentan terhadap kerusakan

akibat tekanan kepala. Dasar kandung kemih dapat terkompresi diantara gelang pelvik dan kepala janin. Risiko trauma semakin besar jika kandung kemih mengalami distensi. Ibu harus dianjurkan untuk berkemih diawal kala II. Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih secara rutin selama persalinan, ibu harus berkemih sedikitnya setiap 2 jam, atau lebih sering jika ibu merasa ingin berkemih atau jika kandung kemih terasa penuh. Periksa kandung kemih sebelum memeriksa denyut jantung janin. Anjurkan ibu untuk buang air besar jika perlu. Jika ibu ingin buang besar saat fase aktif, lakukan periksa dalam untuk memastikan bahwa apa yang dirasakan ibu bukan disebabkan oleh tekanan bayi pada rectum.

c) Istirahat

Istirahat sangat diperlukan oleh pasien untuk mempersiapkan energi menghadapi proses persalian.

d) Personal hygiene

Data ini perlu kita gali karena akan sangat berkaitan dengan kenyamanan pasien dalam menjalani proses persalinannya.

e) Aktivitas seksual

Data yang kita perlukan berkaitan dengan aktivitas seksual adalah sebagai berikut:

- (a) Keluhan
- (b) Frekuensi
- (c) Kapan terakhir melakukan hubungan seksual

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan umum

1) Keadaan umum

Keadaan umum baik, kesadaran komposmetis, postur tubuh, pada saat ini diperhatikan bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan (cenderung membungkuk, terdapat lordosis, kifosis, skoliosis, atau berjalan pincang).

2) Tanda-tanda vital

a) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diawal kontraksi tekanan darah kembali ketinggian sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan

darah selama kontraksi dapat dihindari. Tekanan darah diukur tiap 2-4 jam sekali, kecuali jika tidak normal. Tekanan darah juga harus dipantau dengan sangat cermat setelah anestetik epidural atau spinal. Hipotensi dapat terjadi akibat posisi telentang, syok, atau anestesi epidural. Pada ibu pre eklamsi atau hipertensi esensial selama kehamilan, persalinan lebih meningkatkan tekanan darah.

b) Nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi. Penurunan yang mencolok selama puncak kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang. Frekuensi nadi merupakan indikator yang baik dari kondisi fisik umum ibu. Jika frekuensi nadi meningkat lebih dari 100 denyut per menit, hal tersebut dapat mengindikasikan adanya ansietas, nyeri, infeksi, ketosis, atau perdarahan. Frekuensi nadi biasanya dihitung setiap 1-2 jam selama awal persalinan dan setiap 30 menit jika persalinan lebih cepat.

c) Suhu

Suhu sedikit meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah

melahirkan. Dianggap normal adalah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5 sampai 1⁰ C yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan. Peningkatan suhu sedikit adalah normal. Namun bila persalinan berlangsung lebih lama, peningkatan suhu dapat mengindikasikan dehidrasi dan parameter lain harus dicek. Pada kasus ketuban pecah dini, peningkatan suhu dapat mengindikasikan infeksi dan tidak dapat dianggap normal pada kondisi ini.

d) Pernafasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan, dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi.

3) Antropometri

a) BB

Penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian payudara. Volume darah, dan cairan ekstraseluler. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg.

b) TB

Tinggi badan kurang dari rata-rata merupakan faktor resiko bagi ibu hamil/bersalin, jika tinggi badan kurang dari 145 cm kemungkinan ibu memiliki panggul sempit. Tujuan pemeriksaan tinggi badan untuk mengetahui

tinggi badan ibu sehingga bisa mendeteksi faktor resiko.

c) Lingkar lengan atas

Pengukuran LILA adalah suatu cara untuk mengetahui risiko Kekurangan Energi Protein (KEP) wanita usia subur (WUS). Pengukuran LILA pada bagian kiri: LILA kurang dari 23,5 cm merupakan indikator kuat untuk status gizi ibu yang kurang/buruk, sehingga ia berisiko untuk melahirkan BBLR.

4) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak (Sulistyawati, 2011).

b) Muka

Pada wajah perlu dilakukan pemeriksaan edema yang merupakan tanda klasik preeklampsia. Saat menjelang persalinan, ibu akan nampak gelisah ketakutan dan menahan rasa sakit akibat his (Saifudin, 2011).

c) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeklamsia (Romauli,

2011).

d) Hidung

Adakah pernafasan cuping hidung adan adakah pengeluaran sekret (Romauli, 2011).

e) Mulut dan gigi

Wanita yang bersalin biasanya mengeluarkan bau napas yang tidak sedap, mulut kering, bibir kering atau pecah- pecah, tenggorokan nyeri dan gigi berjigong, terutama jika ia bersalin selama berjam-jam tanpa mendapat cairan oral dan perawatan mulut (Romauli, 2011).

f) Telinga

Normal tidak ada serumen yang berlebihan dan tidak berbau, bentuk simetris.

g) Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi (Saifuddin, 2010). Kelenjar limfe yang membengkak merupakan salah satu gejala klinis infeksi toksoplasmosis pada ibu hamil, pengaruhnya terhadap kehamilan dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas dan cacat bawaan (Manuaba, 2010).

h) Dada

Normal bila tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada wheezing dan ronchi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa abnormal.

i) Payudara

Menjelang persalinan, perlu dilakukan pemeriksaan terhadap kondisi puting ibu misalnya kolostrum kering atau berkerak, muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam mengeluarkan putiang yang rata atau inversi pada wanita yang merencanakan untuk menyusui.

j) Abdomen

Pada ibu bersalin perlu dilakukan pemeriksaan TFU, yaitu pada saat tidak sedang kontraksi dengan menggunakan pita ukur. Kontraksi uterus perlu dipantau mengenai jumlah kontraksi selama 10 menit, dan lama kontraksi. Pemeriksaan DJJ dilakukan selama atau sebelum puncak kontraksi pada lebih dari satu kontraksi. Presentasi janin, dan penurunan bagian terendah janin juga perlu dilakukan pemeriksaan. Sebelum melakukan pemeriksaan abdomen, anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih. Kandung kemih harus sering diperiksa setiap 2 jam untuk mengetahui adanya distensi juga harus dikosongkan ntuk mencegah obstruksi persalinan akibat kandung kemih yang penuh, yang akan mencegah penurunan bagian presentasi janin dan trauma pada kandung kemih akibat penekanan yang lama yang akan

menyebabkan hipotonia kandung kemih. Perlu dikaji juga jaringan parut pada abdomen untuk memastikan integritas uterus.

k) Anus

Perineum mulai menonjol dan anus mulai membuka. Tanda ini akan tampak bila betul-betul kepala sudah di dasar pangul dan mulai membuka pintu. Kemajuan kepala janin menjelang persalinan akan menyebabkan penonjolan pada rectum.

l) Genitalia

Tanda-tanda inpartu pada vagina terdapat pengeluaran pervaginam berupa *bloody slym*, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka sebagai tanda gejala kala II. Pada genetalia dilakukan pemeriksaan adanya luka atau massa termasuk kondilomata, varikosis vulva atau rektum, adanya perdarahan pervaginam, cairan ketuban dan adanya luka parut di vagina. Luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya.

m) Ekstremitas

Terutama pemeriksaan reflek lutut. Reflek lutut negatif pada hipovitaminose dan penyakit urat saraf. Edema ekstremitas merupakan tanda klasik preeklampsia, bidan harus memeriksa dan mengevaluasi pada pergelangan

kaki, area pretibia, atau jari. Edema pada kaki dan pergelangan kaki biasanya merupakan edema dependen yang disebabkan oleh penurunan aliran darah vena akibat uterus yang membesar.

5) Pemeriksaan Khusus

a) Palpasi

Palpasi adalah perabaan untuk menentukan seberapa besar bagian kepala janin yang terpalpasi di atas pintu panggul untuk menentukan seberapa jauh terjadinya *engagement*, mengidentifikasi punggung janin untuk menentukan posisi, dan menentukan letak bokong dan kepala dan presentasi janin.

b) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Menurut Saifudin, 2013 perkiraan tinggi fundus uteri sesuai umur kehamilan dalam minggu adalah seperti pada tabel berikut :

c) Cara menghitung TBJ(Tafsiran Berat Janin)

Menurut Jannah (2012:85) untuk mengukur TBJ dalam gram, perlu diketahui

kepala sudah masuk pintu atas panggul atau belum.

Rumusnya:

$$TBJ = (TFU \text{ dalam cm} - n) \times 155 = \dots\dots\dots\text{gram}$$

n : posisi kepala masih di atas spina ischiadika atau bawah. Bila di atas (-12) dan bila di bawah (-11).

Tabel 2.8
TBJ normal untuk usia kehamilan trimester III

Usia Kehamilan(bulan)	Berat Badan(gram)
7	1000
8	1800
9	2500
10	3000

Sumber : (Manuaba, 2012)

d) Auskultasi

Penilaian denyut jantung janin (DJJ) selama dan segera setelah kontraksi uterus. Mulai penilaian sebelum atau selama puncak kontraksi. Dengarkan DJJ selama minimal 60 detik, dengarkan sampai sedikitnya 30 detik setelah kontraksi berakhir. Lakukan penilaian DJJ tersebut pada lebih dari satu kontraksi. Gangguan kondisi kesehatan janin dicerminkan dari DJJ yang kurang dari 120 atau lebih dari 160 kali per menit. Kegawatan janin ditunjukkan dari DJJ yang kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali per menit. Bila demikian, baringkan ibu ke sisi kiri dan anjurkan ibu untuk relaksasi.

e) His

His kala II, His semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik. (Manuaba, 2012). Adanya his dalam persalinan dapat dibedakan sebagai berikut:

(1) Kala I

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Kala satu persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

(2) Kala II

Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut dengan kala pengeluaran bayi.

(3) Kala III

Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban.

(4) Kala IV

Persalinan kala empat dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu.

f) Pemeriksaan dalam

yang perlu dilakukan dalam pemeriksaan dalam adalah :

1. Memeriksa genetalia eksterna, memerhatikan ada tidaknya luka atau massa (benjolan) termasuk kodiloma, varikosis vulva atau rektum, atau luka parut di perineum.
2. Menilai cairan vagina dan menentukan bercak darah, perdarahan pervaginam atau mekonium :
 - (a) Jika ada perdarahan pervaginam dilarang melakukan pemeriksaan dalam.
 - (b) Jika ketuban sudah pecah, perhatikan warna dan bau air ketuban. Melihat pewarnaan mekonium, kekentalan dan pemeriksaan DJJ.
 - (c) Jika mekonium encer dan DJJ normal, meneruskan memantau DJJ dengan seksama menurut petunjuk partograf.
 - (d) Jika mekonium kental, menilai DJJ dan merujuk.
 - (e) Jika tercium bau busuk, mungkin telah terjadi tanda infeksi.
 - (f) Jika ketuban belum pecah jangan melakukan amniotomi
3. Adanya luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya. Hal ini merupakan

informasi penting untuk menentukan tindakan pada saat kelahiran bayi.

