BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar/Teori

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

A. Definisi Kehamilan

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40). (Prawirohardjo, 2016)

B. Etiologi

1. Ovum (sel telur)

   Ovum adalah suatu sel dengan diameter ±0,1 mm yang terdiri dari suatu nucleus yang terapung-apung dalam vitelus dilingkari oleh zona pellusida oleh kromosom radiate.

2. Spermatozoa

   Berbentuk seperti kecebong, terdiri dari kepala berbentuk lonjong agak gepeng berisi inti, leher yang menghubungkan kepala dengan bagian tengah dan ekor yang dapat bergerak sehingga sperma dapat bergerak cepat.

3. Konsepsi

   Konsepsi adalah suatu peristiwa penyatuan antara sperma dan ovum di tuba fallopi.

4. Nidasi

   Merupakan masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi ke dalam endometrium.

5. Plasentasi

   Plasentasi adalah yang sangat penting bagi janin yang berguna untuk pertukaran zat antara ibu dan anaknya dan sebaliknya.

   Kehamilan dibagi menjadi 3 triwulan :

   a. Triwulan I antara 0-12 minggu.
   b. Triwulan II antara 12-28 minggu.
   c. Triwulan III antara 28-40 minggu. (Mochtar, 2010)

C. Tanda dan Gejala Kehamilan

a. Tanda kemungkinan kehamilan

1. Perut membesar.
2. Uterus membesar terjadi perubahan bentuk, besar dan konsistensi Rahim.
3. Tanda ditemukannya serviks dan isthmus uteri yang lunak pada pemeriksaan manual pada saat kehamilan usia 4 sampai 6 minggu.
4. Tanda chadwick perubahan warna menjadi kebiruan yang terlihat di porsio, vagina, dan labia. Tanda tersbut timbul akibat pelebaran vena karena peningkatan kadar estrogen.
5. Tanda piskacek pembesaran dan pelunakan Rahim ke salah satu sisi Rahim yang berdekatan dengan tuba uterine. Biasanya tanda ini ditemukan di usia 7 sampai 8 minggu.
6. Kontraksi-kontraksi kecil uterus jika dirangsang (Braxton Hick).
7. Teraba ballottement.
8. Reaksi kehamilan positif. (Mochtar, 2011)

b. Tanda tidak pasti kehamilan

1. Amenorrhea (berhenti menstruasi)

   Amenorrhea dialami oleh semua wanita hamil, tetapi amenorrhea ini terjadi pula pada keadaan yang lain

seperti : wanita yang mengalami gangguan emosi, penyakit kronis seperti : TBC, anemia, gangguan fungsi ovarium.

2. Mual (nausea) dan muntah (emesis)

   Morning sickness sering terjadi pada pagi hari, biasanya terjadi pada bulan pertama kehamilan hingga akhir triwulan pertama, bila terjadi mual dan muntah berlebihan/terlalu sering maka disebut hyperemesis gravidarum. (Putranti, 2018)

3. Ada bercak darah dan kram

   Implantasi atau menempelnya embrio kedinding ovulasi atau lepasnya sel telur matang dari rahim mengakibatkan adanya bercak darah dan kram, hal ini merupakan keadaan normal. (Andini, 2018)

4. Ngidam (menginginkan makanan)

   Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam, ngidam sering terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan dan akan menghilang dengan makin tuanya kehamilan. (Hani, 2010)

5. Syncope (pingsan)

Iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan *syncope* atau pingsan terjadi karena adanya gangguan sirkulasi ke daerah kepala. Hal ini sering terjadi terutama jika berada pada tempat yang ramai, biasanya akan hilang setelah 16 minggu. (Hani, 2010)

6. Lelah (fatigue)

   Menurunnya basal metabolic rate (BMR) dalam trimester pertama kehamilan menyebabkan lelah (fatigue). Dengan meningkatnya aktifitas metabolic produk kehamilan (janin) sesuai dengan berlanjutnya usia kehamilan, rasa lelah yang terjadi selama trimester pertama akan berangsur-angsur menghilang dan kondisi ibu hamil akan menjadi lebih segar. (Romauli, 2011)

7. Payudara menjadi peka

   Peningkatan produksi hormon estrogen dan progesterone menyebabkan payudara menjadi sensitive, lebih lunak, gatal dan berdenyut seperti kesemutan dan jika disentuh terasa nyeri. (Andini, 2018)

8. Sering berkemih

   Sering buang air kecil karena pembesaran rahim menekan kandung kemih. Keadaan ini tidak menjadi

tanda yang pasti sebab dapat juga disebabkan oleh hal ini.

9. Kostipasi atau obtipasi

   Peristaltic peristaltic usus (tonus otot menurun) dapat terhambat karena pengaruh progesterone sehingga kesulitan BAB. (Sunarsih, 2011)

10. Pigmentasi kulit

    Pigmentasi terjadi pada usia kehamilan lebih dari 12 minggu. Terjadi akibat hormon kortikosteroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit. Pigmentasi ini meliputi :

    1. Sekitar pantat dan paha atas : terdapat strie akibat pembesaran bagian tersebut. (Hani, 2010)
    2. Sekitar payudara : terbentuk areola sekunder disebabkan oleh hiperpigmentasi areola mamae. Pigmentasi areola ini berbeda pada setiap wanita. Selain itu, kelenjar montgometri menonjol dan pembuluh darah menifis sekitar payudara.
    3. Sekitar leher : tampak lebih hitam

       Dinding perut : lividae/gravidarum (terdapat pada seorang primigravida, warnanya membiru), strie nigra, linea alba menjadi lebih hitam (linea

grisea/nigra) (Hani, 2010). Adanya striae gravidarum yang dibentuk akibat serabut-serabut elastic dari lapisan kulit terdalam terpisah dan putus dan mengakibatkan rasa gatal.

4. Sekitar pipi : cloasma gravidarum (penghitaman pada daerah dahi, hidung, pipi, dan leher). (Kumalasari, 2015)
5. Epulis

   Hipertrofi papilla giggivae merupakan epulis. Hal ini sering terjadi pada triwulan pertama. (Romauli, 2011)

c. Tanda Pasti Kehamilan

1. Terdengar denyut jantung janin (DJJ), yang baru timbul setelah kehamilan lanjut diatas 4 bulan. Jika dengan ultrasound bunyi jantung janin dapat didengar pada kehamilan 12 minggu.
2. Gerakan janin terasa.
3. Terlihat adanya kantong kehamilan pada pemeriksaan USG.
4. Terlihat adanya rangka janin pada pemeriksaan rontgen. (Sunarti, 2013)

D. Perubahan Anatomi dan Fisiologi kehamilan

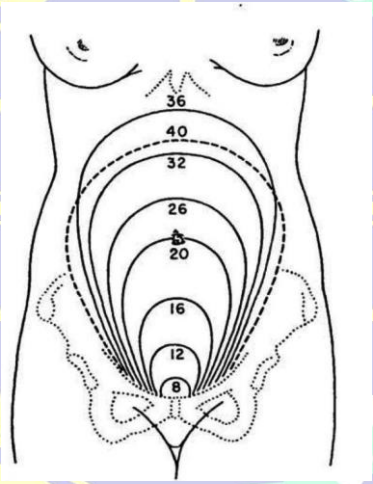
a) System Reproduksi

a. Uterus

Selama kehamilan uterus akan berubah menjadi suatu organ yang mampu menampung janin, plasenta dan cairan amnion, rata-rata pada akhir kehamilan volume air ketuban mencapai 5 sampai 20 liter atau lebih dengan berat rata-rata 1100 g, sedangkan pada perempuan tidak hamil berat uterus 70g dengan kapasitas 10ml atau kurang. Pada awal kehamilan penebalan uterus di stimulasikan oleh hormon estrogen dan sedikit hormon progesteron, posisi plasenta dapat mempengaruhi penebalan sel-sel otot uterus, dimana uterus mengelilingi tempat implantasi plasenta akan bertambah besar lebih cepat dibandingkan bagian lainnya sehingga akan menyebabkan uterus tidak rata yang disebut dengan tanda piscaseck.

Tanda hegar adalah isthimus uteri pada minggu pertama mengadakan hipertrofi seperti

korpus uteri yang mengakibatkan ismus menjadi lebih panjang dan lunak. Sejak trimester pertama kehamilan uterus akan mengalami kontraksi yang tidak teratur dan umumnya tidak disertai nyeri. Pada trimester kedua kontraksi ini dapat dideteksi dengan pemeriksaan bimanual atau biasa disebut dengan Braxton hicks. (Saifudin, 2010)



Gambar 1.1

TFU menurut umur kehamilan

Sumber : https://oshigita.files.wordpress.com/2013/10/tfu2.jpg

Tabel 2.1

Tinggi Fundus Uteri Berdasarkan Usia Kehamilan

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
12 minggu	Tiga jari diatas sympisis
20 minggu	Tiga jari dibawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	Tiga jari diatas pusat
32 minggu	Pertengahan pusat dengan prosesus fixoid
36 minggu	Setinggi prosesus xifoid
40 minggu	Dua jari dibawah proseus xifoid

Sumber : (Kumalasari, 2015)

Tabel 2.2

Tafsiran berat janin sesuai usia kehamilan

Usia kehamilan	Panjang janin	Berat badan janin
20 minggu	16-18,5 cm	300 gram
24 minggu	23 cm	600 gram
28 minggu	27 cm	1100 gram
30-31 minggu	31 cm	1800-2100 gram
36-40 minggu	35-40 cm	2900-3500 gram

Sumber : (Bobak, 2009)

b) Serviks Uterus

Dengan adanya hipervaskularisasi serta meningkatnya suplai darah maka konsistensi serviks menjadi lunak yang disebut dengan tanda goodle. Kelenjar

endoservikal membesar dan mengeluarkan banyak cairan mucus, karena pertambahan dan pelebaran pembuluh darah darah, warnanya menjadi livide yang disebut tanda Chadwick. (Putranti, 2018)

c) Ovarium

Selama kehamilan, ovulasi berhenti dan pematangan folikel-folikel baru ditunda. Pada wanita hamil biasanya hanya satu korpus leteum yang ditemukan. Struktur ini berfungsi maksimal selama 6-7 minggu pertama kehamilan, 4-5 minggu pasca evolusi dan setelah itu tidak banyak berkontribusi dalam produksi progesterone. (Andina, 2018:72)

d) Tuba Uterina

Selama kehamilan otot-otot tuba uterine hanya sedikit mengalami hipertrofi. Namun, epitel mukosa tuba menjadi agak mendatar. Kemungkinan terbentuk sel-sel desidua di stroma *endosalping*, tetapi tidak terbentuk membran desidua yang kontinu. Meskipun sangat jarang, peningkatan uterus yang hamil, terutama jika terdapat kista paratuba atau ovarium, dapat menyebabkan resiko tube uterine. (Andina, 2018:72)

e) Vagina dan Vulva

Terjadinya perubahan karena pengaruh progesterone akibat hipervaskularisasi, vagina dan vulva terlihat lebih merah atau kebiruan. Warna livid pada vagina atau portio serviks disebut tanda Chadwick. (Putranti, 2018:46)

f) Payudara (mamae)

Selama kehamilan payudara terasa penuh, terasa geli, berat dan peningkatan sensivitas mukai timbul yaitu sejak minggu ke enam gestasi. Sensifitas bervariasi mulai dari timbul rasa nyeri ringan sampai nyeri yang tajam, terjadi hiperpigmentasi pada puting susu dan areola mamae, warna merah sekunder. Pada areola dan puting susu menjadi lebih efektif.(Marmi, 2012)

g) Sistem Endokrin

1. Aliran darah ke kulit

   Dengan meningkatnya aliran darah ke kulit selama kehamilan berfungsi untuk mengeluarkan kelebihan panas yang terbentuk karena meningkatnya metabolisme.

2. Dinging abdomen

   Pada pertengahan kehamilan sering terbentuk alur-alur kemerahan yang sedikit cekung dikulit

abdomen,kadang kulit payudara dan paha.Hal ini disebut *striae gravidarum* atau *striae marks*,pada wanita multipara,selain *striae* kemerahan akibat kehamilan yang sedang dikandung,sering tampak garis-garis putih keperakan yang mencerminkan *sikatrks* dari *striae* lama.Kadang otot dinding abdomen tidak dapat menahan tegangan yang mengenainya.

3. Perubahan vaskuler

   Angioma yang disebut vaskuler ini bermanifestasi sebagai tonjolan-tonjolan kecil merah dikulit,terutama di wajah,leher,dada atas dan lengan serta jari-jari menjulur keluar dari bagian tengah lesi.keadaan ini sering disebut nevus,angioma atau telangiekstasia.Angioma terbentuk pada sekitar dua pertiga wanita kulit putih dan sekitar 10 persen wanita kulit hitam,eritame pulmaris ditemukan selama kehamilan pada sekitar dua pertiga wanita kulit putih dan sepertiga wanita kulit hitam.kedua keadaan ini tidak memiliki makna klinis dan hilang pada sebagaian besar wanita segera setelah

persalinan.perubahan vaskuler ini kemungkinan besar merupakan konsekuensi *hipersetrongenemia*.

4. Hiperpigmentas

Hiperpigmentasi biasanya lebih mencolok pada mereka yang berkulit gelap.Garis tengah kulit abdomen (*linea alba)* mengalami pigmentasi,sehingga warnanya berubah menjadi hitam kecoklatan (*linea nigra)*.kadang muncul bercak-bercak kecoklatan ireguler dengan berbagai ukuran diwajah dan dileher,menimbulkan *kloasma* atau *melasma gravidarum*.Hiperpigmentasi ini terjadi pada hampir 90 persen wanita. (Fitriani, 2018)

h) Kardiovaskuler

Jumlah darah yang dipompa oleh jantung selama kehamilan pada setiap menitnya atau yang biasa disebut sebagai curah jantung (*cardiac outut)*meningkat sampai 30-50% yang terjadi pada usia kehamilan 6 minggu dan mencapai puncaknya pada usia kehamilan 16-28 minggu.Curah jantung yang meningkat (dalam keadaan normal 70x/menit menjadi 80-90x/menit).Pada ibu hamil dengan penyakit jantung,ia dapat jatuh dalam

keadaan *decompensate cordis.* Setelah mencapai kehamilan 30 minggu dengan adanya pembesaran rahim menekan vena yang membawa darah dari tungkai ke jantung menyebabkan curah jantung agak menurun.Selama persalinan curah jantung meningkat sebesar 30%setelah persalinan curah jantung menurun sampai 15-25% diatas batas kehamilan,dan secara perlahan ke batas kehamilan.Peningkatan curah jantung selama kehamilan kemungkinan terjadi karena adanya perubahan dalam aliran darah ke rahim. Darah lebih dikirim ke rahim ibu disebabkan oleh janin yang terus tumbuh. Pada akhir usia kehamilan,rahim menerima seperlima dari seluruh darah. (Sulistyawati, 2012)

i) Sistem Perkemihan

a) Ginjal

Dengan menggunakan adiografi,Bailey dan Rolleston (1971) dikutip dari (Fitriani, 2018) melaporkan bahwa ginjal 1,5 cm lebih pada awal nafas,dibandingkan dengan 6 bulan kemudian. Laju fitrasi glomerulus (LPG,Glomerular Filtration Rate) dan aliran plasma ginjal meningkat hingga 25 persen pada minggu kedua setelah konsepsi dan 50 persen pada triwulan

kedua.Sehingga pada sistem kemih ditemukan sejumlah perubahan nyata akibat kehamilan. Aliran plasma ginjal bahkan meningkat lebih besar. Peningkatan filtrasi glomerulus menetap sampai aterm,meskipun aliran plasma ginjal berkurang selama kehamilan tahap akhir.Sekitar 60% wanita mengalami peningkatan berkemih selama kehamilan,terutama akibat meningkatnya LPG.

b) Ureter

Setelah keluar dari panggul,uterus bertumpu pada ureter,menggesernya leteral dan meningkatnya ditepi panggul menyebabkan tonus intraureter meningkat.Pada 86%wanita ureter dapat sangat melebar dan pembesaran ini lebih nyata disisi kanan. Dilatasi tak setara ini dapat disebabkan oleh efek bantal yang dihasilkan oleh kolon sigmoid ureter kiri dan mungkin pada penekanan ureter kanan yang lebih besar akibat *dekstrorotasi* uterus. Kompleks veba ovarium kanan,yang sangat melebar selama kehamilan,terletak oknlik diatas ureter kanan dan mungkin berperan besar menyebabkan dilatasi ureter kanan.

c) Kandung kemih

Selama 12 minggu terjadi perubahan anatomis dikandung kemih,namun sejak waktu itu dengan bertambahnya tekanan uterus,terjadi hiperperemia yang mengenai semua organ panggul,dan tumbuh huiperplansia otot dan jaringan ikat kandung kemih,maka intraureternya menebal atau trigobum vesika terangkat pada tepi porterior. Dengan berlanjutnya proses ini hingga akhir kehamilan menyebabkan trigonum menjadi leibih dalam dan lebar. Tidak terjadi perubahan mekosa selain peningkatan ukuran dan lika liku pembuluh darah (Fitriani, 2018)

d) Sirkulasi darah

Pengenceran darah (hemodelusi) terjadi akibat volume darah semakin meningkat dari jumlah serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah.Sel darah merah makin meningkat jumlahnya untuk dapat mengimbangi pertumbuhan janin didalam rahim,namun pertambahan sel darah tidak seimbang dengan penigkatan volume darah

sehingga terjadi hemodelusi yang disertai dengan anemia fisiologis (Manuaba, 2010)

e) Sistem musculoskeletal

ada masa kehamilan wanita membutuhkan kira-kira sepertiga lebih banyak kalsium dan fosfor,dengan mengkonsumsi makanan seimbang kebutuhan tersebut akan terpenuhi.Saliva yang asam saat hamil membantu aktivitas penghancuran bakteri email yang menyebabkan karies.Postur tubuh wanita mengalami perubahan secara bertahap karena janin membesar bertahap dalam rahim.Untuk mempertahankan tubuh sebagai kompensasi bahu tertarik ke belakang tulang belakang lebih melengkung,sendi tulang belakang lebih lentur,dapat menyebabkan nyeri punggung.Masalah umum pada wanita hamil yaitu kram pada otot kering yang penyebabnya belum diketahui mungkin terkait dengan metabolism kalsium dan fosfor,kurangnya ekskresi sisa metabolisme otot atau postur yang tidak seimbang (Sunarti, 2013).

E. Perubahan Psikologis Pada Ibu hamil

Berikut ini merupakan perubahan psikologi berdasarkan trimester yaitu :

1. Trimester I

a. Ibu merasa dirinya tidak sehat dan kadang ibu benci dengan kehamilannya

b. Terkadang muncul penolkan,kekecewaan kecemasan dan kesedihan.Bahkan ibu kadang berharap agar dirinya tidak hamil

c. Untuk meyakinkan dirinya ibu akan selalu mencari tanda-tanda apakah ia benar hamil

d. Setiap terjadi perubahan terhadap dirinya akan selalu mendapat perhatian dengan seksama

e. Pada trimester ini pertnya belum besar,kehamilan merupakan rahasia seorang ibu yang mungkin akan diberitahukan pada orang lain atau dirahasiakan

f. Kebanyakan hasrat untuk melakukan hubungan seksual mengalami penurunan,namun hasrat ini berbeda-beda pada setiap wanita (Romauli, 2011)

2. Trimester II

a. Pada trimester ini ibu merasa sehat dan sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi

b. Ibu sudah bisa menerima dengan kehamilannya

c. Gerakan bayi mulai dirasakan

d. Merasa terlepas dari kekhawatiran dan ketidaknyamanan

e. Libido meningkat

f. Menuntut cinta dan perhatian

g. Ibu merasa bahwa bayi sebagai individu yang merupakan bagian dari dirinya

h. Terjadi peningkatan hubungan sosial dengan wanita hamil lainnya atau orang lain yang baru menjadi ibu

i. Aktifitas dan ketertarikan ibu berfokus pada kehamilan,kelahiran serta persiapan untuk peran sebagai ibu (Romauli, 2011)

3. Trimester III

a. Timbul rasa tidak nyaman,merasa dirinya aneh,jelek dan tidak menarik

b. Merasa tidak senang ketika bayi tidak hadir tepat waktu

c. Timbul rasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik pada saat melahirkan,serta khawatir akan keselamatannya

d. Merasa khawatir akan bayi yang dilahirkan dalamkeadaan tidak normal dan bermimpi yang mencerminkan perhatian serta kekhawatiran

e. Merasa kehilangan perhtian

f. Merasa sedih karena terpisah dari bayinya

g. Merasa kehilangan perhatian

h. Perasaan mudah terluka (sensitif)

i. Libido menurun (Romauli, 2011)

F. Kebutuhan Pada Ibu Hamil

a. Nutrisi

a) Protein

Protein sangat dibutuhkan untuk perkembangan buah kehamilan yaitu untuk pertumbuhan janin,uterus dan plasenta.Selain itu protein sebagai pertumbuhan payudara dan kenaikan sirkulasi ibu (protein plasma,hemoglobin dll). Bagi wanita hamil 0,9 gram/kg BB/hari adalah jumlah ideal protein yang dikonsumsi tetapi selama kehamilan dibutuhkan tambahan protein hingga 30 gram/hari. Protein yang dianjurkan ialah protein hewani meliputi daging,susu,telur,keju dan ikan karena mengandung komposisi asam amino yang lengkap. (Yeni, 2013)

b) Kalori

Kebutuhan energi seorang wanita selama kehamilan meningkat energi ini digunakan untuk pertumbuhan janin,pertumbuhan plasenta,pembuluh darah,dan jaringan yang baru.Selain itu kalori juga dibutuhkan sebagai tenaga untuk proses metabolisme jaringan baru.Tubuh ibu hamil memerlukan sekitar 80.000 tambahan kalori pada kehamilan.Dari jumlah tersebut berarti setiap harinya ibu hamil membutuhkan sekitar 300 kalori tambahan (Gusti, 2016)

c) Zat besi

Perlu ditekankan kepada ibu hamil untuk mengkonsumsi zat besi selama hamil dan stelah melahirkan,karena anemia sebagaian besar disebabkan oleh defisiensi zat besi.kebutuhan zat besi selama kehamilan meningkat sebesar 300% atau 1.040 mg selama hamil dan ditunjang dengan suplemen zat besi karena peningkatan ini tidak dapat tercukupi hanya dari asupan makanan ibu hamil selama hamil.

Pemantauan konsumsi zat besi juga diikuti dengan pemantauan cara minum yang benar karena hal ini dapat mempengaruhi efektifitas penyerapan zat besi.Elemen yang sangat membantu dalam penyerapan

zat besi vitamin C dan protein hewani,sedangkan yang dapat menghambat penyerapan zat besi adalah kopi,teh,garam kalsium,magnesium san filat (terkandung kacang-kacangan). (Sulistyawati, 2012)

d) Asam folat

Pemegang peran penting untuk perkembangan embrio yaitu asam folat (vitamin B). Yang diperlukan oleh tubuh untuk membentuk teni DNA adalah asam folat. Selain itu, asam folat juga dapat meningkatkan eritopoiesis (produksi sel darah putih). Kelahiran tidak cukup bulan , (premature), bayi berat lahir rendah (BBLR) dan pertumbuhan janin yang tidak optimal merupakan penyebab kekurangan asam folat. Konsumsi asam folat 400 µ folat disarankan untuk ibu hamil. Asam folat dapatkan dari suplementasi asam folat , sayuran berwarna hijau , jus jeruk , buncis , kacang – kacangan dan roti gandum. (Gusti, 2016)

e) Kalsium

metabolisme kalsium selama kehamilan mengalami perubahan yang sangat berarti. Kadar kalsium dalam darah turun sebanyak 5% pada ibu hamil. Oleh karena itu asupan yang optimal perlu dipertimbangkan. Susu,

udang, sarang burung , sarden dalam kaleng , dan beberapa makanan nabati , seperti sayuran warna hijau tua dan lain lain merupakan sumber utama kalsium (Ari Sulistyawati, 2012)

Tabel 2.3

Kecukupan gizi pada ibu hamil

Zat Gizi	Kebutuhan Penambahan Untuk Ibu Hamil	Contoh Jenis Makanan
Energy	285 kkal	Nasi, roti ubi , jagung, kentang , tepung dll.
Proten	12 gram	Daging , ikan , telur, ayam , tahu, tempe.
Vitamin A	200 RE/i.u	Kuning telur, hati , sayuran, hijau dan buah hijau dan kuning kemerahan.
Kalsium	500 mg	Susu, ikan teri, sayuran hijau, dan kacang – kacangan.
Vitamin B1	0,2 mg	Biji-bijian , padi – padian, kacang – kacangan, daging.
Vitamin B2	0,2 mg	Hati, telur, sayuran, biji-bijian, kacang – kacangan.
Nitasan	1 mg	Hati, daging, ikan, biji-bijian, kacang -kacangan.
Zat Besi	10 mg	Sayuran, buah-buahan.
Vitamin C	30 mg	Daging , hati , sayuran hijau, bayam , kangkong, daun katuk.