4. Menilai pembukaan dan penipisan serviks.
5. Memastikan tali pusat dan/ atau bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba pada saat melakukan periksa dalam.
6. Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian yang masuk ke dalam rongga panggul.
7. Jika bagian terbawah kepala, memastikan penunjuknya (ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar) dan celah (sutura) sagitalis untuk menilai derajat penyusupan atau tumpang tindih tulang kepala serta menilai ukuran kepala janin dengan ukuran jalan lahir apakah sesuai.

g) Pemeriksaan panggul

pemeriksaan panggul yang perlu diperhatikan adalah bentuk dan ukuran panggul, untuk ukuran perlu diperhatikan hal berikut:

- a. Bila promontorium teraba pada pemeriksaan dalam, berarti ada
- b. kesempitan panggul
- c. Normal linea inominata teraba dalam pemeriksaan dalam, bila teraba sebagian atau keseluruhan berarti ada kesempitan panggul
- d. Spira ischiadika normal, tidak menonjol ke dalam. Bila menonjol berarti ada kesempitan panggul

- e. Sudut arcus pubis $> 90^\circ$, bila kurang berarti ada kesempitan panggul
- f. Keadaan dasar panggul apakah kaku, tebal atau elastis.

h) Pemeriksaan penunjang

1. Urin

Urin yang dikeluarkan selama persalinan harus diperiksa untuk adanya glukosa, keton, dan protein. Keton dapat terjadi akibat kelaparan atau distress maternal jika semua energi yang ada telah terpakai. Kadar keton yang rendah sering terjadi selama persalinan dan dianggap tidak signifikan.

Kecuali pada ibu non-diabetik yang baru saja mengonsumsi karbohidrat atau gula dalam jumlah besar, glukosa ditemukan dalam urine hanya setelah pemberian glukosa intravena. Jejak protein bisa jadi merupakan kontaminan setelah ketuban pecah atau tanda infeksi urinaria, tetapi proteinuria yang lebih signifikan dapat mengindikasikan adanya pre eklamsi.

2) Darah

Yang diperiksa adalah golongan darah ibu, kadar hemoglobin dan HbsAg.

B. Diagnosa Kebidanan

GPAPIAH 36 - 40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H..., kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan

janin baik, inpartu :

1. Kala I fase laten dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan.
2. Kala I fase aktif akselerasi/dilatasi maksimal/deselerasi dengan kemungkinan masalah ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan.
3. Kala II dengan kemungkinan masalah: Kekurangan cairan. Infeksi. Kram Tungkai.
4. Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik
5. P_{≥1} Kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah yaitu) :
 - a. Retensio plasenta.
 - b. Avulsi tali pusat.
6. P_{≥1} Kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi yaitu :
 - a. Atonia uteri.
 - b. Robekan vagina, perineum atau serviks.
 - c. Subinvolusi sehubungan dengan kandung kemih

C. Perencanaan

GPAPIAH UK 37 - 40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H..., kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/fase aktif.

Tujuan : Proses persalinan berjalan dengan normal ibu dan bayi sehat

Kriteria :

1. KU baik, kesadaran komposmentis.
2. TTV dalam batas normal
TD: 100/60 – 130/90 mmHg
S: 36 – 37°C
N: 80–100x/menit
R: 16 – 24x/menit
3. His minimal 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik.
4. Kala I pada primigravida <13 jam sedangkan multigravida <7 jam.
5. Kala II pada primigravida <2 jam sedangkan pada multigravida <1 jam.
6. Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif.
7. Kala III pada primigravida <30 menit sedangkan multigravida <15 menit.
Plasenta lahir spontan, lengkap.
8. Kala IV kontraksi uterus baik, keras dan bundar ,Perdarahan <500 cc.

Intervensi :

1. Perhatikan psikososial ibu dan beri dukungan mental pada ibu dengan menghadirkan keluarga.

Anjurkan agar ibu selalu didampingi oleh keluarganya selama proses persalinan dan

kelahiran bayinya. Dukungan suami, keluarga, dan kerabat yang disukai ibu sangat diperlukan dalam menjalani proses persalinan. Ada kalanya ibu merasa khawatir dalam menjalani kala II persalinan. Berikan rasa aman dan semangat serta tentramkan hatinya selama persalinan berlangsung. Dukungan dan perhatian akan mengurangi perasaan tegang, membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi.

R/Ibu yakin dan tabah dalam menjalani proses persalinan nanti.

2. Anjurkan pada ibu untuk makan dan minum.

Asupan cairan yang cukup dapat mencegah terjadinya dehidrasi pada ibu dalam proses persalinan serta sebagai persediaan energi dalam mengejan.

R/Persiapan energi ibu untuk persalinan.

3. Bantu ibu memilih posisi yang nyaman dengan tidur miring kiri.

Ibu dapat istirahat/tidur dengan posisi apapun kecuali pada posisi berbaring telentang. Hal ini dikarenakan jika ibu berbaring telentang maka berat uterus dan isinya menekan vena cava inferior ibu. Ini akan mengurangi pasokan oksigen melalui sirkulasi utero plasenta sehingga akan menyebabkan hipoksia pada bayi. Berbaring telentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif. Ibu dianjurkan untuk berbaring miring ke kiri untuk mempercepat penurunan kepala janin.

R/Mempercepat penurunan kepala janin.

4. Anjurkan ibu untuk jalan-jalan jika ketuban belum pecah dan pembukaan belum lengkap.

R/Mempercepat penurunan kepala janin.

5. Observasi TTV

- a. DJJ setiap $\frac{1}{2}$ jam.
- b. Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap $\frac{1}{2}$ jam.
- c. Nadi setiap $\frac{1}{2}$ jam.
- d. Pembukaan serviks tiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika terdapat indikasi.
- e. Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika ada indikasi.
- f. Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam.
- g. Produksi urin, asetan dan protein tiap 2-4 jam

R/Mengetahui perkembangan kondisi ibu dan janin.

6. Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kencing tiap 2 jam.

Dalam proses persalinan harus berkemih tiap 2 jam/lebih, kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan kepala, selain itu juga akan menambah rasa nyeri pada perut bawah, menghambat penatalaksanaan distosia bahu, menghalangi lahirnya plasenta, dan perdarahan pasca persalinan.

R/Bras yang penuh dapat menghalangi penurunan kepala janin sehingga menyebabkan nyeri waktu his.

7. Tunggu pembukaan lengkap. Jika telah memasuki kala II segera pimpin persalinan secara sesuai standar asuhan kebidanan persalinan normal. Berikut adalah langkah-langkah asuhan persalinan :

a. Mengenali tanda dan gejala kala II.

R/Dengan melihat tanda dan gejala kala II yang benar dapat menentukan tindakan selanjutnya dengan tepat.

1) Mengenali Tanda dan Gejala Kala II.

- (a) Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
- (b) Ibu merasa adanya tekanan pada anus.
- (c) Perinium menonjol.
- (d) Vulva dan sfingter ani membuka.

R/Dengan melihat tanda dan gejala kala II yang benar dapat menentukan tindakan selanjutnya dengan cepat.

2). Menyiapkan Pertolongan Persalinan

Pastikan peralatan lengkap, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi baru lahir.

R/Persiapan alat, fisik dan mental akan membantu koefisien kerja, waktu, dan

meminimalisir human eror, sehingga memperlancar proses pertolongan persalinan.

3). Pakai celmek plastik.

R/Untuk perlindungan diri

4). Melepas dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dengan air bersih dan mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

R/Menjaga diri tetap steril dan bersih

5). Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.

R/Sebagai perlindungan diri dari setiap cairan aatau pathogen yang menular melalui darah.

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

7). Membersihkan vulva dan perineum, menyekannya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.

a. Jika introirus vagina, perinium atau anus (terkontaminasi) tinja, bersihkan dengan seksama dari depan kebelakang.

b. Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang

tersedia.

- c. Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5% langkah 9).

R/Untuk menjaga kebersihan perineum dan vulva ibu.

- 8). Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, lakukan amniotomi.

R/Amniotomi untuk memecahkan ketuban yang belum pecah.

- 9). Dekontaminasi sarung tangan dengan cara

Mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%. Kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.

R/Untuk memusnahkan atau memastikan mikroorganisme yang patogen sehingga aman untuk penanganan selanjutnya, serta meminimalkan risiko infeksi pada petugas kesehatan.

- 10). Mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%. Kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.

R/Untuk memusnahkan atau memastikan mikroorganisme yang pathogen sehingga aman untuk penanganan selanjutnya, serta meminimalkan resiko infeksi pada petugas kesehatan.

Periksa DJJ setelah kontraksi/saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160) x/menit.

- (a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
- (b) Mendekontaminasi hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian.
- (c) Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran.

R/Persiapan keluarga dan klien yang optimal akan membuat klien dan keluarga lebih kooperatif.

- 11). Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
 - a. Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua tamuan yang ada.
 - b. Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.

R/Pembukaan sudah lengkap dan ibu siap dipimpin untuk meneran.

- 12). Meminta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa Meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setenagh duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).

R/Posisi sangat menentukan kenyamanan ibu saat bersalin.

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

- a. Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.
- b. Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.
- c. Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring telentang dalam waktu yang lama).
- d. Anjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi.
- e. Anjurkan keluarga member dukungan dan semangat untuk ibu.
- f. Beri cukup asupan cairan per oral (minum).
- g. Meniali DJJ setiap kontraksi uterus selesai.
- h. Segera merujuk bila bayi belum atau tidak segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (multigravida atau 60 menit (1 jam) meneran (primigravida).

R/Dukungan sangat dibutuhkan oleh ibu untuk motivasi.

- 14). Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60menit.
- R/Jalan-jalan dapat mempercepat pembukaan vulva.
- 15). Mempersiapkan Pertolongan Kelahiran Bayi
- R/Mempersiapkan tempat maupun kain handuk untuk mengeringkan tubuh bayi, serta peralatan yang dipakai untuk menolong.
- 16). Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm. Letakkan handuk/kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
- 17). Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat da bahan.
- 18). Pakai sarung tanagn DTT pada kedua tangan.
- Mempersiapkan tempat mauapun kain handuk untuk mengeringkan tubuh bayi, serta memakai peralatan yang dipakai untuk menolong.
- 19). Persiapkan Pertolongan Kelahiran.
- R/Menolong kelahiran kepala bayi dengan tepat dapat mencegah terjadinya robekan vulva dan perineum.
- 20). Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu

lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan dan bernafas cepat dan dangkal.

R/Menolong kelahiran kepala bayi dengan tepat mencegah terjadinya robekan vulva dan perineum.

Kelahiran Kepala.

- 21). Periksa Kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera proses kelahiran bayi.
- a. Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
 - b. Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat didua tempat dan potong diantara dua klem tersebut.

R/Tali pusat dipotong dan ditali agar tidak terjadi perdarahan.

- 22). Tunggu kepala bayi putar aksi luar, pegang secara spontan.

R/Menunggu kepala bayi keluar dengan sendirinya.

- 23). Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparental, Anjurkan ibu untuk meneran disaat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kebawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arcus pubis dan gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

R/Meneran dapat membantu mempercepat keluarnya kepala bayi.

- 24). Setelah kedua bahu lahir, geser tangan kebawah kearah perineum ibu untuk

menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

- 25). Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai, dan kaki. Pegang kedua mata kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya.

R/Sangga susur diperlukan untuk menolong bayi baru lahir.

- 26). Lakukan penilaian bayi baru lahir dengan dua pertanyaan yaitu :

- a. Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan?
- b. Apakah bayi bergerak dengan aktif?
- c. Jika bayi tidak menangis kuat, tidak bernafas atau megap-megap, lakukan langkah resusitasi (lanjut ke langkah resusitasi pada asfiksia bayi baru lahir).