Sumber : (Kusmiyati, 2013)

b. oksigen

kebutuhan manusia termasuk ibu hamil yang utama adalah kebituhan oksigen. Berbagai gangguan pernafasan bisa terjadi pada saat

hamil sehingga akan menggangu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu, sehingga akan berpengaruh pada bayi yang dikandung. Untuk mencegah hal tersebut maka untuk memenuhi kebutuhan oksigen pada ibu hamil diperlukan:

1. Latihan nafas melalui senam hamil
2. Tidur dengan bantal yang tinggi
3. Makan tidak terlalu banyak
4. Kurangi atau hentikan merokok
5. Bila ada keluhan atau gangguan pernafasan seperti asma dan lain – lain segera konsul ke dokter
6. Untuk meningkatkan perfusi uterus dan oksigen fetoplasenta dengan mengurangi tekanan pada vena asenden (hiptensi supine) dianjurkan untuk melakukan posisi miring kiri. (Romauli, 2011)

c. Personal Hygiene

Pada masa kehamilan kebersihan harus dijaga , dianjurkan mandi sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat , menjaga

kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah dada , daerah genetalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan keringkan. Yang perlu dapat diperhatikan adalah kebersihan gigi dan mulut karena sering kali mudah terjadi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium. Rasa mual selama masa hamil dapat mengakibatkan perburukan hygiene mulut dan dapat menimbulkan karies gigi. (Romauli, 2011)

d. Pakaian

Pakaian apa saja pada dasarnya bisa dipakai , baju hendaknya yang longgar dan mudah dipakai , serta bahan yang mudah menyerap keringat. Ada dua hal yang harus diperhatikan dan dihindari yaitu : sabuk dan stoking yang terlalu ketat karena akan menggangu aliran balik, sepatu dengan hak tinggi akan menambah lordosis sehingga akan menambah sakit pinggang. Payudara perlu ditopang dengan BH yang memadai untuk mengurangi rasa tidak

nyaman karena pembesaran dan kecenderungan menjadi pendulans (Romauli, 2011)

e. Seksual

Coitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan , selama kehamilan berjalan dengan normal , meskipun beberapa ahli berpendapat sebaiknya tidak lagi berhubungan seks selama 14 hari menjelang persalinan. Coitus tidak dibenarkan apabila terdapat perdarahan pervaginam, terdapat Riwayat abortus berulang , abortus atau partus prematurus imminens, ketuban pecah , serviks telah membuka. Posisi senggama wanita diatas, sisi dengan sisi , dapat menghindari tekanan pada perut dan wanita dapat mengatur menetrasi penis (Yuni dkk, 2013)

f. istirahat dan tidur

Pada saar hamil , ibu hamil akan merasa letih pada beberapa minggu awal kehamilan atau beberapa minggu terakhir katika hamil menanggung beban berat yang bertambah. Oleh karena itu, ibu hamil memerlukan istirahat dan tidur semakin sering dan banyak. Istirahat

merupakan keadaan yang tenang, relaks tanpa tekanan emosional , dan bebas dari kegelisahan. Ibu hamil memerlukan istirahat kurang lebih 8 jam untuk malam hari, sedangkan untuk siang hari kurang lebih 2 jam dengan kaki ditempatkan lebih tinggi dari tubuhnya. (Mandriwati dkk, 2016)

G. Masalah Pada Kehamilan

a. Trimester 1

1. Mual dan muntah (moring sikness)

   Terjadi pada awal kehamilan, yang timbul pada pagi hari yaitu saat perut kosong.

   Penyebabnya belum diketahui secara pasti, kemungkinan timbul dari perubahan hormonal. Rasa mual dan muntah ini dapat kita jumpai pada 50 – 70% kehamilan (Hutahean S, 2013)

   Cara mengatasi yaitu dengan menghindari perut kosong atau penuh, amkan – makanan tinggi karbohidrat (biscuit), makan dengan porsi sedikit tapi sering , hirup udara segar , pastikan cukup udara didalam rumah. (Kusmiyati dkk, 2013)

2. Payudara nyeri , pengeluaran colostrum dan hiperpigmentasi penyebab adalah:

   a) Stimulasi hormone yang menyebabkan pigmentasi

   b) Peningkatan hormone progesterone , esterogen , somatomammotropin , prolactin dan melano stimulating hormone

   c) Adanya peningkatan pembentukan pembuluh darah (vaskularisasi)

   Cara mengatasi :

   a) Gunakan bra yang menyangga besar dan berat payudara

   b) Pakai nipple pad (bantalan) yang dapat menyerap kolostrum

   c) Jika bra kotor segera ganti , gunakan air hangat saat membersihkan payudara dan jaga agar tetap kering

3. Pusing atau sakit kepala

   Penyebab :

   a) Akibat kontraksi otot / sperma otot (leher , bahu dan penegangan pada kepala) , serta keletihan

   b) Perubahan dinamika cairan syaraf

   Cara mengatasi :

a) Teknik relaksasi

b) Massase leher dan otot bahu

c) Penggunaan kompres panas atau pada leher

d) Istirahat

e) Mandi air hangat

4. Keputihan

Penyebab :

a) Peningkatan pelepasan epitel vagina akibat peningkatan pembentukan sel- sel

b) Peningkatan produksi lender akibat stimulasi hormonal pada leher Rahim.

Cara mengatasi :

a) Jangan membilas bagian dalam vagina

b) Kenakan pembalut wanita

c) Jaga kebersihan alat kehamilan

d) Jika terjadi gatal , bau busuk atau perubahan sifat dan warna segera laporkan ke tenaga Kesehatan.

5. Gingivitis dan epulis (peradangan pada gusi)

Penyebab : Peningkatan pembuluh darah pada gusi dan peningkatan pembentukan gusi

Cara mengatasi :

a) Perbanyak makan sayur , buah dan makan menu seimbang dengan protein cukup

b) Menjaga kebersihan gigi, gosok gigi dengan sikat yang lembut.

b. Trimester II

1. Anemia

Berkurangnya nutrisi, zat besi , asam folat, serta hemoglobinopati. Penanganan yang dapat dilakukan untuk mengatasi hal tersebut antara lain pemberian zat besi , Vitamin C, pemberian diet , mencukupi kebutuhan nutrisinya , dengan istirahat yang cukup. (Hutahean, 2010)

2. Hemoroid

Penyebab :

a) Tekanan yang meningkat dari uterus

b) Progesterone menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar

Cara mengatasi :

a) Kompres hangat atau mandi air hangat , karena air panas tidak hanya memberikan kenyamanan tapi juga meningkatkan sirkulasi

b) Istirahat ditempat tidur dengan panggul diturunkan dan dinaikkan

3. Konstipasi

Penyebab :

a) Peristaltic usus menjadi lambat karena peningkatan kadar progesterone

b) Penyerapan air dari kolon meningkat

c) Efek samping dari penggunaan suplemen zat besi

Cara mengatasi :

a) Intake cairan ditingkatkan, minum cairan dingin/ panas (terutama ketika perut kosong)

b) Istirahat cukup

c) Membiasakan BAB secara teratur

d) BAB segera ada dorongan

4. Sering miksi

Penyebab :

a) Adanya tekanan pada vesika urinaria oleh pembesaran uterus sehingga bentuk vesika urinaria berubah dan akhirnya vesika urinaria cepat penuh dan timbul rangsangan untuk BAK Cara mengatasi :

a) Tidak minum 2 -3 jam sebelum tidur

b) Sesaat sebelum berangkat tidur kosongkan kandung kemih

c) Agar kebutuhan cairan ibu tetao terpenuhi perbanyak minum pada siang hari

d) Jangan kurangi minum pada malam hari kecuali nocturia menggangu tidur dan menyebabkan keletihan

e) Batasi minum bahan alamiah seperti kopi , the dll

5. Insomnia

Penyebab :

a) Perasaan gelisah , kuatir ataupun Bahagia

b) Ketidaknyamanan fisik seperti membesarnya uterus , pergerakan janin, bangun ditengah malam karena nocturia, dyspnea, heart burn , sakit otot , strees dan cemas .

Cara mengatasi :

a) Gunakan Teknik relaksasi

b) Mandi air hangat

c) Minum – minuman hangat sebelum pergi tidur

d) Melakukan aktifitas yang tidak menstimulasi sebelum tidur

6. Heart burn

Penyebab :

a) Perubahan hormone menyebabkan keadaan sesak dalam perut dan meningkatnya keasaman perut

b) Ruang fungsi lambung hilang karena tempatnya digantikan dan ditekan oleh pembesaran uterus Cara mengatasi :

a) Makan sedikit tapi sering

b) Hindari makanan lemak terlalu banyak , makanan yang digoreng atau makanan yang berbumbu merangsang

c) Kaki ditinggikan saat tidur

d) Hindari berbaring obat antacid yang terbuat dari bahan lain selain kelsium

e) Hindari berbaring setelah makan

c. Trimester III

1. Sesak nafas

Penyebab : Adanya tekanan paru ibu karena bayi yang berada dibawah digfragma

Cara mengatasi :

a) Mengatur laju dan dalamnya pernafasan pada kecepatan normal Ketika terjadinya hiperventilasi

b) Secara perodik berdiri dan merentangkan lengan serta menarik nafas Panjang

2. Edema

Penyebab :

a) Pengaruh hormone menyebabkan peningkatan kadar sodium
b) Kogesti sirkulasi pada ekstremitas bawah
c) Tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvic Ketika duduk atau pada kafa inverior katika berbaring

Cara mengatasi :

a) Hindari posisi berbaring terlentang
b) Hindari posisi berdiri untuk kekiri dengan kaki agak ditegakkan
c) Hindari duduk dengan kaki mengantung

3. Kram kaki

Penyebab :

a) Kekurangan asupan kalsium
b) Pembesaran uterus, sehingga memberikan tekanan pada dasar pelvic dengan demikian dapat menurunkan sirkulasi darah dari tungkai bagian bawah

Cara mengatasi :

a) Minum susu tinggi kalsium
b) Berlatih dorsofleksi pada kaki untuk merengangkan otot yang terkena kram
c) Gunakan penghangat untuk otot

4. Pegal – pegal

Akibat dari ibu hamil kekurangan kalsium atau karena ketegangan otot menyebabkan ibu sering mengalami pegal – pegal. Pada kehamilan trimester ketiga ini dapat dikatakan ibu membawa beban yang berlebih seiring peningkatan ibu membawa beban yang berlebih seiring peningkatan berat badan bayi di dalam rahim. Otot – otot tubuh yang mengalami pengenduran sehingga mudah merasa Lelah.

Cara mengatasi :

a) Hindari sepatu atau sandal hak tinggi
b) Hindari mengangkat beban berat
c) Gunakan kasur yang keras untuk tidur
d) Untuk meluruskan punggung gunakan bantal waktu tidur

e) Hindari tidur terlentang terlalu lama karena dapat menyebabkan sirkulasi darah menjadi terhambat (Kusmiyati dkk, 2010)

5. Sering buang air kecil

Pada trimester ketiga ketidaknyamanan lainnya yang sering muncul adalah seringnya buang air kecil (BAK). Janin sudah sedemikian membesar menekan kandung kemih ibu akibatnya , kepasitas kandung kemih terbatas. Sehingga ibu ingin sering BAK. (Kusmiyati dkk, 2010)

H. Tanda Bahaya Kehamilan

a. Tanda bahaya pada kehamilan muda

1. Perdarahan pervaginam

Perdarahan pervaginam pada ibu hamil dapat disebabkan oleh abortus, kehamilan ektopik atau mola hidatidosa. Abotus merupakan berakhirnya suatu kehamilan (oleh akibat – akibat tertentu) pada atau sebelum kehamilan tersebut berusia 22 minggu atau buah kehamilan belum mampu hidup diluar kandungan. Jenis abortus meliputi: Abortus immnens, abortus inspiens, abortus incomplitus, abortus komplitus, abortus tertunda (missed abortion),

abortus habitualis, abortus febrilis, kehamilan ektopik. Mola hidatidosa. (Kusmiyati dkk, 2010)

2. Hipertensi gravidarum

a) Hipertensi kronik : merupakan hipertensi yang menetap oleh sebab apapun , yang sudah ditemukan pada umur kehamilan kurang dari 20 minggu , atau hipertensi yang menetap setelah 6 minggu pasca salin.

b) Superimposed preeklamsi : hipertensi yang sudah ada sebelum kehamilan dan diperberat oleh kehamilan. (Kusmiyati, 2010)

3.Nyeri perut pada kehamilan muda

Nyeri perut pada kehamilan 22 minggu atau kurang. Hal ini mungkin gejala utama pada kehamila ektopik atau abortus. (Kusmiyati, 2010)

Tanda bahaya pada kehamilan lanjut

a) Perdarahan pervaginam

Perdarahan anterpartum atau perdarahan pada kehamilan lanjut adalah perdarahan pada trimester terakhir dalam kehamilan lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah

merah, banyak dan kadang- kadang tapi tidak selalu , disertasi dengan rasa nyeri

b) Sakit kepala yang berat atau menetap

Sakit kepala yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat ibu mungkin menemukan bahwa penglihatanya manjadi kabur atau berbayang.

c) Penglihatan kabur

Pengaruh hormonal dapat menyebabkan penglihatan kabur, ketajaman penglihatan ibu dapat berubah dalam kehamilan.

d) Bengkak diwajah dan jari jari tangan

Bengkak bisa menunjukan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini bisa merupakan pertanda anemia , gagal jantung atau pre eklasi.

e) Keluar cairan pervaginam

Keluarnya cairan berupa air – air dari vagina pada trimester 3, ketuban dinyatakan pecah dini jika sebelum proses persalinan berlangsung, pecahnya selaput ketuban terjadi pada kehamilan preterm (sebelum kehamilan 37 minggu) maupun pada kehamilan aterm.

f) Gerakan janin tidak terasa

Ibu tidak merasakan Gerakan janin sesudah kehamilan trimester 3, normalnya ibu merasakan Gerakan janinya selama bulan ke 5 atau ke 6, beberapa ibu dapat merasakan Gerakan bayinya lebih awal.

g) Nyeri abdomen yang hebat

Nyeri abdomen yang hebat hal ini bisa berarti apendistis, kehamilan ektopik, abortus, penyakit radang panggul, persalinan preterm, gastritis, penyakit kantung empedu, uterus yang irritable, ISK dan infeksi lain. (Kusmiyati, 2010)

I. Standar kunjungan Antenatal

Pemberian asuhan kebidanan pada saat kehamilan adalah 4 kali dating berkunjung diantaranya :

1) Trimester 1 1x kunjungan (usia kehamilan 0-12 minggu)
2) Trimester II 1x kunjungan (usia kehamilan lebih dari 12-24 minggu)
3) Trimester III 2x kunjungan (usia kehamilan lebih dari 24 minggu), (Kemenkes RI, 2015)

Dalam pemberian asuhan kebidanan menurut kemenkes RI (2015:8) menggunakan pelayanan antenatal terintegrasi atau terpadu sebagai berikut :

1. Timbang Berat Badan Ukur Berat Badan
2. Ukur Tekanan Darah
3. Nilai Status Gizi (ukur lingkar lengan atas (LILA)
4. Ukur Tinggi Fundus Uteri
5. Tentukan Presentasi Janin Dan Denyut Jantung Janin
6. Skirining Status Imunisasi TT Dan Berikan Imunisasi Tetanus Toksoid(TT) apabila diperlukan
7. Berikan Tablet Tambah Darah (Tablet FE)
8. Pemeriksaan Laboratorium rutin dan khusus (pemeriksaan golongan darah, kadar hemoglobin darah (HB) , protein urine , gula darah , darah malaria , tes sifilis , HIV,BTA)
9. Tatalaksana
10. Temu wicara

Temu wicara (konseling) dilakukan setiap kunjungan antenatal sebagai berikut:

1) Kesehatan ibu
2) Perilaku hidup sehat dan bersih

3) Peran suami dan keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan
4) Tanda bahaya pada kehamilan , persalinan , nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi
5) Asupan gizi seimbang (Visi dkk, 2018)

2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

A. Pengertian Persalinan

Persalinan merupakan suatu peristiwa yang sangat penting dalam kehidupan wanita. Proses persalinan memeiliki arti yang berbeda disetiap wanita, dengan belum adanya pengalaman akan memunculkan kecemasan dan ketakutan berlebih selama proses persalinan. Keadaan ini sering terjadi pada wanita yang pertama kali melahirkan (Wijaya dkk, 2014). Persalinan merupakan suatu proses pengeluaran hasil konsepsi janin dan plasenta yang cukup bulan atau hidup diluar kandungan melalui jalan lahir melalui jalan lahir, dengan bantuan ataupun tanpa bantuan (kekuatan sendiri). (Sulistyawati, 2013)

B. Jenis Pesalinan

Persalinan dikelompokan dalam 4 cara berdasarkan caranya yaitu :

a. Persalinan spontan. Yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.

b. Persalinan buatan. Merupakan persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar misalnya ekstrasi dengan foceps atau dilakukan operasi section caesarea.

c. Persalinan anjuran

Adalah persalinan yang terjadi jika kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan, yaitu merangsang otot Rahim berkontraksi seperti dengan menggunakan prostaglandin dan poticin.

Berdasarkan umur kehamilan dan berat janin yang dilahirkan , persalinan dibedakan meliputi:

1. Abortus

Adalah pengeluaran hasil konsepsi dengan kehamilan kurang dari 22 minggu dan BB kurang dari 500 gram.

2. Imatur

Adalah partus dengan usia kehamilan 22-28 minggu BB 500-1000 gram

3. Premature

Adalah partus dengan usia kehamilan 28 – 37 minggu dan BB 1000-2500 gram.

4. Aterm

Adalah partus dengan usia kehamilan 37-40 minggu dan BB 2500 gram atau lebih

5. Posterm atau serotinus

Adalah partus dengan usia kehamilan lebih dari 42 minggu (Prawirohardjo, 2016)

C. Sebab Terjadinya Persalinan

Sebab terjadinya persalinan diantaranya sebagai berikut :

1) Teori penurunan kafar hormone progesterone

Hormone yang mengakibatkan relaksasi pada otot-otot Rahim adalah hormone progesterone , sedangkan hormone yang meningkatkan kerentanan otot Rahim adalah esterogen. Selama kehamilan, terdapat keseimbangan antara progesterone dan esterogen yang berada didalam tubuh.

Esterogen memiliki kecenderungan meningkatkan derajat kontraktilitas uterus. Sebaliknya , progestereone menghabat kontraksi selama kehamilan sehingga mencegah eskpulsi fetus. Baik progesterone maupun esterogen disekresikan dalam jumlah yang secara progresif makin bertambah selama kehamilan.

Sekresi esterogen terus meningkat saat kehamilan mulai masuk usai 7 bulan dan seterusnya , sedangkan sekresi progesterone tetap konstan atau mungkin sedikit menurun sehingga terjadi kontraksi brakton hicks saat akhir kehamilan yang selanjutnya bertindak sebagai kontraksi persalinan.

2) Teori Oksitosin

Terjadi peningkatan reseptor oksitosin dalam otot Rahim menjelang proses persalinan sehingga mudah terangsang saat disuntikan oksitosin dan dapat menimbulkan kontraksi , oksitosin di duga menimbulkan pembentukan prostaglandin dan persalinan dapat berlangsung.

3) Teori prostaglandin

Terjadinya permulaan persalinan diakibatkan oleh prostaglandin yang dihasilkan oleh decidua. Hal ini juga didukung dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi , baik dalam air ketuban maupun daerah parifer ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan.

4) Teori plasenta menjadi tua

Kadar esterogen dan progesterone turun akibat dari plasenta yang menjadi tua seiring bertambahnya usia kehamilan. Hal ini juga dapat mengakibatkan kejang pada pembuluh darah sehingga akan dapat menimbulkan kontraksi.

5) Distensia Rahim

Seperti halnya dengan kandung kemih yang apabila dindingnya merengang karena terdapat urin, demikian pula dengan Rahim. Otot-otot Rahim akan semakin merangsang seiring bertambahnya usia kehamilan. Rahim yang membesar dan merenggang menyebabkan iskemia otot-otot Rahim sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenter kemudian timbulah kontraksi atau his.

6) Teori iritasi mekanik

Dibelakang serviks terletak ganglion servikale (fleksus frangker hauser). Nila ganglion ini digeser dan ditekan, misalnya dengan kepala janin makan akan timbul kontraksi.

7) Pengaruh janin

Hipofise Fn kelenjar suprarental suprarental janin juga memegang peranan dalam terjadinya persalinan pada janin anacepalus kehamilan lebih lama dari biasanya. (Mutmainnah, 2017)

D. Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Persalinan dipengaruhi oleh beberapa factor yaitu :

1) Power

Power atau tenaga meliputi kekuatan dan reflek meneran.

2) Passage

Passage atau jalan lahir yang paling penting dalam menentukan proses persalinan adalah pelvis

3) Passanger

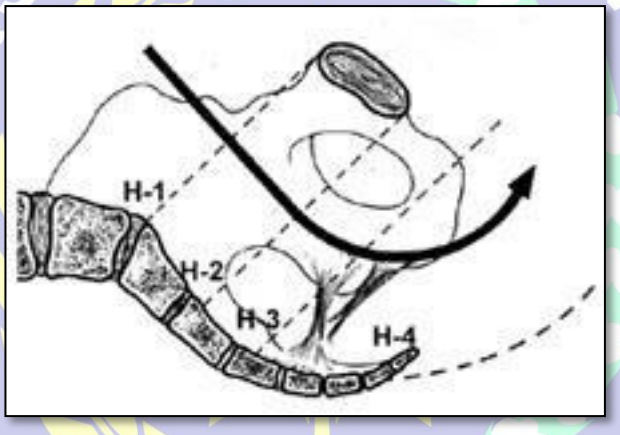
Passanger adalah janin dan plasenta , yang terdiri dari janin dengan ukuran dan moulage , sikap fetus , letak janin , plasenta fetus dan posisi fetus.

Bidang panggul merupakn bidang datar imajiner yang melintang terhadap panggul pada tempat yang berbeda dan digunakan untuk menjelaskan proses persalinan. Bidang hodge :

1) Hodge I : dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simfisis dan promontorium atas simfisis dan promotorium.
2) Hodge II : sejajar dengan hodge I setinggi pinggir bawah simfisis
3) Hodge III : sejajar dengan hodge I dan II setinggi spina ischiadika kanan dan kiri.
4) Hodge IV : sekitar hodge I,II dan III setinggi os cocygis (sari, 2014).

Gambar 2.2

Bidang hodge



Sumber : (Fitriani, 2016)

E. Tanda Mulainya Persalinan

Persalinan yang sudah dekat ditandai dengan adanya ligtening atau settling atau dropping dan terjadi his palsu. Persalinan sendiri ditandai dengan his persalinan , yang memiliki ciri sebagai berikut :

1. Pinggang terasa sakit yang menjalar kedepan

2. His bersifat teratur , interval semakin pendek dan kekuatannya semakin besar
3. Mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks
4. Semakin beraktifitas (jalan) , semakin bertambah kekuatan kontraksinya.

Selain his, persalin ditandai dengan pengeluaran lender dari kanalis servikalis karena terjadi pembukaan dan pengeluaran darah dikarenakan kapiler pembuluh darah pecah.

Persalinan juga dapat disebabkan oleh pengeluaran cairan ketuban yang Sebagian besar pecah menjelang pembukaan lengkap dan tanda in partu, meliputi adanya his, blody show, peningkatan rasa sakit , perubahan bentuk servikas, pendataran serviks , pembukaan serviks (dilantasi) , pengeluaran cairan yang banyak atau selaput ketuban pecah dengan sendirinya. (Nurul, 2014)

F. Perubahan Fisiologi Pada Ibu Bersalin

1. Tekanan Darah

   Selama kontraksi tekanan darah meningkat (kenaikan sistolik rata – rata 15 mmHg dan diastolic 5-10 mmHg). Tekanan darah Kembali normal seperti sebelum persalinan diantara kontraksi. Rasa sakit, takut dan cemas dapat juga meningkatkan tekanan darah pada saat persalinan.