- 27). Keringkan tubuh bayi

Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan tubuh bagian lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk kering. Biarkan bayi berada diatas perut ibu.

R/Agar tidak terjadi hipotermi dan bayi tetap hangat.

- 28). Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi yang kedua dalam uterus (hamil tunggal)

- 29). Beri tahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.

- 30). Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit IM (intramuskuler) di 1/3 paha atas. bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
- 31). Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
- 32). Pemotongan dan pengikatan tali pusat.
- Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.
 - Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkar kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
 - Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disiapkan.
- 33). Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi.
- Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting ibu.
- 34). Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.

Kala III

Penatalaksanaan aktif persalinan kala III Penanganan tali pusat bayi.

R/Untuk pengecekan dan mempercepat pengeluaran plasenta.

- 35). Pindahkan klem pada tali pusat hingga jarak 5-10 cm dari vulva.
- 36). Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas simfisis, untuk mendeteksi, tangan lain menegangkan tali pusat.
- 37). Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorso cranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversia uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penanganan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas.

Mengeluarkan Plasenta

R/Masase uterus untuk merangsang kontraksi uterus.

- 38). Lakukan penanganan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti proses jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).
 - a. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga jarak 5-10 cm dari vulva dan melahirkan plasenta.
 - b. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:
 - (1) Beri dosis ulanngan oksitosin 10 unit IM.
 - (2) Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh.

- (3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
 - (4) Ulangi penengangan tali pusat 15 menit berikutnya.
 - (5) Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi baru lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual
- 39). Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar hingga selaput ketuban terpelin kemudian dilahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disiapkan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.
- 40). Rangsangan taktil (masase uterus)
R/Masase uterus merangsang kontraksi.
- 41). Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (Fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik.
- 42). Periksa kedua sisi plasenta dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta kedalam kantong plasti atau tempat khusus.
- 43). Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

R/Pemeriksaan sedini mungkin akan mempercepat penanganan sehingga tidak terjadi perdarahan berlebihan. Kala IV :

- a. Menilai perdarahan
 - b. Melakukan prosedur pasca salin
- 44). Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- 45). Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit didada ibu paling sedikit 1 jam.
- a. Sebagian bayi berhasil melakukan IMD dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama biasa berlangsung 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara.
 - b. Biarkan bayi berada didada ibu 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui.
- 46). Lakukan pemeriksaan fisik BBL.
- 47). Setelah 1 jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotic, profilaksis dan vitamin K₁ 1 mg intramuscular dipaha kiri anterolateral. Setelah 1 jam pemberian vitamin K₁ berikan suntikan imunisasi Hepatitis B dipaha kanan anterolateral.
- a. Letakkan bayi di dalam pangkuan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan.
 - b. Letakkan kembali bayi pada dada ibu bila belum berhasil menyusui dalam 1 jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusui.
- 48). Lakukan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
- a. 2-3 x dalam 15 menit pertama pasca persalinan.

- b. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.
- c. Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.

Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, lakukan asuhan sesuai untuk pelaksanaan atonia uteri.

49). Ajarkan ibu dan keluarga cara masase uterus dan menilai kontraksi.

R/Informasi yang optimal akan meningkatkan fungsi mandiri klien dalam mencegah perdarahan postpartum.

50). Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

51). Memeriksa keadaan ibu dan kandung kemih tiap 15 menit selama 1 jam pertama post partum dan tiap 30 menit selama jam kedua postpartum.

a. Memeriksa temperature suhu tubuh ibu setiap 1 jam selama 2 jam postpartum.

b. Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

52). Periksa kembali bayi untuk memastikan bayi bernafas dengan baik (40-60 x/menit) serta suhu tubuh normal (36° - $37,5^{\circ}$ C).

53). Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit) lalu cuci dan bilas.

54). Buang bahan-bahan terkontaminasi ditempat sampah yang sesuai.

55). Bersihkan ibu dengan DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering.

- 56). Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu member ASI. Anjurkan keluarga member makanan dan minuman yang diinginkan ibu.
- 57). Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
- 58). Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 59). Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

Dokumentasi

- 60). Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan kala

IV.

b. Masalah dalam Kala I :

1. Cemas menghadapi proses persalinan.

Tujuan : Mengurangi rasa takut dan cemas selama proses persalinan
Kriteria : Ibu tampak tenang

Intervensi :

- a) Jelaskan fisiologi persalinan pada ibu.

R/Proses persalinan merupakan proses yang panjang sehingga diperlukan pendekatan

- b) Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada ibu.

R/Seorang ibu bersalin memerlukan penjelasan mengenai kondisi dirinya.

- c) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang diberlakukan.

R/Ibu paham untuk dilakukannya prosedur yang dibutuhkan dan memahami batasan tertentu yang diberlakukan.

2. Ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan.

Tujuan: Ibu merasa nyaman terhadap proses persalinan

Kriteria: a) Nyeri punggung berkurang

b) Ibu tidak merasa cemas

c) Ibu merasa tenang

Intervensi :

- a) Hadirkan orang terdekat ibu.

R/Kehadiran orang terdekat mampu memberikan kenyamanan psikologis dan mental ibu yang menghadapi proses persalinan.

- b) Berikan sentuhan fisik misalnya pada tungkai, kepala, dan lengan.

R/Sentuhan fisik yang diberikan kepada ibu bersalin dapat menentramkan dan menenangkan ibu.

- c) Berikan usapan punggung.

R/Usapan punggung meningkatkan relaksasi.

- d) Pengipasan atau penggunaan handuk sebagai kipás.

R/Ibu bersalin menghasilkan banyak panas sehingga mengeluh kepanasan dan berkeringat.

e) Pemberian kompres panas pada punggung.

R/Kompres panas akan meningkatkan sirkulasi di punggung sehingga memperbaiki anoreksia jaringan yang disebabkan oleh tekanan.

c. Masalah pada Kala II :

1) Kekurangan cairan

Tujuan : Tidak terjadi dehidrasi

Kriteria : a) Nadi 76-100 x/menit

b) Urin jernih, produksi urine 30cc/jam

Intervensi :

a. Anjurkan ibu untuk minum.

R/ Ibu yang menghadapi persalinan akan menghasilkan panas sehingga memerlukan kecukupan minum.

b. Jika dalam 1 jam dehidrasi tidak teratasi, pasang infus menggunakan jarum dengan diameter 16/18G dan berikan RL atau NS 125cc/jam.

R/Pemberian cairan intravena akan lebih cepat diserap oleh tubuh.

c. Segera rujuk ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir

R/Rujukan dini pada ibu dengan kekurangan cairan dapat meminimalkan risiko terjadinya dehidrasi.

2) Infeksi

Tujuan: Tidak terjadi infeksi.

Kriteria: Tanda-tanda vital:

- a) Nadi dalam batas normal (76-100 x/menit)
- b) Suhu: 36-37,5
- c) KU baik
- d) Cairan ketuban/cairan vagina tidak berbau

Intervensi :

a. Baringkan miring ke kiri.

R/Tidur miring mempercepat penurunan kepala janin sehingga mempersingkat waktu persalinan.

b. Pasang infus menggunakan jarum dengan diameter besar ukuran 16/18 dan berikan RL atau NS 125ml/jam.

R/Salah satu tanda infeksi adanya peningkatan suhu tubuh, suhu meningkatkan menyebabkan dehidrasi.

c. Berikan ampisilin 2 gram atau amoxicillin 2 gram/oral

R/Antibiotik mengandung senyawa aktif yang mampu membunuh bakteri

d. Segera rujuk ke fasilitas kesehatan yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetri.

R/Infeksi yang tidak segera tertangani dapat berkembang ke arah syok yang menyebabkan terjadinya kegawatdaruratan ibu dan janin.

3) Kram Tungkai

Tujuan: Tidak terjadi kram tungkai.

Kriteria: Sirkulasi darah lancar.

Intervensi:

a) Luruskan tungkai ibu inpartu.

R/Meluruskan tungkai dapat melancarkan peredaran darah ke ekstremitas bawah.

b) Atur posisi dorsofleksi.

R/Relaksasi yang dilakukan secara bergantian dengan dorsofleksi kaki dapat mempercepat peredaan nyeri.

c) Jangan lakukan pemijatan pada tungkai.

R/Tungkai wanita tidak boleh dipijat karena ada risiko trombi tanpa sengaja terlepas.

d. Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik

Tujuan : Dapat melewati masa transisi dengan baik.

Kriteria : 1) Bayi menangis kuat.

2) Bayi bergerak aktif.

Intervensi :

a) Observasi tanda-tanda vital dan tangisan bayi.

R/Tanda-tanda vital bayi merupakan dasar untuk menentukan keadaan umum bayi.

b) Jaga suhu tubuh bayi tetap hangat.

R/Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relatif hangat.

c) *Bounding attachment* dan lakukan IMD.

R/*Bounding attachment* dapat membantu ibu mengatasi stress sehingga ibu merasa lebih tenang dan tidak nyeri pada saat plasenta lahir. Sedangkan IMD meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dengan bayi.

d) Berikan vitamin K1 secara IM sebanyak 0,5 mg.

R/Vitamin K1 dapat mencegah perdarahan intrakranial.

e) Berikan salep mata.

R/ Salep mata sebagai profilaksis.

e. Masalah Pada Kala III :

1) Retensio plasenta

Tujuan : Plasenta dapat dikeluarkan secara lengkap.

Kriteria: Tidak ada sisa plasenta yang tertinggal.

Intervensi :

a) Plasenta masih di dalam uterus selama 30 menit dan terjadi perdarahan berat, pasang infus menggunakan jarum besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan RL atau NS dengan 20 unit oksitosin.

(1) Coba lakukan plasenta manual dan lakukan penanganan lanjut.

(2) Bila tidak memenuhi syarat plasenta manual di tempat atau tidak kompeten maka segera rujuk ibu ke fasilitas terdekat dengan kapabilitas kegawatdaruratan obstetri.

b) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

c) Tawarkan bantuan walaupun ibu telah dirujuk dan mendapat pertolongan di fasilitas kesehatan rujukan.

2) Terjadi avulsi tali pusat

Tujuan : Avulsi tidak terjadi, plasenta lahir lengkap.

Kriteria : Tali pusat utuh.

Intervensi :

a) Palpasi uterus untuk melihat kontraksi, minta ibu meneran pada setiap

kontraksi.

- b) Saat plasenta terlepas, lakukan periksa dalam hati-hati. Jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso-kranial pada uterus.

Setelah plasenta lahir, lakukan massase uterus dan periksa plasenta.

- c) Jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit, tangani sebagai retensio plasenta.

f. Masalah Pada Kala IV :

- 1) Terjadinya atonia uteri

Tujuan : Atonia uteri dapat teratasi.

Kriteria : a) Kontraksi uterus baik, keras dan bundar.
b) Perdarahan <500cc.

Intervensi :

- a) Segera lakukan Kompresi Bimanual Internal (KBI) selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang.
- b) Jika kompresi uterus tidak berkontraksi dan perdarahan terus keluar, ajarkan keluarga untuk melakukan Kompresi Bimanual Eksternal. Berikan suntikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600-1000 mcg per rectal dan gunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16-18), pasang infus dan berikan 500 cc larutan

Ringer Laktat yang mengandung 20 unit oksitosin.

- c) Jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar ulangi KBI.
- d) Jika uterus tidak berkontraksi selama 1-2 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan tindakan operasi dan transfusi darah.
- e) Dampingi ibu selama merujuk, lanjutkan tindakan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba ditempat rujukan.