2. Metabolisme

   Selama persalinan , metabolisme aerob maupun anaerob terus menerus meningkatkan seiring dengan kecemasan dan aktivitas otot. Peningkatan suhu tubuh, nadi, pernafasan , curah jantung dan kehilangan cairan. (Jannah, 2014)

3. Suhu

   Selama persalinan sedikit meningkat , tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Suhu yang tidak lebih dari 0.5 sampai 1ºC dianggap normal, menunjukan peningkatan metabolisme selama persalinan. (Varney, 2010)

4. Perubahan pada ginjal

   Yang sering terjadi selama persalinan adalah polyuria, yang disebabkan oleh kardik output yang meningkatkan serta glomelurus serta aliran plasma ke renal. Dalam posisi terlentang polyuria tidak begitu terlihat yang mempunyai efek mengurangi aliran urine selama persalinan. Selama persalinan protein urine (+1) merupakan hal yang wajar, namun protein urine (+2) merupakan hal yang tidak wajar. Keadaan ini sering terjadi pada ibu primipara, anemia, persalinan lama atau kasus pre eklamsi. (Nanny, 2011)

5. Perubahan nadi

   Dibandingkan sesaat sebelum persalinan frekuensi nadi diantara dua kontraksi lebih meningkat. Dari hal tersebut menunjukan adanya

peningkatan metabolisme yang meningkat pada tubuh. (Sulistyowati dkk, 2010)

6. Perubahan saluran cerna

   Akibat dari kemampuan pergerakan gastrik serta penyerapan makanan padat berkurang sehingga menyebabkan percernaan hampir berhenti selama persalinan dan akan menyebabkan terjadinya konstipasi. (Nanny, 2011)

7. Perubahan pernafas

   Pemakain oksigen dan peningkatan aktivitas fisik terlihat dari meningkatnya frekuensi pernafasan. Hiperventilasi dapat menyebabkan alkalosisi respitorik (Ph meningkat), hipoksia dan hipokapnea (CO2 menurun). . (Sulistyowati dkk, 2010)

8. Perubahan hematologic

   Hematologic meningkat rata rata 1,2 gr/ 100 ml selama persalinan dan akan Kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca persalinan pada hari pertama pasca partum apabila tidak terjadi kehilangan darah yang abnormal. Selama persalinan waktu koagulasi darah berkurangt dan terdapat peningkatan fibrinogen plasma lebih lanjut. Selama kala satu persalinan hitung sel darah progetif meningkat sebesar kurang lebih 5000 hingga jumlah rata rata 150000 pada saat pembekuan lengkap dan tidak ada peningkatan lebih lanjut setelah ini. Selama persalinan gula darah

menurun, menurun drastic pada persalinann lama dan sulit, kemungkinan besar akibat peningkatan aktifitas otot dan rangka. (Rohani, 2015)

G. Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan merupakan cara penyusuaian diri dan lewatnya janin melalui panggul ibu. Terdapat 6 gerakan dengan overlapping yaitu sebagai berikut:

1. Enggament

   Enggament atau desensus terjadi sebelum inpartu dan tidak berlanjut sampai awal kala II. Pada multipara enggament berlangsung Bersama dengan dilatasi servik. Penyebab terjadinya enggament atau desensus yaitu tekanan cairan amnion , tekanan cairan amnion , tekanan langsung oleh fundus uteri pada bokong, usaha meneran ibu , Gerakan ekstensi tubuh janin(tubuh janin menjadi lurus). Factor lain yang menentukan terjadinya desensus yaitu ukuran dan bentuk panggul , posisi bagian terendah janin.

2. Penurunan

Penurunan meliputi engagement pada diameter oblique kanan panggul berlangsung terus selama persalinan normal pada waktu janin melalui jalan lahir. Gerakan – gerakan lainnya menyertai penurunan ini.

3. Flexi

Sebelum persalinan mulai ,sudah terjadi flexi sebagian oleh karena ini merupakan sikap alamiah janin dalam uterus. Tekanan terhadap penurunan kepala menyebabkan bertambahnya fleksi. Occiput turun mendahului sinciput. UKK lebih rendah dari pada bregma dan dagu janin mendekati dadanya.

4. Putaran paksi dalam

Putaran paksi dalam merupakan putaran dari bagian dengan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan janin memutar kedepan kebawah simpisis, pada presentasi belakang kepala bagian yang terendah ialah daerah ubun – ubun kecil dan bagian inilah yang akan memutar kedepan kearah simpisis, rotasi dalam penting untuk menyelesaikan persalinan, karena rotasi dalam merupakan suatu sumber untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya budang tengah dan pintu bawah panggul (Marmi, 2011)

5. Ekstensi

Ekstensi pada dasarnya disebabkan oelh dua kekuatan kontraksi uterus yang menimbulkan tekanan kebawah , dan dasar panggul yang memberikan tahanan perlu diperhatikan bahwa dinding depan panggul (pubis) Panjang hanya 4-5 cm, sedangkan dinding belakang (sacrum) 10-12 cm dengan demikian sinciput harus menempuh jarak yang lebih panjang dari occiput dengan semakin turunnya kepala terjadilah penonjolan perineum diikuti dengan kepala membuka pintu (crowing). Occiput lewat PAP perlahan –

lahan dengan tengkuk menjadi titik putar di angulus subpubicus. Kemudian dengan proses extensi yang cepat sinciput sepanjang sacrum dan berturut-turut lahirnya bregma, dahi, hidung, mulut dan dagu melalui perineum.

6. Resusitasi

Pada waktu kepala mencapai dasar panggul. Muka bahu memasuki panggul oleh karena panggul tetap berada pada diameter oblique sedangkan kepala berputar ke depan. Maka leher ikut berputar. Begitu kepala dilahirkan dan bebas dari panggul maka leher berputar Kembali dan kepala mengadakan resusitasi Kembali (OA menjadi LOA) sehingga hubunganya dengan bahu dan kedudukannya dalam panggul menjadi normal Kembali.

7. Putar paksi luar

Putar paksi luar kepala sebenarnya adalah menifestasi putar paksi dalam dari pada bahu. Pada bahu mencapai dasar panggul bahu depan yang lebih rendah berputar kedepan di bawah simfisis dan diameter bisacromialis berputar dari diameter ablique kekiri menjadi diameter anteroposterior panggul. Dengan begini memanajangkan bahu maka diameter bahu dapat sesuai dengan diameter memanjang RBP. Kepala yang telah berputar kembali untuk mengembalikan hubungan normal dengan bahu . sekarang berputar lagi untuk mempertahankannya. (Sri R, 2017)

H. Tahapan Persalinan

1. Persalinan kala I

Kala I atau kala pembukaan berlangsung dari nol (0 cm) sampai pembukaan lengkap (10 cm). untuk primigravida berlangsung 12 jam untuk kala 1 , sedangkan sekitar 8 jam untk multigravida. Berdasarkan kurva fredman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm/jam dan multigravida 2 cm/jam. Kala 1 (pembukaan) dibagi menjadi 2 fase , yaitu :

1) Fase laten

a. Pembukaan 0 sampai pembukaan 3 cm

b. Berlangsung dalam 7-8 jam

2) Fase aktif

Berlangsung selama 6 jam dan dibagi menjadi 3 subfase :

a. Periode aselerasi : berlangsung 2 jam,pembukaan menjadi 4 cm

b. Periode dilatasi maksimal : selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm

c. Periode deselerasi : pembukaan berlangsung lambat dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap.

2. Persalinan kala 2

Persalinan kala 2 disebut juga kala (pengusiran),dimulai dengan pembukaan serviks (10 cm) dan berakhir dengan kelahiran bayi.Kala 2 ditandai dengan :

a. His terkoordinasi,kuat cepat,dan lebih lama,kira-kira 2-3 menit sekali

b. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa mengejan

c. Tekanan pada rectum dan anus terbuka,dan vulva membuka serta perinium meregang.

Persalinan kala 2 dimulai ketika pembukaan serviks telah lengkap (10 cm) amati tanda gejala kala 2. (Pelatihan Asuhan Normal, 2015)

3. Persalinan kala 3

Kala 3 atau pelepasan uri merupakan periode yang dimulai bayi lahir dan berakhir pada saat plasenta seluruhnya sudah dilahirkan.lama kala 3 pada primigravida dan multigravida hampir sama berlangsung kurang lebih 10 menit.

a) Tanda pelepasan plasenta yaitu sebagai berikut :

1) Fundus yang berkontraksi kuat

2) Perubahan bentuk uterus dan bentuk cakram menjadi bentuk oval bulat,sewaktu plasenta bergerak kearah segmen bagian bawah

3) Adanya semburan darah dengan tiba-tiba

4) Tali pusat bertambah panjang dengan majunya plasenta mendekati intrpitus.Tanda ini kadang-kadang terlihat dalam

waktu satu menit setelah bayi lahir dan biasanya dalam lima menit . (Kumalasari, 2015)

b) Mekanisme pelepasan plasenta

Segera setelah bayi dan air ketuban sudah tidak berada di dalam uterus,kontraksi uterus akan terus berlangsung dan ukuran rongganya akan mengecil. Pengurangan dalam ukuran ini akan menyebabkan penguranan dalam ukuran situs penyambung plasenta. Oleh karena itu situs sambungan tersebut menjadi lebih kecil,plasenta menjadi lebih tebal dan mengkerut serta memisahkan diri dari dinding uterus (Sulistyawati, 2010)

Cara pelepasa plasenta :

1) Metode ekspulsi scultze

Pelepasan plasenta yang dimulai dari sentral atau bagian tengah sehingga terjadi bekuan retroplasenta.Tanda pelepasan dari tengah ini mengakibatkan perdarahan tidak terjadi sebelum plasenta lahir,perdarahan terjadi setelah plasenta lahir. (Widyatun, 2012)

2) Metode ekspulsi maththew-duncan

Ditandai oleh adanya perdarahan dari vagina apabila plasenta mulai terlepas. Umumnya perdarahan ini tidak melebihi 400ml, apabila hal ini patologik. Lebih besar kemungkinan pada implantasi lateral. Apabila plasenta lahir umumnya

otot-otot uterus segera berkontraksi, pembuluh-pembuluh darah akan terjepit dan perdarahan segera berhenti.Pada keadaan normal akan lahir normal dalam waktu kurang lebih 6 menit setelah anak lahir lengap. (Kahan, 2020)

Berikut adalah prasat untuk mengetahui apakah plasenta sudah lepas atau belum :

i. Prasat kuthner

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat.tangan kiri menekan darah diatas simfisis.Bila tali pusat ini masuk ke dalam vagina,itu tandanya plasenta belum lepas dari dinding uterus.Prasat ini hendaknya dilakukan secara hati-hati.Apabila hanya sebagai plasenta terlepas,perdarahan banyak akan dapat terjadi. (Damayanti, 2014)

ii. Prasat stassman

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat.Tangan kiri mengetok-ngetok fundus uteri.Bila terasa getaran pada tali pusat yang diregangkan ini berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus. (Paula, 2013)

iii. Prasat klien

Wanita tersebut disuruh mengejan.Tali pusat tampak turun kebawah.Bila pengejanannya dihentikan dan tali pusat masuk kembali kedalam vagina,berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus. (Trianto, 2016)

4. Persalinan kala 4

   Pada kala 4 dilakukan observasi karena perdarahan postpartum paling sering terjadi pada waktu 2 jam pertama postpartum.Observasi yang dilakukan pada kala 4 sebagai berikut :

   a. Evaluasi uterus
   b. Pemeriksaan dan evaluasi serviks,vagina dan perinium
   c. Pemeriksaan dan evaluasi plasenta,selaput dan tali pusat
   d. Penjahitan kembali luka episiotomi dan laserasi (jika ada)
   e. Pemantauan dan evaluasi tanda-tanda vital,kontraksi uterus,lokea,perdarahan dan kandung kemih. (Mutmainnah, 2017)

I. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

1. Asuhan tubuh dan fisik

   Asuhan yang diberikan sebagai berikut :

   a. Menjaga kebersihan diri
   b. Ibu dianjurkan membasuh sekitar kemaluannya sesudah BAK/BAB dan menjaganya agar tetap kering dan bersih

c. Mandi di bak/shower menimbulkan rasa santai dan sehat serta sangat menyegarkan

d. Berendam

Beberapa wanita memilih untuk melahirkan didalam air dan menggunakan kolam untuk berendam pada kala I.Berendam dapat menjadi tindakan pendukung dan kenyamanan paling menenagkan.Agar air dapat menutupi abdomen ibu diperlukan bak yang cukup dalam. Hal ini merupakan suatu bentuk hidro terapi dan kegembiraan yang akan meredakan dan membantu ontraksi pada ibu bersalin.

e. Perawatan mulut

Biasanya nafas ibu yang sedang dalam proses persalinan berbau,bibir kering,pecah-pecah dan tenggorokan kering terutama jika dalam persalinan selama beberapa jam tanpa cairan oral atau tanpa perawatan mulut. Sehingga menimbulkan rasa tidak nyaman dan tidak menyenangkan bagi orang lain.

f. Pengisapan

Ibu dalam proses persalinan biasanya banyak mengeluarkan keringat bahkan pada ruang persalinan dapat kontol suhu terbaik pun akan mengeluh berkeringat pada waktu tertentu. Maka dari itu digunakan kipas angin,atau bisa juga degan kertas yang dapat digunakan sebagai pengganti kipas.

2. Nutrisi

Hal yang tepat selama persalinan adalah pemberian makan dan minum. Karena dapat memberikan banyak energi dan mencegah dehidrasi (dehidrasi yang menghambat kontraksi atau tidak teratur dan kurang efektif). Oleh karena itu selama persalinan dan kelahiran bayi anjurkan ibu untuk makan dan minum,anjurkan keluarga selalu menawarkan makanan ringan dan sering minum pada ibu selama persalinan.Namun ibu disarankan untuk tidak mengkonsumsi makanan yang bisa menimbulkan bau seperti jengkol dan petai.

Berikut adalah makanan dan minuman yang dianjurkan :

a. Makanan yang dianjurkan :
   a) Sarapan sereal rendah serat.
   b) Nasi tim.
   c) Biskuit.
   d) Yogurt rendah lemak.
   e) Buah segar.
   f) Roti atau roti panggang (rendah serat) yang rendah lemak baik diberi selai ataupun madu.

b. Minuman yang dianjurkan
   a) Jus buah-buahan.
   b) Kaldu jernih.
   c) Air mineral.

d) Minuman yogurt redah lemak.

e) Cairan isotonic.

3. Personal hygine

Menjelang persalinan ibu disarankan untuk menjaga kebersihan diri,manfaatnya adalah sebagai berikut :

a. Dengan mandi dan memberihkan badan,ibu akan mengurangi kemungkinan adanya kuman yang masuk selama persalinan.Hal ini mengurangi terjadinya infeksi sesudah melahirkan.

b. Selama menjalani proses persalinan ibu akan merasakan nyaman.

c. Untuk mempermudah penjahitan jika ibu diepisiotomi maka bulu kemaluan dicukur hanya yang dekat anus yang dibersihkan.

4. Terjadi penekanan pada pleksus sakrum oleh bagian terendah janin selama persalinan sehingga menyebabkan retensi urine maupun sering berkemih.Retensi urine terjadi apabila :

a. Tekanan pada pleksus sakrum menyebabkan terjadinya inhibisi impuls sehingga vesica uretra menjadi penuh tetapi tidak timbul rasa berkemih.

b. Distensi yang menghambat saraf reseptor pada dinding vesica uretra.

c. Tekanan oleh bagian terendah pada vesica uretra.

d. Kurangnya privasi/postur yang kurang baik.

e. Kurangnya kesadara untuk berkemih.

f. Anastesi regional, epidural, blok pudendal sehingga mempengaruhi saraf vesica uretra.

Agar membantu kemajuan persalinan dan pasien merasa nyaman pemenuhan kebutuhan eliminasi selama persalinan perlu difasilitasi.Maka dari itu,anjurkan ibu untuk bereliminasi secara minimal 2 jam sekali selama persalinan,apabila tidak mungkin dapat dilakukan katerisasi.

5. Pendamping

Pendamping persalinan bisa dilakukan oleh suami,anggota keluarga atau seorang yang dipilih ibu yang sudah berpengalaman dalam proses persalian. Maka dari itu,untuk melakukan peran aktif dalam mendukung ibu dianjurkan ibu untuk ditemani seorang pendamping. Pendamping dapat memberikan dukungan yaitu mengusap keringat,menemani/membimbing ibu jalan-jalan,memberikan minum, mengubah emosi, memijat punggung,kaki atau kepala ibu,menciptakan kekeluargaan dan rasa nyaman,membantu ibu bernafas pada saat kontraksi dan mengucapkan kata-kata yang membesarkan hati dan memberikan pujian pada ibu. (Sulistyawati, 2010)

J. Penyulit,Kelainan Dan Komplikasi Pada Persalinan

1. Persalinan Lama

   Fase laten lebih dari 8 jam,persalinan telah berlangsung selama 12 jam atau lebih tanpa kelahiran bayi.Dilatasi serviks di kanan garis waspada pada partograf.Persalinan lama disebabkan oleh beberapa faktor,yaitu sebagai berikut :

   a. Ketakutan da kecemasan
   b. Pemberian analgetik yang telalu cepat atau pemberian analgetik yang kuat dan pemberian anastesi sebelum fase aktif.
   c. Abnormalitas pada tenaga ekspulsi.
   d. Abnormalitas pada panggul.
   e. Kelainan pada letak dan bentuk janin.

2. Partus presipitatus

   Partus presipialis merupakan kejadian dimana ekspulsi janin berlangsung kurang dari 3 jam setelah awal persalinan. Partus presipitatus ini berkaitan dengan solusio plasenta (20%) aspirasi mekonium,perdarahan postpartum,penggunaan cocain,apgar score rendah. Komplikasi maternal jarang terjadi bila dilatasi serviks dapat berlangsung secara normal. Akan terjadi robekan serviks dan jalan lahir yang luas apabila serviks panjang dan jalan lahir kaku. Emboli air ketuban (jarang),antonia uteri dengan akibat HPP,terjadi karena

kontraksi uterus yang terlalu kuat akan menyebabkan asfiksia intrauterine,trauma intracranial akibat tahanan jalan lahir.

3. Prolaps tali pusat

   Prolaps tali pusat merupakan pusat berada disamping atau melewati bagian terendah janin setelah ketuban pecah. Bila ketuban belum pecah disebut tali pusat terdepan. Timbul bahaya besar pada keadaan prolaps tali pusat (tali pusat menumbung),tali pusat terjepit pada waktu bagian janin turun dalam panggul sehingga menyebabkan asfiksia pada janin. Bila pada waktu ketuban pecah bagian terdepan janin masih berada diatas PAP dan tidak seluruhnya menutup prolaps tali pusat akan mudah terjadi.Seperti tejadi pada persalinan : hidramnion,tidak ada keseimbangan antara besar kepala dan panggul,premature : kelainan letak. (Endang dan Elisabeth, 2015)

4. Letak muka

   Biasanya kepala saat persalinan yaitu letak ubun-ubun kecil. Malposisi adalah jika letak kepalanya tidak normal.Salah satunya yaitu letak muka. Pada letak muka,kepala dan leher janin hiperekstensi (tengadah) sehingga menyebabkan ubun-ubun kecil bayi mendekati atau menyentuh punggung. Letak kepala dengan ekstensi maksimal (hiperekstensi) adalah letak atau presentasi muka,kemudian occiput (ubun-ubun kecil) mengenai punggung dan

muka terarah kebawah (penunjuknya yaitu dagu atau mentum bayi). (Ina dkk, 2017)

5. Bahu macet (Distosia bahu)

   Distosia bahu merupakan kelahiran kepala janin dengan bahu anterior macet diatas simfisis pubis dan tidak bisa masuk melalui pintu bawah panggul mengakibatkan bahu menjadi tidak dapat digerakkan. Di atas sacral promontari bahu posterior bisa juga macet,maka dari itu tidak bisa lewat kedalam panggul atau bahu tersebut bisa lewat promotorium tetapi mendapat halangan dari tulang sacrum. (Ina dkk, 2017)

6. Distosia Karena Kelainan His

   a) Inersia Uteri Hipotonik

      Inersia uteri hipotonik merupakan kelainan his dengan kekuatan yang lemah atau tidak adekuat untuk melakukan pembukaan serviks atau mendorong anak keluar.Sering dijumpai pada penderita dengan kurang baik seperti anemia,uterus yang telalu tegang, misalnya yaitu akibat hidramnion atau kehamilan kembar atau makrosomia.grandemultipara atau primipara,serta pada penderita dengan keadaan emosi yang kurang baik.Inersia uteri yang primer terjadi his yang adekuat (kelamaan his yang timbul sejak dari permulaan persalinan),sehingga sering sulit untuk memastikan penderita telah memasuki keadaan inpartu atau

belum.Inersia uteri sekunder terjadi pada fase aktif kala I atau kala II.Permulaan his baik, kemudian pada permulaan selanjutnya terdapat gangguan atau kelainan. (Sulistyawati, 2010)

b) Inersia Uteri Hipertonik

Inersia uteri hipertonik merupakan kelainan his dengan kekuatan cukup besar (kadang sampai melebihi normal) namun tidak ada koordinasi kontraksi dari bagian atas,tengah dan bawah uterus sehingga tidak efisien untuk membuka serviks dan mendorong bayi keluar.kelainan ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor,antara lain rangsangan pada uterus,misalnya : pemberian oksitosin yang berlebihan,ketuban pecah lama disertai infeksi,dan lain sebagainya. (Sulistyawati, 2010)

c) His Yang Tidak Terkoordinasi

Sifat his yang berubah-ubah,tidak ada koodinasi dan sinkronasi antara kontraksi dan bagian-bagiannya.jadi kontraksi tidak efisien dalam mengadakan pembukaan.Apalagi dalam pengeluaran janin.Pada bagian atas dapat terjadi kontraksi tapi bagian tengah tidak,sehingga menyebabkan terjadinya lingkaran kekejangan yang mengakibatkan persalinan tidak maju. (Sulistyawati, 2010)

7. Distosia Karena Kelainan Alat kandungan

a) Vulva

Kelainan yang menyebabkan kelainan vulva yaitu oedema vulva, stenosis vulva, kelainan bawaan, varises, hematoma, peradangan, kondiloma kauminta dan fistula.

b) Vagina

Kelainan yang dapat menyebabkan distosia adalah :

1) Kelainan vagina

Pada atresia vagina terdapat gangguan dalam kanalisasi sehingga terdapat satu septum yang horizontal,bial penutupan vagina yang menyeluruh,menstruasi timbul namun darahnya tidak keluar,namun bila penutupan vagina tidak menyeluruh tidak akan timbul kesulitan kecuali mungkin partus kala II.

2) Stenosis vagina congenital

Jarang terdapat,lebih sering ditemukan septum vagina yang memisahkan vagina secara lengkap atau tidak lengkap pada bagian kanan atau bagian kiri. Septum lengkap biasanya tidak menimbulkan distosia karena bagian vagina yang satu umumnya cukup lebar,baik untuk koitus maupun lahirnya janin. Septum tidak lengkap kadang-kadang menahan turunnya kepala janin pada persalinan dan harus dipotong dahulu. Stenosis dapat terjadi karena parut-parut akibat perlukaan dari radang.

3) Tumor vagina

Dapat merupakan rintangan bagi lahirnya janin pervaginam,adanya tumor vagina dapat juga menyebabkan persalinan pervaginam dianggap memiliki banyak resiko. Tergantung dari jenis dan besarnya tumor perlu dipertimbangkan apakah persalinan dapat berlangsung secara pervaginam atau diselesaikan dengan section caesarea.