2) Robekan vagina, perineum atau serviks.

Tujuan : Robekan vagina, perineum atau serviks dapat teratasi.

Kriteria : a) Vagina, perineum atau serviks dapat terjahit dengan baik.

b) Perdarahan <500 cc.

Intervensi:

- a) Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi yang timbul.
- b) Jika terjadi laserasi derajat satu dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat dua lakukan penjahitan.
- c) Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks:
 - (1) Pasang infus dengan menggunakan jarum besar (ukuran 16 dan 18) dan berikan RL atau NS.
 - (2) Pasang tampon untuk mengurangi darah yang keluar
 - (3) Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawatdarurat obstetri.

(4) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

D. Implementasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Kriteria perencanaanya :

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-social-spiritual-kultural
2. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan keluarganya (*informed consent*).
3. Melihat klien dalam setiap tindakan
4. Melaksanakan tindakan asuhan nerdasarkan evidence based
5. Menjaga privasi klien
6. Melakukan prinsip pencegahan infeksi
7. Mengikuti perkembangan kondidi klien secara berkesinambungan
8. Menggunakan sumber daya, saran dan fasilitas yang ada dan sesuai
9. Melaksanakan tindakan sesuai standar
10. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

E. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria:

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan /keluarga
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
4. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

F. Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria :

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia
- b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

S : adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.

O : adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A : adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P : adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

2.2.3 Konsep Dasar Kebidnan Masa Nifas

A. Pengkajian Data

1. Data Subyektif

1) Biodata

a) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan (Ambarwati, 2010).

b) Umur

Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap. Sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentan sekali untuk terjadi pendarahan dalam masa nifas (Ambarwati, 2010).

c) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien untuk berdoa (Ambarwati, 2010).

d) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Ambarwati, 2010).

e) Suku/bangsa

Berpengaruh pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari (Ambarwati, 2010).

f) Pekerjaan

Gunanya untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien (Ambarwati, 2010).

g) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Ambarwati, 2010).

2) Keluhan utama

Untuk mengetahui masalah yang dihadapi berkaitan dengan masa nifas, misalnya pasien merasa mules, sakit pada jalan lahir karena adanya jahitan pada perineum (Ambarwati, 2010).

3) Riwayat obstetri

- a) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu. Berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu,

penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu (Ambarwati, 2010).

b) Riwayat persalinan sekarang

Tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi meliputi PB, BB, penolong persalinan. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan atau tidak yang bisa berpengaruh pada nifas saat ini (Ambarwati, 2010).

4) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut Kb dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi serta rencana KB setelah masa nifas ini dan beralih ke kontrasepsi apa (Ambarwati, 2010).

5) Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan yang lalu

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit akut, kronis seperti: jantung, DM, Hipertensi, Asma, TBC yang dapat mempengaruhi pada masa nifas ini (Ambarwati, 2010).

b) Riwayat kesehatan sekarang

Data-data yang diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan

masa nifas dan bayinya.(Ambarwati, 2010).

c) Riwayat kesehatan keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, yaitu apabila ada penyakit keluarga yang menyertainya (Ambarwati, 2010).

5. Pola Pemenuhan kebutuhan sehari-hari

a) Nutrisi

Menggambarkan tentang pola makan dan minum, frekuensi, banyaknya, jenis makanan, makanan pantangan. (Ambarwati, 2010).

b) Eliminasi

Menggambarkan pola fungsi sekresi yaitu kebiasaan buang air besar meliputi frekuensi, jumlah, konsistensi dan bau serta kebiasaan buang air kecil meliputi frekuensi, warna, jumlah. (Ambarwati, 2010).

c) Pola istirahat

menggambarkan pola istirahat dan tidur pasien, berapa jam pasien tidur, kebiasaan sebelum tidur misalnya membaca, mendengarkan musik, kebiasaan mengonsumsi obat tidur, kebiasaan tidur siang, penggunaan waktu luang. Istirahat sangat penting bagi ibu nifas karena

dengan istirahat yang cukup mempercepat penyembuhan. (Ambarwati, 2010).

d) Aktivitas sehari-hari

Menggambarkan pola aktivitas pasien sehari-hari. Pada pola ini perlu dikaji pengaruh aktivitas terhadap kesehatannya. Mobilisasi sedini mungkin dapat mempercepat proses pengembalian alat-alat reproduksi. Apakah ibu melakukan ambulansi, seberapa sering, apakah kesulitan, dengan bantuan atau sendiri, apakah ibu pusing karena melakukan ambulansi. (Ambarwati, 2010).

e) Personal hygiene

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu selalu menjaga kebersihan tubuh terutama pada daerah genitalia, karena pada masa nifas masih mengeluarkan lochea. (Ambarwati, 2010).

a) Aktivitas seksual

Hal yang perlu dikaji yaitu :

Frekuensi : berapa kali pasien melakukan hubungan seksual dalam seminggu.

Gangguan : apakah mengalami gangguan ketika melakukan hubungan seksual, seperti nyeri saat berhubungan.

6) Riwayat perkawinan

Yang perlu dikaji adalah berapa kali menikah, status menikah yang sah atau tidak, karena apabila melahirkan tanpa status yang jelas akan berkaitan dengan psikologisnya sehingga akan mempengaruhi proses nifas (Ambarwati, 2010).

7) Kehidupan sosial budaya

Untuk mengetahui pasien dan keluarga yang menganut adat istiadat yang akan menguntungkan atau merugikan pasien khususnya pada masa nifas misalnya pada kebiasaan pantangan makan (Ambarwati, 2010).

8) Data psikososial

Untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap bayinya. Wanita mengalami banyak perubahan emosi/psikologis selama masa nifas sementara ibu akan menyesuaikan diri menjadi seorang ibu (Ambarwati, 2010).

9) Data Pengetahuan

Untuk mengetahui seberapa jauh pengetahuan ibu tentang perawatan setelah melahirkan sehingga akan menguntungkan selama masa nifas (Ambarwati, 2010).

2. Data Obyektif

Dalam menghadapi masa nifas dari seorang klien, seorang bidan harus mengumpulkan data untuk memastikan bahwa keadaan klien dalam keadaan stabil. yang termasuk dalam komponen – komponen pengkajian data objektif ini adalah :

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

Ditunjukkan untuk mengetahui keadaan ibu berkaitan dengan kondisi yang dialaminya (Ambarwati, 2010).

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang pasien, dapat dilakukan dengan pengkajian derajat kesadaran dari keadaan *composmentis* (kesadaran maksimal) sampai dengan *coma* (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati, 2010).

c) Tanda-tanda vital

Ditunjukkan untuk mengetahui keadaan ibu berkaitan dengan kondisi yang dialaminya (Ambarwati, 2010).

a. Temperatur / Suhu

Peningkatan suhu badan mencapai pada 24 jam pertama masa nifas pada umumnya disebabkan oleh dehidrasi, yang disebabkan oleh

keluarnya cairan pada waktu melahirkan, selain itu bisa juga disebabkan karena istirahat dan tidur yang diperpanjang selama awal persalinan. Tetapi pada umumnya setelah 12 jam post partum suhu tubuh kembali normal. Kenaikan suhu yang mencapai $> 38^{\circ} \text{C}$ adalah mengarah ke tanda-tanda infeksi (Ambarwati, 2010).

b. Nadi dan Pernafasan (Ambarwati, 2010).

- 1) Nadi berkisar antara 60-80x / menit. Denyut nadi diatas 100x / menit pada masa nifas adalah mengindikasikan adanya suatu infeksi,hal ini salah satunya bisa diakibatkan oleh proses persalinan sulit atau karena kehilangan darah yang berlebihan.
- 2) Jika takikardi tidak disertai panas kemungkinan disebabkan karena adanya vitium kordis.

Beberapa ibu post partum kadang-kadang mengalami bradikardi puerperal, yang denyut nadinya mencapai serendah- rendahnya 40 sampai 50x / menit, beberapa alasan telahdiberikan sebagai penyebab yang mungkin, tetapi belum ada penelitian yang membuktikan bahwa hal itu adalah suatu kelainan.

- 3) Pernafasan harus berada dalam rentang yang normal, yaitu sekitar 20-30x / menit.

c. Tekanan Darah

Pada beberapa kasus ditemukan keadaan hipertensi post partum, tetapi keadaan ini akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak ada penyakit-penyakit lain yang menyertainya dalam 2 bulan pengobatan (Ambarwati, 2010).

2) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dari ujung rambut samapai ujung kaki (Ambarwati, 2010).

Menjelaskan pemeriksaan fisik

a) Kepala

a. Rambut

Warna , kebersihan, mudah rontok atau tidak.

b. Telinga

Kebersihan, gangguan pendengaran.

c. Mata

Konjungtiva, sklera, kebersihan, kelainan, gangguan pengelihatan

d. Hidung

Kebersihan, ada polip atau tidak, alergi debu atau tidak

e. Mulut

Bibir, warna, integritas jaringan (lembab, kering, atau pecah-pecah),

gangguan mulut (bau mulut).

f. Lidah

Warna, kebersihan.

g. Gigi

Kebersihan, karies.

b) Leher

Pembesaran kelenjar limfe, parotitis.

c) Dada (Ambarwati, 2010)

a. Keadaan buah dada dan puting susu

Simetris / tidak, konsistensi, ada pembengkakan / tidak, puting menonjol / tidak, lecet / tidak.

b. Keadaan Abdomen Uterus :

(1) Normal : Kokoh, berkontraksi baik, tidak berada di atas ketinggian fundal saat masa nifas segera

(2) Abnormal :

Lembek, di atas ketinggian fundal saat masa post partum segera.

Kandung kemih : bisa buang air / tak bisa buang air

d) Keadaan Genetalia (Ambarwati, 2010).

a. Lochea

(1) Normal : Merah hitam (lochia rubra), bau biasa, tidak ada bekuan darah atau butir-butir darah beku (ukuran jeruk kecil), jumlah perdarahan yang ringan atau sedikit (hanya perlu mengganti pembalut setiap 3-5 jam)

(2) Abnormal : Merah terang, bau busuk, mengeluarkan darah beku, perdarahan berat (memerlukan penggantian pembalut setiap 0-2 jam)

b. Keadaan perineum : oedema, hematoma, bekas luka episiotomi / robekan, hecting

c. Keadaan anus : hemoroid/tidak

d. Keadaan ekstremitas : Varices/tidak, odema/tidak, reflek ekstremitas (+/-)

3) Data Penunjang

a. Laboratorium : Kadar HB, Hmt (Haematokrit), kadar leukosit, golongan darah.

B. Diagnosa Kebidanan

Diagnosa PAPIAH....haripostpaarum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak baik. PAPIAH postpartum hari ke....laktasi lancer normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, dengan kemungkinnan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, after pain, pengembangan payudara.

C. Perencanaan

Diagnose : PAPIAH post partum hari ke...laktasi lancer lochea normal, involusi normal, keadan psikologis baik, dengan kemungkinan maslah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, after pain, pengembangan.

Tujuan : masa nifas berjalan dengan normal tanpa adanya komplikasi bagi ibu dan bayi.

Kriteria :

1. Keadaan umum : kesadaran komposmentis

2. Kontraksi uterus baik (bundar dan keras)

3. TTV

TD : 110/70 mmHg

N : 60-80 x/menit

S : 36-37,5°C

R : 16-24x/menit

4. Laktasi normal

Kolostrum merupakan cairan yang pertama kali keluar diproduksi oleh kelenjar payudara ibu yang baru melahirkan dihasilkan dalam waktu 24 jam pertama setelah melahirkan, berwarna kuning atau jernih, kolostrum merupakan yang amat kaya akan bahan anti infeksi.