4) Kista vagina

Kista vagina berasal dari duktus gartner atau duktus muller,letak lateral dalam vagina bagian proksimal,ditengah,distal dibawah orifisium uretra eksternal.

c) Uterus

Kelainan yang penting berhubungan dengan persalinan merupakan distosia servikalis karena disfungtional uterine action atau karena parut pada serviks uteri. Kala I serviks uteri menipis akan tetapi pembukaan tidak terjadi. (Sulistyawati, 2010)

8. Distosia karena kelainan janin

a) Bayi besar (makrosomia)

Makrosomia merupakan bayi yang berat badannya pada sat lahir lebih dari 4000 gram.Berat neonatus pada umumnya kurang dari 4000 gram dan jarang melebihi 5000 gram.frekuensi berat badan lahir dari 4000 gram merupakan 5,3 % dan yang lebih dari 4500 gram merupakan 0,4% (Sulistyawati, 2010)

b) Hidrosefalus

Hidrosefalus merupakan kelainan patologis otak yang mengakibatkan bertambahnya cairan serebrospinal dengan tekanan intracranial yang meninggi sehingga terdapat pelebaran ventrikel. Cairan yang tertimbun dalam ventrikel biasanya antara 500-1500 ml akan tetapi kadang-kadang dapat mencapai 5 liter. Pelebaran ventrikuler ini akibat ketidakseimbangan antara absorbsi dan produksi cairan serebrospinal.Hodrosepalus selalu bersifat sekunder,sebagai akibat dari penyakit atau kerusakan otak. Adanya kelainan-kelainan tersebut menyebabkan kepala menjadi besar serta terjadi pelebaran sutura dan ubun-ubun. (Sulistyawati, 2010)

c) Anensefalus

Anensefalus merupakan suatu keadaan dimana sebagian tulang besar tulang tengkorak dan otak tidak terbentuk. Anensefalus adalah suatu kelainan tabung syaraf 9 suatu kelainan yang tejadi pada awal perkembangan janin yang menyebabkan kerusakan pada jaringan pembentuk otak dan korda spinalis). Anencephalus terjadi jika tabung saraf sebelah atas gagal menutup, tetapi penyebab yang pasti tidak dapat diketahui. penelitian menunjukkan kemungkinan anencephalus berhubungan dengan racun di lingkungan juga kadar asam folat yang rendah dalam darah. anencephalus ditemukan pada ada 3,6- 4,6 dari Rp10.000 bayi baru lahir. (Sulistyawati, 2010)

d) Distosia bahu

distosia bahu adalah kelahiran kepala janin dengan bahu anterior macet di atas simfisis pubis dan tidak bisa masuk melalui pintu bawah panggul, jadi tidak dapat digerakkan (Sulistyawati, 2010)

e) Kembar siam

kembar siam merupakan Keadaan anak kembar yang tubuh keduanya bersatu. hal ini terjadi apabila zigot dari bayi kembar identik gagal berpisah secara sempurna. kemunculan kasus kembar siam diperkirakan adalah dalam 200.000 kelahiran. (Sulistyawati, 2010)

9) Distosia karena kelahiran Jalan lahir

a. kesempitan pintu atas panggul (PAP) pintu atas panggul dinyatakan sempit apabila:

1. diameter antero- posterior terpendek < 10 cm.
2. Diameter transversal terbesar < 12 cm
3. perkiraan diameter antero-posterior PAP dilakukan melalui pengukuran konjugata diagonalis secara manual (VT) dan kemudian dikurangi 1,5 cm. sehingga kesempitan PAP sering ditegakkan bila ukuran konjugata diagonalis < 11,5 cm. (Sulistyawati, 2010)

b. Kesempitan bidang tengah pelvis

Kesempitan bidang Tengah panggul tidak dapat dinyatakan secara tegas seperti kesempitan PAP, namun Kejadian ini lebih sering terjadi dibanding kesempitan PAP. Kejadian ini sering menyebabkan "Deep transversearrest "(letak malang melintang rendah). Pada perjalanan persalinan dengan posisi occpitalis posterior (sebuah gangguan putar paksi dalam akibat kesempitan bidang tengah panggul). (Sulistyawati, 2010)

c. Kesempitan pintu bawah panggul (PBP)

PBP berbentuk dua buah segitiga yang memiliki satu sisi bersama (berupa diameter intertuberus) dan tidak terletak pada bidang yang sama. Berkurangnya diameter intertuberosa menyebabkan sempitnya segitiga anterior sehingga pada kala II kepala terdorong lebih kearah posterior dengan konsekuensi pada persalinan terjadi robekan perineum yang luas. Distosia akibat kesempitan pintu bawah panggul saja jarang terjadi mengingat bahwa kesempitan PBP hampir selalu disertai dengan kesempitan bidang tengah panggul (Sulistyawati, 2010)

d. Perdarahan postpartum primer

perdarahan pasca persalinan merupakan kehilangan darah lebih dari 500 ml melalui jalan lahir yang terjadi selama atau setelah persalinan kala III.Perdarahan pasca persalinan primer terjadi 24 jam pertama. ada beberapa kemungkinan penyebab yaitu :

a. Regangan rahim berlebihan, seperti : gemeli makrosomia, polihidramnion atau paritas tinggi.
b. Umur yang terlalu muda atau terlalu tua.
c. Multipara dengan jarak kelahiran yang pendek.
d. Partus lama atau partus terlantar.
e. Malnutrisi.
f. Penanganan yang salah dalam usaha melahirkan plasenta, misalnya: plasenta belum terlepas dari dinding uterus.
g. Adanya mioma uteri yang mengganggu kontraksi rahim. (Sulistyawati, 2010)

10) Antonia Uteri

Antonia Uteri adalah penyebab terbanyak perdarahan post partum dini (50%), dan merupakan alasan paling sering untuk melakukan histerektomi postpartum titik kontraksi uterus adalah mekanisme utamauntuk mengontrol perdarahan setelah melahirkan. Antonia terjadi karena kegagalan mekanisme ini. Atonia uteri merupakan

keadaan lemahnya tonus/kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir. Atonia uteri dapat terjadi pada ibu hamil dan melahirkan dengan faktor predisposisi (penunjang), seperti:

a) Regangan rahim berlebihan, seperti; gemeli makrosomia, polihidramnion atau paritas tinggi.
b) Umur yang terlalu muda atau terlalu tua.
c) Multipara dengan jarak kelahiran yang pendek.
d) Partus lama/partus terlantar.
e) Malnutrisi
f) Penanganan yang salah dalam usaha melahirkan lasenta, misalnya : plasenta belum terlepas dari dinding uterus.
g) Adanya mioma uteri yang mengganggu kontraksi rahim. (Sulistyawati, 2010)

11) Retensio plasenta

Retensio plasenta merupakan lepas plasenta tidak bersamaan sehingga masih melekat pada tempat implantasi, menyebabkan retraksi dan kontraksi otot uterus sehingga sebagian pembuluh darah tetap terbuka serta menimbulkan perdarahan.

a) Plasenta adhesive : plasenta yang melekat pada desidua endometrium lebih dalam.

b) Plasenta akreta : vili korialis tumbuh lebih menembus meometrium sampai ke serosa.

c) Plasenta inkreta : vili korialis tumbuh lebih dalam dan menembus desidua endometrium sampai ke myometrium.

d) Plasenta perkreta : vili korialis tumbuh menembus serosa atau peritoneum dinding rahim.

e) Plasenta inkarserata : tertahannya plasenta didalam kavum uteri disebabkan oleh kontraksi ostium uteri. (Sulistyawati, 2010)

12) Emboli Air ketuban

Emboli air ketuban adalah masuknya air ketuban beserta komponennya kedalam sirkulasi darah ibu. Yang dimaksud komponen disini adalah unsur-unsur yang terdapat di air ketuban seperti lapisan kulit janin yang terlepas, rambut janin, lapisan lemak janin dan cairan kental. Penyebabnya belum diketahui secara pasti. Yang merupakan factor risiko :

a) Multipara.

b) Solusio plasenta.

c) IUFD.

d) Partus presipitatus.

e) Suction curettage.

f) Terminasi kehamilan. (Sulistyawati, 2010)

13) Robekan jalan lahir

Klasifikasi robekan jalan lahir adalah sebagai berikut :

a) Robekan Perineum

Robekan perineum merupakan robekan yang terjadi pada saat persalinan baik secara spontan maupun dengan alat atau tindakan. Robekan perineum umumnya terjadi pada garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat. Penyebabnya adalah :

1) Kepala janin terlalu cepat lahir.
2) Persalinan tidak dipimpin sebagaimana mestinya.
3) Adanya jaringan parut pada perineum.
4) Adanya distosia bahu.

Klasifikasi :

1) Derajat satu: robekan ini terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum.
2) Derajat dua: robekan ini terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum dan otot-otot perineum.
3) Derajat tiga : robekan ini terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum dan otot-otot perineum dan sfingter ani eksterna.
4) Derajat empat: robekan dapat terjadi pada seluruh perineum dan sfingfer ani yang meluas sampai ke mukosa. (Sulistyawati, 2010)

b) Robekan Serviks

Persalinan selalu mengakibatkan robekan serviks, sehingga serviks seorang multipara berbeda dari yang belum melahirkan pervaginam. Robekan serviks yang luas menimbulkan perdarahan dan dapat menjalar ke segmen bawah uterus. Apabila terjadi perdarahan yang tidak berhenti meskipun plasenta sudah lahir lengkap dan uterus sudah berkontraksi baik perlu diperkirakan perlukaan jalan lahir, khususnya robekan serviks uteri. (Sulistyawati, 2010)

c) Robekan Dinding Vagina

Perlukan vagina yang tidak berhubungan dengan luka perineum tidak sering dijumpai. Robekan terjadi pada dinding lateral dan baru terlihat pada pemeriksaan speculum. (Sulistyawati, 2010)

14) Inversio Uteri

Inversion uteri merupakan keadaan dimana fundus uteri terbalik sebagian atau seluruhnya kedalam kavum uteri. Uterus dikatakan mengalami inversion jika bagian dalam menjadi diluar saat melahirkan plasenta. Penyebabnya adalah :

a) Grande multipara.

b) Atonia uteri.

c) Kelemahan alat kandungan.

d) Tekanan intrabdominal yang tinggi (batuk dan mengejan).

e) Cara crade yang berlebihan.

f) Tarikan tali pusat.

g) Manual plasenta yang terlalu dipaksakan.

h) Retensio plasenta. (Sulistyawati, 2010)

15) Syok Obstetric

Syok merupakan suatu keadaan yang disebabkan gangguan sirkulasi darah kedalam jaringan sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi jaringan yang tidak mampu mengeluarkan hasil metabolisme.

Penyebabnya :

a) Perdarahan.

b) Infeksi berat.

c) Solusio plasenta.

d) Inversion uteri.

e) Emboli air ketuban.

f) Komplikasi anestesi. (Sulistyawati, 2010)

K. Lembar Observasi

Lembar observasi merupakan pendokumentasian hasil observasi dan mencatat pada lembar observasi dan dilakukan mulai kala 1 fase laten. Pada lembar observasi harus mencantumkan nama jelas pada pasien pada setiap lembar observasi atau pemeriksaan, menulis tanggal masuk,

tanggal dan jam pemeriksaan, tindakan atau observasi sesuai dengan temuan yang obyektif (kenyataan).

Hasil temuan digambarkan dengan jelas termasuk posisi, kondisi, tanda gejala, warna, jumlah memakai singkatan atau symbol yang sudah disepakati, misal KU,Ket+,KPD,Let kep, Let su, S/N,TD, dan lain-lain. (Setyaningrum, 2013)

L. Partograf

Untuk memantau kemajuan persalinan dan membantu petugas kesehatan dalam menentukan keputusan dalam penatalaksanaan yaitu yang digunakan adalah partograf (Saifudin, 2010). Pelaksanaan partograf ditunjukkan pada kehamilan normal yang direncanakan untuk persalinan pervaginam. Sebagai titik tolak evakuasi pertolongan persalinan maka dengan memperhatikan garis waspada dan garis bertindak. (Manuaba, 2010)

Dalam penggunaan partograf dengan benar, sebagai petugas kesehatan harus mencatat kondisi ibu dan janin sebagai berikut :

1) Denyut Jantung Janin

   Batas normal denyut jantung janin (DJJ) yaitu antara 120-160x/m, dan untuk penilaiannya dilakukan setiap setengah jam selama satu menit. (Manuaba, 2010)

2) Air Ketuban

Setiap melakukan pemeriksaan vagina catat warna air ketuban. Tanda “U” bila selaput utuh, tanda “J” bila selaput pecah dan air ketuban jernih, tanda “M” bila air ketuban bercampur meconium, dan “D” bila air ketuban minim atau kering. (Saifudin, 2010)

3) Molase

Molase (penyusupan tulang kepala janin) merupakan indicator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri dengan bagian keras panggul ibu. Setiap kali melakukan pemeriksaan catat dengan menggunakan lambang-lambang berikut :

0 : Tulang-tulang janin terpisah, satura dengan mudah dapat dipapasi

1: Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan

2: Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tapi masih bisa dipisahkan

3: Tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan. (Saifudin, 2010)

4) Pembukaan Mulut Rahim

Dilakukan penilaian pada saat pemeriksaan pervaginam dan diberi tanda silang (x). (Saifudin, 2010)

5) Penurunan Bagian Terbawah Janin

Dibagi menjadi 5 kategori dengan symbol 5/5 sampai 0/5. Untuk menyatakan bahwa bagian kepala janin belum memasuki tepi atau

simfisis pubis menggunakan symbol 5.5, sedangkan untuk mentakan bahwa bagian kepala janin sudah tidak dapat dipalpasi diatas simfisis pubis menggunakan symbol 0/5, ,beri tanda (o) pada garis yang sesuai. (Saifudin, 2010)

6) Jam dan waktu

Bagian bawah partograf tertera kotak-kotak diberi angka 1-16 setiap kotak menyatakan waktu satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan. (Saifudin, 2010)

7) Kontraksi Uterus

Catatan setiap setengah jam, untuk emnghitung banyaknya kontraksi uterus dalam 10 menit dan lamanya masing-masing kontraksi dalam hitungan detik lakukan palpasi.