5. Lochea normal

Lochea rubra keluar dari hari ke 1-3, berwarna merah dan hitam. Lochea sanguinolenta, keluar pada hari ke 3-7 berwarna putih campur merah. Serosa keluar pada hari ke 7-14 berwarna kekuningan. Lochea alba keluar setelah hari ke 14 berwarna putih (Manuaba, 2010).

6. Ku bayi baik

R : 40-60 x/menit

S : 36,5-37,5°C

Intervensi menurut Sofiana, 2012 :

- a. Lakukan pemeriksaan TTV, KU, laktasi, involusi dan lochea

R/menilai status ibu dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi.

- b. Anjurkan ibu menyusui bayinya

R/menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap zat makanan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan, menyusui bayi setiap 2 jam sekali.

- c. Jelaskan pada ibu mengenai senam nifas

R/latihan yang tepat untuk memulihkan kondisi ibu dan psikologis maupun fisiologis.

d. Beri konseling ibu tentang KB pasca salin

R/untuk menjarangkan anak

e. Anjurkan untuk mengimunisasi bayinya

R/untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan kemungkinan masalah :

1) Masalah 1 : gangguan eliminasi

Tujuan : masalah eliminasi teratasi

Kriteria : ibu bias BAK (retensio urin)

Intervensi :

a. Jelaskan tentang pentingnya BAK dalam mas nifas

R/ ibu menegtahui tentang pentingnya eliminasi pada masa nifas.

b. Anjurkan kepada ibu untuk banyak minum air putih minimal 8 gelas perhari atau 2 liter

R/air purih berfungsi sebagai memperlancar kinerja system urinaria

c. Anjurkan kepada ibu untuk tidak menahan BAK jika ada dorongan untuk BAK

R/ menahan BAK dapat memperpaarah retensi urine.

2) Masalah 2 :Konstipasi

Tujuan : Masalah konstipasi teratasi

Kriteria : ibu bias BAB dengan lancer

Intervansi :

a) Jelaskan pentingnya BAB setelah pasca persalinan

R/ pasien tidak akan menahan BAB jika ada dorongan untuk BAB.

b) Yakinkan kepada pasien jika berjongkok dan mengejan tidak akan menimbulkan kerusakan pada luka jahitan.

R/ menghalangi rasa takut/ cemas kepada pasien untuk melakukan BAB.

c) Anjuran pasien untuk mengonsumsi sayuran dan makanan yang banyak mengandung serat.

R/ membantu memperlancar BAB

3) Masalah 3 nyeri pada luka jahitan perinium

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, rasa nyeri teratasi

Kriteria ;Rasa nyeri berkurang dan ibu dapat beraktifitas

Intervensi :

a) Observasi luka jaitan perinium

R/ Untuk mengkaji jaitan perinium dan adanya infeksi

- b) Anjurkan kepada ibu untuk melakukan perawatan perinium yang benar.

R/ Ibu dapat melakukan perawatan perinium dengan benar, dan dapat mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.

- c) Beri analgesik oral (paracetamol 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu)

R/ meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan dapat berkurang.

- 4) Masalah 4: After pain atau kram perut

Tujuan; Masalah kram perut teratasi

Kriteria :

Rasa nyeri pada ibu dapat berkurang sehingga ibu dapat beraktivitas.

Intervensi :

- a) Anjuran kepada ibu untuk mengosongkan kandung kemih jika terasa penuh agar tidak terasa nyeri

R/ Kandungan kemih yang penuh mengakibatkan kontraksi uterus yang tidak optimal dan berdampak pada kram perut

- b) Anjurkan ibu untuk tidur secara terlungkup bantal dibawah perut

R/ posisi ini bertujuan untuk menjaga kontraksi tetap baik dan menghilangkan rasa nyeri

- e) Jika perlu berikan analgesic (Paracetamol, Asam Efenamat, Kodein, Atau Asetaminofen)

R/ Meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang.

5) Masalah 5 : Pembengkakan payudara

Tujuan : setelah diberi asuhan masalah teratasi

Kriteria :

Payudara tidak bengkak, kulit payudara tidak mengkilat, tidak merah, dan payudara tidak nyeri, tidak terasa penuh,, dan tidak keras

Intervensi :

- a) Anjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin 2 – 3 jam sekali

R/ Sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara.

- b) Anjuran ibu untuk menyusui dikedua payudara

R/ Menyusui disalah satu payudara dapat membuat payudara yang lain menjadi bengkak

- c) Lakukan perawatan payudara pada pasca persalinan

R/ yang bertujuan agar otot-otot payudara tidak tegang dan tidak terjadi pembengkakan.

d) Gunakan bra yang kuat untuk menyangga dan tidak menekan payudara.

R/ Bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah pembengkakan dan nyeri yang dialami.

D. Implementasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Dengan kriteria :

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
2. Setiap tindakan asuhan kebidana harus mendapatkan persetujuan dari klien atau keluarganya (inform consent).
3. Melaksanakan tindakan asuhan kebidanan berdasarkan evidence based.
4. Melibatkan pasien/klien.
5. Menjaga privacy klien.

6. Menganjurkan ibu untuk istirahat cukup untuk memulihkan tenaganya.
7. Menjelaskan kepada ibu akibat kurang istirahat dan mengurangi ASI dan memperbanyak perdarahan yang dapat menyebabkan depresi serta ketidak mampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.
8. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi secara bertahap.
9. Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihannya.
10. Memberikan konseling tenaga perawatan payudara.
11. Memberitahu ibu untuk makan yang banyak gizi D Memberikan ibu terapi tablet tambah darah, mencegah pendarahan dan memperlancar ASI.
12. Menggunakan sumberdaya, sarana, dan fasilitas yang ada dan sesuai.
13. Melakukan tindakan sesuai standar.
14. Mencatat tindakan semua yang telah dilakukan.

E. Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, mengulagi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tapi belum efektif.

F. Dokumentasi

Pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

yaitu sebagai berikut :

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 pelaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan pelaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. Langkah implementasi evaluasi dan dokumentasi diatas berlaku atau dilakukan juga untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, neonates, dan KB.

2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Pada Bayi Baru Lahir

A. Pengkajian data

1. Data Subyektif

a. Identitas bayi dan orang tua

Identitas sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepas sampai penyerahan bayi.

b. Keluhan utama

Keluhan utama pada bayi baru lahir adalah hipoglikemi, hipotermi dan ikterik, Terjadi seborrhea, milliariasis, muntah dan gumoh, *oral trush* (moniliasis/sariawan), *diaper rash* (Marmi, 2012).

c. Riwayat Antenatal

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 dan kesejahteraan bayi baru lahir.

d. Riwayat Natal

Usia gestasi pada waktu kelahiran, lama persalinan, presentasi janin dan rute kelahiran harus ditinjau ulang. Pecah ketuban lama, demam pada ibu, dan cairan amnion yang berbau adalah faktor risiko signifikan untuk atau prediktor infeksi neonatal. Cairan amnion berwarna mekonium meningkatkan risiko penyakit pernapasan. Medikasi selama persalinan seperti analgesik, anestetik, magnesium sulfat dan glukosa dapat mempengaruhi perilaku dan metabolisme bayi baru lahir. Abnormalitas plasenta dan kedua pembuluh darah tali pusat dikaitkan dengan peningkatan insiden anomali neonatus.

e. Riwayat post natal

Riwayat bayi sejak lahir harus ditinjau ulang, termasuk pola menyusui, berkemih, defekasi, tidur, dan menangis. Tanda vital, medikasi yang diberikan pada bayi baru lahir dan hasil laboratorium.

f. Pola kebiasaan sehari-hari

1. Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari ke dua energi berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6. (Marmi, 2012). Kebutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan pertama adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energi sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari. Bayi menyusu setiap 1-8 jam. Menyusu biasanya jarang pada hari pasca partum. Frekuensi meningkat dengan cepat antara hari ke-3 sampai hari ke-7 setelah kelahiran.

2. Eliminasi

Pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa. Feses pertama ini berwarna hijau kehitaman, lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel. Sejak hari ke tiga hingga ke lima kelahiran, feses mengalami tahap transisi dan menjadi berwarna kuning kecoklatan (Marmi, 2012).

BAK bayi normalnya mengalami berkemih 8 sampai 10 kali atau popok kotor per

hari. Urine pertama dikeluarkan dalam 24 jam pertama dan setelahnya dengan frekuensi yang semakin sering seiring meningkatnya asupan cairan. Urine encer, berwarna kuning dan tidak berbau.

3. Istirahat dan tidur

Bayi baru lahir tidur 16-18 jam sehari, paling sering blog waktu 45 menit sampai 2 jam. Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari.

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. Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urine dan feses membasahi tali pust. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah.

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 tidur, kemungkinan gejala

kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut.

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

6. Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga di dapat pola tidur yang lebih baik. 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.

2. Data Obyektif

a. Keadaan umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-merahan. Aktif, tonus otot baik, menanggapi kuat, minum baik, suhu $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$. kesadaran perlu dikenali terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan.

b. Tanda-tanda vital

1. Suhu

Suhu tubuh bayi diukur melalui dubur atau ketiak. Suhu tubuh paling kurang diukur satu kali sehari. Bila suhu rektal di bawah 36°C , bayi ini harus diletakkan

di tempat yang lebih panas misalnya di dalam inkubator yang mempunyai suhu 36°C - 32°C , 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 $\frac{1}{2}$ jam sampai suhu tubuh diatas 36°C .

Suhu bayi baru lahir dapat dikaji di berbagai tempat dengan jenis termometer yang berbeda-beda. Dianjurkan bahwa suhu rektal dan aksila tetap dalam rentang $36,5$ - $37,5^{\circ}\text{C}$ dan suhu kulit abdomen dalam rentang 36 - $36,5^{\circ}\text{C}$. Suhu rektal menunjukkan suhu inti tubuh, suhu aksila normalnya 1° (lebih dingin dari suhu inti tubuh yaitu $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$). Suhu aksila $36,5^{\circ}\text{C}$ - 37°C sedangkan suhu kulit 36°C - $36,5^{\circ}\text{C}$.

2. Pernafasan

Pernafasan cepat pada menit-menit pertama ± 80 kali/menit disertai pernafasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan interkostal serta rintihan hanya berlangsung 10–15 menit. Pada pernapasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi dan ekspirasi. Gerak pernapasan 30 sampai 50 kali per menit.

Pola pernapasan bervariasi sesuai awitan pernapasan. Pernapasan berfluktuasi dan tidak stabil selama periode waktu tertentu. Pernapasan pada bayi baru lahir dapat

terdengar ribut selama periode transisi. Frekuensi rata-rata 40 kali per menit. Rentang 30 sampai 60 kali per menit. Pernapasan merupakan pernapasan diafragma dan abdomen. Frekuensi normal pernafasan bayi adalah 30-60x/menit.

3. Nadi

Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180/menit yang kemudian turun sampai 140/menit-120/menit pada waktu bayi berumur 30 menit. Frekuensi jantung 120- 160x/menit ketika istirahat. Frekuensi jantung bayi cepat sekitar 120-160 kali per menit serta berfluktuasi selaras dengan fungsi pernafasan bayi, aktifitas atau dalam kondisi tidur.

4. 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.

Berat badan sebaiknya tiap hari dipantau. Penurunan berat badan lebih dari 5% dari berat badan waktu lahir, menunjukkan kekurangan cairan.

b. Panjang badan

Panjang bayi baru lahir paling akurat dikaji jika kepala bayi baru lahir terletak rata terhadap permukaan yang keras. Kedua tungkai diluruskan dan kertas dimeja pemeriksaan diberi tanda. Setelah bayi baru lahir dipindahkan, bidan

kemudian dapat mengukur panjang bayi dalam satuan sentimeter. Panjang bayi diukur dari ujung kepala sampai tumit, dengan keyakinan bahwa kaki terekstensi penuh.

c. Ukuran kepala menurut meliputi :

- a) Diameter suboksipito-bregmatikus: 9,5-10 cm
- b) Diameter oksipito-frontalis: 11-12 cm
- c) Diameter oksipito metalis: 13,5-15 cm
- d) Diameter submento-bregmatika: 9,5-10 cm
- e) Diameter biparietalis: 9,5-10 cm
- f) Diameter bitemporalis: 8-10 cm
- g) Sirkumferensia suboksipito-berghmatikus: 33-34 cm
- h) Sirkumferensia submento-bregmatikus: 32-33 cm
- i) Sirkumferensia oksipito frontalis: 33-35 cm
- j) Sirkumferensia mento-oksipitalis: 34-35,5 cm

d. Lingkar dada 33-38

e. Lingkar lengan : 11 cm

5. Pemeriksaan fisik

a. Kepala

Sutura masih teraba terbuka (Indrayani, 2013). Kedua fontanel dapat diraba

dengan mudah, tidak menonjol dan tidak meregang, adanya *caput suksedaneum* sebagai temuan umum, adanya *sefalohematoma*.

Raba sepanjang garis sutura dan fontanel untuk mengetahui ukuran dan tampilannya normal. Sutura yang berjarak lebar mengindikasikan bayi preterm, moulding yang buruk atau hidrosefalus. Periksa adanya trauma kelahiran misalnya : *caput suksedaneum* (ciri-cirinya, pada perabaan teraba benjolan lunak, berbatas tidak tegas, tidak berfluktuasi tetapi bersifat edema tekan), *sefal hematoma* (ciri-cirinya, pada perabaan teraba adanya fluktuasi karena merupakan timbunan darah, biasanya tampak di daerah tulang parietal, 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. (Marmi, 2012).

Rambut bayi lembut dan halus, beberapa bayi umumnya tidak memiliki rambut, sedangkan sebagian bayi lainnya memiliki rambut yang lebat. Ubun-ubun belakang menutup pada minggu ke-6 sampai ke-8. Ubun-ubun depan tetap terbuka hingga bulan ke-18. Bayi yang mengalami seborrea akan terdapat ruam tebal berkeropeng berwarna kuning dan terdapat ketombe di kepala.

b. Mata

Pupil harus sama dan reaktif terhadap cahaya, terjadi refleks merah/orange menunjukkan kornea dan lensa normal. Inspeksi bagian iris, untuk mengetahui bagian titik putih pada iris sebagai bercak Brushfield, dikaitkan dengan trisomi 21 (sindrom down). Sklera harus diperiksa adanya hemoragi. Kemerahan pada konjungtiva dapat mengidentifikasi adanya infeksi. Diperhatikan adanya tanda-tanda perdarahan berupa bercak merah yang akan menghilang dalam waktu 6 minggu.

c. Hidung

Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm. Periksa adanya pernafasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernafasan. (Marmi, 2012).

d. Mulut

Salivasi tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna. Membran mukosa mulut lembab dan berwarna merah muda. Reflek menghisap dan menelan terkoordinasi. Simetris, tidak ada sumbing (skizis), refleks hisap kuat, saliva berlebihan dikaitkan dengan fistula atau atresia trakeoesofagus. Terdapat adanya stomatitis pada mulut merupakan tanda adanya *oral trush*.

e. Telinga

Pemeriksa dalam hubungan letak dengan mata dan telapak. Tulang kartilago telinga telah sempurna dibentuk

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 2. (Marmi, 2012).

g. Dada

Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernafas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks, paresis diafragma atau hernia diafragma. Pernafasan yang normal dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan. Tarikan sternum atau interkostal pada saat bernafas perlu diperhatikan. Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk baik dan tampak simetris. Pernafasan diafragma, dada, perut naik dan turun.

h. Punggung

Melihat adanya benjolan/tumor dan tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna. Punggung bayi harus diinspeksi dan dipalpasi dengan posisi bayi telungkup. Jika ada pembengkakan, lesung, atau rambut yang melekat dapat menandakan adanya cacat tulang belakang tersamar. Bokong harus

diregangkan untuk mengkaji lesung dan sinus yang dapat mengindikasikan anomali medula spinalis. Pada bokong bayi yang mengalami *diaper rash* akan timbul bintik-bintik merah.

i. Abdomen

Bentuk, penonjolan sekitar tali pusat saat menangis, perdarahan tali pusat, lembek saat menangis. Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan. (Marmi, 2012).

j. Genetalia

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).

Perempuan :

Terkadang tampak adanya secret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormone ibu. Pada bayi cukup bulan, labia mayora menutupi labia minora. Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina. (Marmi, 2012).

k. Anus

Anus berlubang. Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya. (Marmi, 2012).

l. Ekstremitas

Ukuran setiap tulang harus proporsional untuk ukuran seluruh tungkai dan tubuh secara umum. Tungkai harus simetris harus terdapat 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. Lekukan harus dikaji untuk menjamin simetrisitas. Bayi yang lahir dengan presentasi bokong berisiko tinggi untuk mengalami kelainan panggul kongenital.

m. Kulit dan kuku

Bayi matur memiliki garis kulit di daerah telapak tangan dan telapak kaki. Kuku telah sempurna terbentuk dan melekat diujung jari, terkadang sedikit lebih panjang daripada ujung jari.

Dalam keadaan normal, kulit berwarna kemerahan 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. Kulit bayi baru lahir yang normal tipis, halus dan mudah sekali mengalami trauma akibat desakan, tekanan atau zat yang memiliki pH berbeda. Rambut halus disebut dengan lanugo, menutupi kulit dan banyak terdapat dibahu, lengan atas dan paha. Warna kulit bayi bergantung pada asal suku, bervariasi mulai dari merah muda dan putih hingga coklat kekuningan atau coklat tua. Pada bayi dengan miliariasis akan timbul gelembung kecil berisi cairan di seluruh tubuh. (Marmi, 2012).

6. Pemeriksaan neurologis

a. Refleks berkedip (*glabellar reflex*)

Pada saat pangkal hidung diketuk secara pelan, bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama.

b. Refleks mencari (*rooting reflex*)

Ketika pipi atau sudut mulut bayi disentuh, bayi akan menoleh ke arah stimulus dan membuka mulutnya.

c. Refleks menghisap (*suckling reflex*)

Rangsangan puting susu pada langit-langit bayi menimbulkan refleksi

menghisap.

d. Refleksi menelan (*swallowing reflex*)

Kumpulan ASI di dalam mulut bayi mendesak otot-otot di daerah mulut dan faring untuk mengaktifkan refleksi menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung bayi.

e. Refleksi menoleh (*tonikneck reflex*)

Ketika bayi ditengkurapkan, bayi akan menoleh ke samping atau ke belakang. Ketika bayi dibaringkan seolah-olah bayi akan diangkat, bayi akan mengangkat kepala/refleksi leher akan tegak.

f. Refleksi terkejut (*morro reflex*)

Ketika bayi kaget akan menunjukkan respon berupa memeluk dengan abduksi dan ekstensi dari ekstermitas atas yang cepat dan diikuti dengan aduksi yang lebih lambat dan kemudian timbul fleksi.

g. Refleksi menggenggam (*grasping reflex*)

Ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari), respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat.

i. Refleksi babinsky

Ketika telapak kaki bayi tergores, bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi

j. Refleks *galanf's*

Cara mengukurnya dengan gores punggung bayi sepanjang sisi tulang belakang dari bahu sampai bokong. Pada kondisi normal punggung bergerak ke arah samping bila distimulasi, dijumpai pada usia 4–8 minggu pertama. Kondisi patologis bila tidak adanya refleks menunjukkan lesi *medulaspinalis transversal*.

k. Refleks ekstruksi

Cara mengukurnya dengan sentuh lidah dengan spatel lidah. Pada kondisi normal lidah ekstensi ke arah luar bila disentuh, dijumpai pada usia 4 bulan. Kondisi patologis bila ekstensi lidah persisten adanya *sindrom down*.

l. Refleks melangkah (*stepping reflex*)

Cara mengukurnya dengan memegang bayi sehingga kakinya sedikit menyentuh permukaan yang keras. Pada kondisi normal kaki akan bergerak ke atas dan ke bawah bila sedikit disentuh ke permukaan keras, dijumpai pada usia 4–8 minggu pertama. Kondisi patologis bila refleks menetap melebihi 4–8 minggu merupakan keadaan abnormal.

m. Refleks merangkak (*crawling reflex*)

Cara mengukurnya dengan meletakkan bayi tengkurap di atas permukaan yang rata. Pada kondisi normal bayi membuat gerakan merangkak dengan lengan

dan kaki bila diletakkan pada abdomen. Kondisi patologis bila gerakan tidak simetris adanya tanda kelainan neurologis.

B. 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 trush*, *diaper rash*.

C. Perencanaan

- 1) Tujuan : Bayi baru lahir dapat melewati masa transisi dari intrauterin ke ekstrauterin tanpa terjadi komplikasi.
- 2) Kriteria : Keadaan umum baik
 - a. TTV normal menurut Indrayani adalah:
 - S : 36,5-37,5 °C
 - N : 120-160 x/menit
 - RR : 40-60 x/menit
 - b. Bayi menyusu kuat
 - c. Bayi menangis kuat dan bergerak aktif

Intervensi adalah:

- a) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering.

R/Tali pusat yang basah atau lembab dapat menyebabkan infeksi.

- b) Ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orangtua.

R/Tanda-tanda bahaya bayi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

- c) Beri ASI setiap 2 sampai 3 jam.

R/Kapasitas lambung pada bayi terbatas, kurang dari 30 cc untuk bayi baru lahir cukup bulan. ASI diberikan 2-3 jam sebagai waktu untuk mengosongkan lambung.

- d) Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering.

R/Suhu bayi turun dengan cepat segera setelah lahir. Oleh karena itu, bayi harus dirawat di tempat tidur bayi yang hangat. Selama beberapa hari pertama kehidupan, suhu bayi tidak stabil, berespon terhadap rangsangan ringan dengan fluktuasi yang cukup besar di atas atau di bawah suhu normal. Bayi harus segera dikeringkan untuk mengurangi pengeluaran panas akibat evaporasi.

- e) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusu kurang baik.

R/Suhu normal bayi adalah $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$. Suhu yang tinggi menandakan adanya infeksi.

- f) Mandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir.

R/Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah.

- a. Masalah I : Hipoglikemi

Tujuan : Hipoglikemi tidak terjadi

Kriteria :

- (1) Kadar glukosa dalam darah ≥ 45 mg/dL
- (2) Tidak ada tanda-tanda hipoglikemi yaitu kejang, letargi, pernapasan tidak teratur, apnea, sianosis, pucat, menolak untuk minum ASI, tangis lemah dan hipotermi

Intervensi :

- a) Kaji bayi baru lahir dan catat setiap faktor risiko
R/Bayi preterm, bayi ibu dari diabetes, bayi baru lahir dengan asfiksia, stres karena kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk berisiko mengalami hipoglikemi.
- b) Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan strip-kimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1–2 jam setelah kelahiran.
R/Bayi yang berisiko harus dikaji tidak lebih dari 2 jam setelah kelahiran, serta saat sebelum pemberian ASI, apabila terdapat tanda ketidaknormalan dan setiap 2–4 jam hingga stabil.
- c) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemi.
R/Tanda-tanda hipoglikemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

- d) Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10 % bagi bayi yang berisiko hipoglikemia.

R/Nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglikemia.

- e) Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat, dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal.

R/Tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energi bayi.

b. Masalah II : Hipotermi.

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi.

Kriteria :

Suhu bayi 36,5-37,5⁰C

Tidak ada tanda-tanda hipotermi, seperti bayi tidak mau menetek, tampak lesu, tubuh terasa dingin, denyut jantung bayi menurun, kulit tubuh bayi mengeras/sklerema.

Intervensi :

- a) Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksila atau kulit.

R/Penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh, yang dapat menjadi indikator awal stres dingin.

- b) Kaji tanda-tanda hipotermi.

R/Selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kematian.

- c) Cegah kehilangan panas tubuh bayi, misalnya dengan mengeringkan bayi dan mengganti segera popok yang basah.

R/Bayi dapat kehilangan panas melalui evaporasi.

- c. Masalah III : Ikterik.

Tujuan : Ikterik tidak terjadi.

Kriteria :

Kadar bilirubin serum $\leq 12,9$ mg/dL.

Tidak ada tanda-tanda ikterus, seperti warna kekuning-kuningan pada kulit, mukosa, sklera, dan urine.

Intervensi :

- a) Mengkaji faktor-faktor risiko.

R/Riwayat prenatal tentang imunisasi Rh, inkompatibilitas ABO, penggunaan aspirin pada ibu, sulfonamida, atau obat-obatan antimikroba, dan cairan amnion berwarna kuning (indikasi penyakit hemolitik tertentu) merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat.

- b) Mengkaji tanda dan gejala klinis ikterik.

R/Pola penerimaan ASI yang buruk, letargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya refleks moro merupakan tanda-tanda awal ensepalopati bilirubin (kern ikterus).

- c) Berikan ASI sesegera mungkin, dan lanjutkan setiap 2-4 jam.

R/Mekonium memiliki kandungan bilirubin yang tinggi dan penundaan keluarnya mekonium meningkatkan reabsorpsi bilirubin sebagai bagian dari pirau enterohepatik. Jika kebutuhan nutrisi terpenuhi, akan memudahkan keluarnya mekonium.

- d) Jemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit.

R/ Menjemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit akan mengubah senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah diekskresikan

- d. Masalah IV : Seborrhea.

Tujuan : Tidak terjadi seborrhea.

Kriteria :

Tidak timbul ruam tebal berkeropeng berwarna kuning di kulit kepala.

Kulit kepala bersih dan tidak ada ketombe.

Intervensi :

- a) Cuci kulit kepala bayi menggunakan shampo bayi yang lembut sebanyak 2-3

kali seminggu. Kulit pada bayi belum bekerja secara sempurna.

R/Shampo bayi harus lembut karena fungsi kelenjar

- b) Oleskan krim *hydrocortisone*.

R/Krim *hydrocortison* biasanya mengandung asam salisilat yang berfungsi untuk membasmi ketombe.

- c) Untuk mengatasi ketombe yang disebabkan jamur, cuci rambut bayi setiap hari dan pijat kulit kepala dengan sampo secara perlahan.

R/Pencucian rambut dan pemijatan kulit kepala dapat menghilangkan jamur lewat seriphan kulit yang lepas.

- d) Periksa ke dokter, bila keadaan semakin memburuk.

R/Penatalaksanaan lebih lanjut.

- e. Masalah V : Miliariasis.

Tujuan : Miliariasis teratasi.

Kriteria : Tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi cairan diseluruh tubuh.

Intervensi :

- a) Mandikan bayi secara teratur 2 kali sehari

R/Mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat yang berlebihan.

- b) Bila berkeringat, seka tubuhnya sesering mungkin dengan handuk, lap kering,

atau washlap basah.

R/Meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat.

- c) Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa mengeringkan terlebih dahulu.

R/Pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat memperparah miliariasis.

- d) Kenakan pakaian katun untuk bayi

R/Bahan katun dapat menyerap keringat.

- e) Bawa periksa ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal, luka/lecet, rewel dan sulit tidur.

R/Penatalaksanaan lebih lanjut.

- f. Masalah VI : Muntah dan gumoh.

Tujuan: Bayi tidak muntah dan gumoh setelah minum.

Kriteria:

Tidak muntah dan gumoh setelah minum.

Bayi tidak rewel.

Intervensi :

- a). Sendawakan bayi selesai menyusui.

R/Bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui.

b). Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel atau menangis.

R/Mengurangi masuknya udara yang berlebihan.

g. Masalah VII : *Oral trush*.

Tujuan : *Oral trush* tidak terjadi.

Kriteria : Mulut bayi tampak bersih.

Intervensi :

- a) Bersihkan mulut bayi setelah selesai menyusui menggunakan air matang.
- b) R/Mulut yang bersih dapat meminimalkan tumbuh kembang jamur *candida albicans* penyebab oral trush.
- c) Bila bayi minum menggunakan susu formula, cuci bersih botol dan dot susu, setelah itu diseduh dengan air mendidih atau direbus hingga mendidih sebelum digunakan.
- d) R/Mematikan kuman dengan suhu tertentu.
- e) Bila bayi menyusui ibunya, bersihkan puting susu sebelum menyusui.
- f) R/Mencegah timbulnya oral trush.

h. Masalah VIII : *Diaper rash*.

Tujuan : Tidak terjadi *diaper rash*.

Kriteria : Tidak timbul bintik merah pada kelamin dan bokong bayi.

Intervensi :

- a) Perhatikan daya tamping dari diaper, bila telah menggantung atau menggelembung ganti dengan yang baru.

R/Menjaga kebersihan sekitar genetalia sampai anus bayi.

- b) Hindari pemakaian diaper yang terlalu sering. Gunakan diaper disaat yang membutuhkan sekali.

R/Mencegah timbulnya *diaper rash*.

- c) Bersihkan daerah genetalia dan anus bila bayi BAB dan BAK, jangan sampai ada sisa urin atau kotoran dikulit bayi.

R/Kotoran pantat dan cairan yang bercampur menghasilkan zat yang menyebabkan peningkatah pH kulit dan enzim dalam kotoran. Tingkat keasaman kulit yang tinggi ini membuat kulit lebih peka, sehingga memudahkan terjadinya iritasi kulit.

- d) Keringkan pantat bayi lebih lama sebagai salah satu tindakan pencegahan.

R/Kulit tetap kering sehingga meminimalkan timbulnya iritasi kulit.

D. Implementasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara

mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Dengan kriteria :

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sikososial-spiritual-kultural
2. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien atau keluarganya (inform consent).
3. Melakukan tindakan asuhan kebidanan berdasarkan evidence based.
4. Melibatkan klien/pasien
5. Menjaga privacy klien/pasien
6. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
7. Mengikuti sumbernya, sarana dan fasilitas yang ada dan memadai.
8. Mengikuti perkembangan klien secara berkesinambungan
9. Melakukan tindakan sesuai standart
10. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

E. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien. Dengan kriteria :

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga.
3. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien

F. Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengetahui keadaan/kejadian yang ditentukan dan dilakukan yang ditentukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria :

1. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia
2. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

S : adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.

O : adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A : adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

2.2.5 Konsep Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

A. Pengkajian Data

1. Data Subjektif

1) Biodata

a. Nama

Untuk menetapkan identitas pasti pasien karena mungkin memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomor telepon yang berbeda (Manuaba dkk, 2010).

b. Umur

Wanita usia < 20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20 – 35 untuk menjarangkan kehamilan, dan usia > 35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifuddin, 2014).

c. Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontak, suntik KB, susuk KB atau AKBK (Alat Kontrasepsi Bawah Kulit), dan AKDR (Manuaba dkk, 2010).

d. Pekerjaan

Mengetahui pekerjaan klien adalah penting untuk mengetahui apakah klien berada dalam keadaan utuh dan untuk mengkaji potensi premature dan pajaan terhadap bahaya lingkungan kerja, yang dapat merusak janin (Marmi, 2014).

e. Alamat

Untuk mengetahui ibu tinggal dimana, menjaga kemungkinan bila ibu dengan nama yang sama. Di tanyakan alamat agar dapat dipastikan ibu yang mana yang hendak ditolong. Alamat juga diperlukan bila akan melakukan kunjungan kepada ibu (Roumali, 2011).

2) Keluhan Utama

Keluhan utama pada ibu pasca-salin menurut Affandi (2014) adalah :

- a. Usia 20 -35 tahun, ingin menjarangkan kehamilan.
- b. Usia > 35 tahun, tidak ingin hamil lagi.

3) Riwayat Menstruasi

Untuk mengetahui *menarche*, siklus haid, lamanya, jumlah darah yang dikeluarkan dan pernahkah dismenorhea.

Riwayat Kesehatan :

- a. Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, miom uterus, diabetes militus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung dan stroke (Saifuddin, 2014).
- b. Kontrasepsi *implant* dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah <180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (*sickle cell*) (Saifuddin, 2010).
- c. Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progeteron (Affandi, 2014).
- d. Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan, dan nifas. Perlu diperlukan konseling prakontrasepsi dengan memperhatikan resiko masing – masing penyakit. Pasien dengan kelainan jantung derajat 3 dan 4 sebaiknya tidak hamil dan memilih cara kontrasepsi AKDR, tubektomi atau vasektomi pada suami (Saifuddin, 2014).

e. Ibu dengan penyakit infeksi alat genital (vaginitis, serviktis), sedangkan mengalami atau menderita PRP atau abortus septik, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang mempengaruhi kavum uteri, penyakit tofublas yang ganas, TBC pelvik, kanker alat genital tidak diperkenankan menggunakan AKDR dengan progrestin (Saifuddin, 2014).

4) Riwayat Kebidanan

a. Haid.

Bila menyusui atau 6 minggu sampai 6 bulan pasca-persalinan insersi implan dapat dilakukan setiap saat. Bila menyusui penuh, klien tidak perlu memakai metode kontrasepsi lain. Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, inserti dapat dilakukan setiap saat tetapi jangan melakukan hubungan seksual selamat 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja (Saifuddin, 2014)

Pada metode KB MAL ketika ibu mulai haid lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan metode KB lainnya (Saifuddin, 2011). Meskipun beberapa metode KB mengandung resiko, menggunakan kontrasepsi lebih aman, terutama apabila ibu sudah haid lagi (Saifuddin, 2011). Wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 5 hari memerlukan pil KB dengan efek esterogen yang rendah (Manuaba dkk, 2010).

b. Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang Lalu

Pada klien pasca-persalinan yang tidak menyusui, maka infertilitasnya rata-rata berlangsung sekitar 6 minggu. Sedangkan pada klien yang masa menyusui infertilitasnya lebih lama. Namun kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan (Saifuddin, 2011). Pasien yang tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septik tidak boleh menggunakan kontrasepsi IUD (Affandi, 2014). IUD tidak untuk ibu yang memiliki riwayat kehamilan ektopik (Saifuddin, 2014).

c. Penggunaan KB Hormonal (suntik)

Dapat digunakan pada akseptor, pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implant, IUD) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2015). Pasien yang pernah mengalami problem ekspulsi IUD, ketidakmampuan mengetahui tanda-tanda bahaya dari IUD, ketidakmampuan untuk memeriksa sendiri ekor IUD merupakan kontraindikasi untuk KB IUD.

5) Pola Kebiasaan Sehari-Hari

a. Nutrisi

DMPA merangsang pusat pengendali nafsu makan di hipotalamus, yang menyebabkan akseptor makan banyak dari biasanya.

b. Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progesteron, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot.

c. Istirahat/tidur

Gangguan tidur yang dialami ibu akseptor KB suntik sering disebabkan karena efek samping dari KB suntik tersebut (mual, pusing, sakit kepala) (Saifuddin, 2011).

d. Personal Hygiene

Dikaji karena kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Kebersihan tubuh, pakaian, dan lingkungan sangat penting untuk tetap dijaga.

e. Kehidupan Seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido (Saifuddin, 2014).

f. Riwayat Ketergantungan

Merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam risiko terjadinya miokard infark, stroke, dan keadaan trombo-embolik. Ibu yang menggunakan obat tuberkulosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsi

(feniton dan barbiturat) tidak boleh menggunakan pil progetin (Saifuddin, 2011).

2. Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum

- a. Baik : jika pasien memperlihatkan respons yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan (Sulistyawati, 2011).
- b. Lemah : pasien dimasukkan kedalam kriteria ini jika berkurang atau tidak memberikan respons yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan sendiri.
- c. Kesadaran : Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan composmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma pasien.

2) Pemeriksaan Antropometri

a. Berat Badan

Permasalahan berat badan merupakan efek samping penggunaan kontrasepsi hormonal, terjadi peningkatan atau penurunan berat badan (Affandi, 2014). Umumnya penambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1 kg sampai 5 kg dalam tahun pertama.

Penyebab penambahan badan tidak jelas. Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak dalam tubuh.

3) Pemeriksaan Fisik

a. Kepala

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah ukuran, bentuk, kontur, kesimetrisan, kesimetrisan wajah, lokasi struktur wajah, gerakan involunter, nyeri pada sinus frontal dan maksil serta untuk menilai warna, ketebalan, ada ketombe atau tidak.

b. Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Saifuddin, 2014).

c. Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan penglihatan khusus untuk pemakai pil progestin (Saifuddin, 2010). Akibat terjadi perdarahan hebat memungkinkan terjadinya anemia (Saifuddin, 2014).

d. Hidung

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah cuping hidung, deformitas napas 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, titi-titik perdarahan, rabas, warna mukosa).

e. 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 eksternal, pemeriksaan membran timpani dengan alat otoskopik (warna, tonjolan atau retraksi, gambaran bayangan telinga, dengan senter kerucut membran timpani ada atau tidak, jaringan paut, perfrasi).

f. Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran limfe, dan ditemukan bendungan bena jugularis (Romauli, 2011).

g. Dada dan Paru-Paru

Pemeriksaan dada dilakukan meliputi konfigurasi, deformitas, kesimetrisan, ukuran massa, lesi jaringan perut pada struktur dan dinding dada, retraksi atau penonjolan.

h. Payudara

Keterbatasan pada penggunaan KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara (Affandi, 2012). Terdapat benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implant (Affandi, 2012). Kontrasepsi suntikan tidak menambah resiko terjadinya karsinoma seperti karsinoma payudara atau serviks, namun progesteron termasuk DMPA, digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium.

i. Abdomen

Peringatan khusus bagi pengguna implant bila disertai nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saifuddin, 2011).

j. Genetalia DMPA

Lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenorea. Ibu dengan varises di vulva dapat menggunakan AKDR. Efek samping yang umum terjadi dari penggunaan AKDR diantaranya mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (spotting) anatar menstruasi, dan komplikasi lain dapat terjadi perdarahan hebat pada waktu haid Ekstremitas

Pada pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan (Saifuddin, 2014). Ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan AKDR (Saifuddin, 2014). Untuk kontrasepsi

IUD, selain dilakukan pemeriksaan fisik juga dilakukan pemeriksaan inspekulo dan bimanual untuk penapisan, yang diuraikan sebagai berikut :

a) Pemeriksaan Inspekulo

Adalah pemeriksaan dengan speculum yang dimasukkan kedalam vagina untuk melihat vagina dan serviks. Untuk kenyamanan pasien, speculum harus dilembabkan dengan air hangat. Dilakukan untuk mengetahui adanya lesi atau keputihan pada vagina. Selin itu juga untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda-tanda kehamilahn.

b) Pemeriksaan Bimanual

Adalah pemeriksaan digitas vagina yang dikombinasikan dengan palpasi abdomen bawah, pemeriksaan bimanual sangat penting dalam evaluasi penyakit pelvis. Pemeriksaan bimanual dengan meletakkan tangan lain di abdomen bawah untuk palpasi struktur pelvis yang lebih dalam. Tangan yang di abdomen dilektakkan ke bawah dengan telunjuk tangan sementara jari-jari bersatu, tetapi tidak fleksi. Jari tangan kemudian diletakkan kuat pada dinding abdomen untk memindahkan organ pelvis abdomen bawah ke arah jari dalam vagina. Pemeriksaan bimanual dilakukan untuk :

(a) Memastikan gerakan serviks bebas

- (b) Menentukan besar dan posisi uterus
- (c) Memastikan tidak ada tanda-tanda kehamilan
- (d) Memastikan tidak ada tanda infeksi atau tumor pada adneksa

B. Diagnosa Kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Dengan kriteria, sebagai berikut :

1. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan.
2. Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien.
3. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

RAPIAH. Usia 15 – 49 tahun, anak terkecil usia . . . tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa konraindikasi, keadaan umum baik, dengan kemungkinan masalah mual, sakit kepala, amenorhea, perdarahan/bercal, nyeri perut bagian bawah, perdarahan pervagina. Prognosa baik.

C. Perencanaan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan. Dengan kriteria, sebagai berikut :

1. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif.
2. Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga.
3. Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga.
4. Memilih tindakan yang aman kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan sesuai dengan kondisi dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
5. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.

Tujuan :

1. Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif.
2. Pengetahuan ibu tentang macam-macam, cara kerja, kelebihan, dan kekurangan serta efek samping dari KB bertambah.
3. Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya

Kriteria :

1. Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas.

2. Ibu memilih salah satu KB yang sesuai.
3. Ibu terlihat tenang. Intervensi :
 - 1) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.
R/Meyakinkan klien membangun rasa percaya diri.
 - 2) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan)
R/Dengan mengetahui informasi tentang diri klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien.
 - 3) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektivitas, indikasi dan kontradiksi.
R/Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang dia inginkan.
 - 4) Bantulah klien menentukan pilihannya.
R/Klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.
 - 5) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.
R/Penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien.
 - 6) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.

R/Penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

7) Pesankan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang.

R/Kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan alat kontrasepsi tersebut (Affandi, 2014).

a. Masalah I : Amerhona

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria : Ibu bisa beradaptasi dengan keadaannya.

Intervensi menurut (Affandi, 2014) :

1) Kaji pengetahuan pasien tentang amenorhea.

R/Mengetahui tingkat pengetahuan pasien.

2) Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan bahwa darah haid tidak berkumpul di dalam rahim.

R/Ibu dapat merasa tenang dengan keadaan kondisinya.

3) Bila terjadi kehamilan, hentikan penggunaan KB, bila kehamilan ektopik segera rujuk.

R/Penggunaan KB pada kehamilan dapat mempengaruhi kehamilan, dan kehamilan ektopik lebih besar pada pengguna KB.

b. Masalah II : Perdarahan Bercak/Spotting

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya.

Kriteria : Keluhan ibu terhadap masalah bercak/spotting berkurang.

Intervensi menurut (Affandi, 2014) adalah :

- 1) Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah dan biasanya tidak memerlukan pengobatan.

R/Klien mampu mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek menggunakan KB hormonal adalah terjadinya perdarahan bercak/spotting.

- 2) Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan, kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya.

c. Masalah III : Perdarahan Pervaginam Yang Hebat

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi penggunaan KB.

Kriteria : Perdarahan berkurang dan ibu tidak khawatir dengan kondisinya.

Intervensi menurut (Affandi, 2014) adalah :

1) Pastikan dan tegaskan adanya infeksi pelvik dan kehamilan ektopik.

R/Tanda dari kehamilan ektopik dan infeksi pelvik adalah berupa perdarahan yang banyak.

2) Berikan tetapi ibuprofen (800 mg, 3 kali sehari selama 1 minggu) untuk mengurangi perdarahan dan berikan tablet besi (1 tablet setiap hari selama 3 bulan).

R/Terapi ibuprofen dapat membantu mengurangi nyeri dan karena perdarahan yang banyak maka diperlukan tablet tambah darah.

3) Lepaskan AKDR jika klien menghendaki.

R/Perdarahan yang banyak merupakan komplikasi dari penggunaan AKDR.

d. Masalah IV : Pusing

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, pusing dapat teratasi dan ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya.

Kriteria : Tidak merasa pusing dan mengerti efek samping dari KB hormonal.

Intervensi menurut (Saifuddin, 2010) adalah :

- 1) Kaji keluhan pusing pasien.

R/Membantu menegakkan suatu diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya untuk pengobatan.

- 2) Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa ra sa pusing bersifat sementara.

R/Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal. Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi.

- 3) Teknik distribusi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri.

e. Masalah V : Kenaikan Berat Badan

Tujuan : Berat badan normal .

Kriteria : Berat Badan sesuai dengan indeks masa tubuh.

Intervensi menurut (Dyah dkk, 2011) antara lain :

- 1) Jelaskan pada ibu bahwa kenaikan berat badan dalam penggunaan KB hormonal itu wajar.

R/Ibu dapat mengerti penyebab kenaikan berat badannya.

- 2) Anjurkan ibu untuk mengurangi porsi makan.

R/Mencegah penumpukan lemak dalam tubuh.

- 3) Anjurkan ibu untuk melakukan olahraga.

R/Dengan olahraga lemah dalam tubuh akan terbakar menjadi energi.

- 4) Anjurkan ibu untuk mengganti kontrasepsi lain jika ibu merasa tidak nyaman dengan efek yang ditimbulkan KB hormonal.

R/Memberikan kenyamanan pada akseptor KB.

D. Implementasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, asuhan kebidanan secara bidan melaksanakan rencana komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan kriteria :

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
2. Setiap tindakan asuhan harus mendapat persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*Inform Consent*).
3. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based.
4. Melibatkan klien/pasien.
5. Menjaga privacy klien/pasien.
6. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
7. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
8. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.

9. Melakukan tindakan sesuai standar.
10. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

E. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, sistematis dan evaluasi secara melakukan Bidan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengna perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria :

1. Penilaian dilakukan secara setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan atau keluarga.
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
4. Hasil evaluasi ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

F. Dokumentasi

Menurut Keputusan RI No. 133 (2007). Evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut :

S : adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.

O : adalah objektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A : adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan, seluruh mencatat penatalaksanaan.

P : adalah perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi atau *follow up* dan rujukan.