Nyatakan lamanya kontraksi dengan :

a) Beri titik-titik dikotak 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 detik. (Saifudin, 2010)

8) Oksitosin

Apabila memakai oksitosin, maka catatlah banyaknya oksitosin per volume cairan infus dan dalam tetesan per menit. (Saifudin, 2010)

9) Obat-obatan Lain dan Cairan

Dalam kotak yang sesuai catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan cairan IV. (Saifudin, 2010)

10) Tekanan Darah, Nadi dan Temperatur tubuh

Angka disebelah kiri partograf berkaitan dengan nadi dan tekanan darah ibu.

a) Setiap 30 menit catat nadi selama fase aktif persalinan dan beri tanda titik pada kolom yang sesuai.

b) Setiap empat jam catat tekanan darah ibu selama fase aktif persalinan. Beri tanda panah pada kolom waktu yang sesuai.

11) Setiap dua jam catat temperature tubuh ibu pada kotak yang sesuai. (Saifudin, 2010)

12) Protein, Asetat dan Volume Urine

Dicatat setiap kali ibu berkemih. (Saifudin, 2010)

M. Lima Benang Merah

1. Pengambilan Keputusan

Dalam aspek pemecahan masalah yang diperlukan untuk menentukan pengambilan keputusan klinik atau clinical decision making. Di keperawatan dikenal dengan proses keperawatan, dan bidan menggunakan proses serupa yang disebut sebagai proses penatalaksanaan kebidanan (proses pengambilan keputusan klinik). Memiliki tahapan beberapa proses mulai dari mengumpulkan data,

diagnostic, perencanaan dan penatalaksanaan, dan evaluasi. Yang merupakan pola pikir yang sistematis bagi bidan selama memberikan asuhan kebidanan khusus dalam asuhan persalinan normal. (Marmi, 2016)

2. Asuhan sayang ibu yang berarti sayang bayi

   Yang harus diperhatikan bidan dalam memberikan asuhan sayang ibu dalam proses persalinan yaitu :

   1) Bila ibu menginginkan suami, saudara dan keluarga lainnya untuk mendampingi ibu selama proses persalinan harus diperkenankan.
   2) Harus selalu dipertahankan standar untuk persalinan yang bersih.
   3) Harus dianjurkan untuk dikerjakan kontak segera antara ibu dan bayi serta pemberian ASI.
   4) Penolong persalinan harus bersikap sopan dan penuh pengertian.
   5) Mengenai seluruh proses persalinan penolong persalinan harus menerangkan pada ibu maupun keluarga.
   6) Penolong persalinan harus mau mendengarkan, memberikan jawaban atas keluha dan kebutuhan ibu.
   7) Dalam menentukan pilihan mengenai hal-hal yang biasa dilakukan selama proses persalinan maupun pemilihan posisi

saat melahirkan, penolong persalinan harus cukup mempunyai fleksibilitas.

8) Harus diperbolehkan bila dilakukan tindakan-tindakan yang secara tradisional sering dilakukan dan sudah terbukti tidak berbahaya.
9) Harus diberikan privasi bila ibu menginginkan.
10) Ternyata tindakan perlu dan harus dihindari dan tindakan-tindakan medis yang rutin dikerjakan (episiotomy, pencukuran dan klisma). (Marmi, 2016)

3. Pencegahan infeksi

Untuk mencegah penyebaran penyakit dari orang ke orang atau dari peralatan ataupun sarana kesehatan ke orang, cara efektif dapat dilakukan dengan meletakkan penghalang diantara mikroorgansme dan individu (pasien atau petugas kesehatan). (Marmi, 2010). Dapat berupa proses secara fisik, mekanik ataupun kimia sebagai penghalang, antara lain :

1) Mencuci tangan 7 langkah.
2) Memakai sarung tangan.

Sarung tangan digunakan apabila dilakukan tindakan klinik,memegang alat dan membuang sampah medis. Setiap pasien harus digunakan sarung tangan yang berbeda dengan tujuan mencegah kontaminasi silang dan apabila sarung tangan

bekas pakai digunakan lagi maka harus didekontaminasi terlebih dahulu yaitu dengan direndam larutan klorin 0,5% selama 10 menit kemudian dicuci. (Saifudin, 2010)

3) Pemrosesan alat bekas pakai

Dalam pemrosesan alat bekas pakai dapat diproses melalui 3 tingkatan yaitu :

a) Dekontaminasi

Merupakan tindakan yang dilakukan untuk meyakinkan bahwa petugas kesehatan dapat menangani secara aman benda-benda yang terkontaminasi darah dan cairan tubuh. Larutan yang digunakan yaitu klorin 0,5% selama 10 menit kemudian dicuci. (Sarwono, 2008)

Terdapat rumus untuk membuat cairan desinfektas ,menurut Saifuddin 2013, yaitu:

$$\text{Jumlah bagian air} = \frac{\text{\% larutan konsentrat}}{\text{\% larutan yang digunakan}} - 1$$

Campur satu bagian konsentrasi pemutih dengan jumlah bagian air yang dibutuhkan. Contoh : untuk membuat larutan klorin 0,5% dari larutan klorin 5%

$$\text{Jumlah bagian air} = \frac{5\%}{0{,}5\%} - 1 = 10-1=9$$

Tambahkan 9 bagian air kedalam 1 bagian larutan klorin 0,5% dari bentuk bubuk klorin kering yaitu :

$$\text{Jumlah bagian air} = \frac{\text{\% larutan yang digunakan}}{\text{\% larutan konsentrat}} \text{ X } 1000$$

Contoh : untuk membuat larutan klorin 0,5% dari bubuk klorin yang bisa melepaskan klorin (seperti kalsium hipoklarida) yang mengandung 36% klorin.

$$\frac{\text{Gram}}{\text{Liter}} = \frac{0{,}5\%}{35\%} \times 1000 = 14{,}3 \text{ gram/liter}$$

Tambahkan 14 gram bubuk klorin kedalam 1 liter air bersih.

b) Pencucian dan pembilasan

Pencucian dan pembilasan adalah langkah pertama paling efektif untuk membunuh mikroorganisme pada peralatan dan perlengkapan yang kotor yang sudah digunakan. Baik sterilisasi maupun disinfeksi tingkat tinngi kurang efektif tanpa proses pencucian segera setelah dikontaminasi. Bilas peralatan dengan air untuk mencegah korosi dan menghilangkan bahan-bahan organic, lalu cuci tangan dengan 7 langkah.

c) Desinfeksi tingkat tinggi

Sterilisasi merupakan cara yang paling efektif membunuh mikroorganisme, sterilisasi tidak selalu memungkinkan dan

tidak praktis, DTT adalah satu-satunya alternatif untuk situasi tersebut dan bisa dicapai dengan cara merebus, mengukus atau secara kimiawi.

d) Menjaga kebersihan

Pengelolaan sampah merupakan melindungi petugas pembuangan sampah dari perlukaan, melindungi penyebaran infeksi terhadap para petugas kesehatan, mencegah penularan infeksi pada masyarakat sekitar dan membuang bahan-bahan sampah dengan aman. (Saifudin, 2010)

e) Dokumentasi

Dalam manajemen kebidanan dokumentasi merupakan bagian yang sangat penting, karena :

a) Dokumentasi menyediakan catatan permanen tentang manajemen klien.
b) Memungkinkan terjadinya pertukaran informasi antar petugas.
c) Kelanjutan dari perawatan dipermudah, dari kunjungan satu ke kunjungan berikutnya.
d) Informasi dapat digunakan untuk evaluasi.
e) Memperkuat metode keberhasilan manajemen.
f) Dapat digunakan untuk penelitian atau studi kasus.

g) Digunakan sebagai data statistic.

h) Sebagai data statistic yang berkaitan dengan kesakitas dan kematian ibu.

Dalam asuhan persalinan normal, partograf adalah system pencatatan yang digunakan, pemeriksaan tidak dilakukan bila hasil pemeriksaan tidak dicatat pada partograf. (Marmi, 2016)

4) Rujukan

Rujukan tepat waktu adalah bagian dari asuhan saying ibu dan menunjang terwujudnya program safe motherhood, yang digunakan untuk meningkatkan hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi adalah BAKSOKUDA.

B : Bidan. Pastikan ibu dan bayi baru lahir didampingi penolong persalinan yang kompeten.

A : Alat. Yaitu membawa perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan dan BBL.

K : Keluarga. Beritahu ibu dan keluarga kondisi terakhir ibu dan bayi dan mengapa perlu dirujuk.

S : Surat. Berikan surat ke tempat rujukan yang berisi identifikasi mengenai ibu dan BBL.

O : Obat. Bawa obat-obatan esensia pada saat mengantar ibu ke tempat rujukan,

K : Kendaraan. Siapkan kendaraan untuk merujuk.

U : Uang. Ingatkan keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup.

Da : Darah. Persiapkan darah baik dari anggota keluarga maupun kerabat sebagai persiapan jika perdarahan. (Mika, 2016)

2.1.3 Konsep Dasar Nifas

A. Pengertian Masa Nifas

Menurut (Anggraini, 2010) masa nifas (puerperium) adalah dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan.

B. Tahapan Masa Nifas

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

a) Puerpurium dini

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

b) Puerperium intermidel

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

c) Remote puerperium

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

C. Proses Dari Masa Nifas

a) Pengecilan rahim atau involusi Rahim

Adalah organ tubuh yang spesifik dan unik karena dapat mengecil serta membesar dengan menambah atau mengurangi jumlah selnya. Bentuk otot rahim mirip jala berlapis 3 dengan serat-seratnya, yang melintang kanan, kiri dan transversal. Diantara otot-otot itu ada penbuluh darah yang mengalirkan darah ke plasenta. Setelah plasenta lepas, otot rahim akan berkontraksi atau mengerut, sehingga pembuluh darah terjepit dan perdarahan berhenti. Setelah bayi lahir, umumnya berat rahim menjadi sekitar 1000 gram dan dapat diraba kira-kira 2 jari dibawah umbilikus. Setalah 1 minggu kemudian beratnya berkurang jadi sekitar 500gr. Sekitar 2 minggu beratnya sekitar 300gr dan tidak dapat diraba lagi. Jadi, secara alamiah rahim

akan kembali mengecil perlahan-lahan kebentuknya semula. Setelah 6 minggu beratnya sudah sekitar 40-60 gr. Pada saat ini di anggap bahwa masa nifas sudah selesai. Namun sebenarnya rahim akan kembali keposisi yang normal dengan berat 30 gr dalam waktu 3 bulan, ini bukan hanya rahim saja yang kembali normal, tapi juga kondisi tubuh ibu secara keseluruhan.

b) Kekentalan darah (hemokonsentrasi) kembali normal

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

c) Proses laktasi dan menyusui

Proses ini timbul setelah plasenta atau ari-ari lepas. Plasenta mengandung hormonpenghambat prolaktin (hormon plasenta) yang menghambat pembentukan ASI. Setelah plasenta lepas, hormon hormon plasenta itu tidak dihasilkan lagi, sehingga terjadi produksi ASI. ASI keluar 2-3 hari pasca melahirkan.

Namun hal yang luar biasa adalah sebelumnya di payudara sudah terbentuk kolostrum yang sangat baik untuk bayi, karena mengandung zat akya gizi, dan anti bodi pembunuh kuman. (Saleha, 2010)

D. Perubahan Fisiologi Masa Nifas

1) Perubahan sistem reproduksi

a) Uterus

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

b) Serviks

Setelah persalinan beberapa hari, punctum eksternum dapat dilakukan oleh dua jari, pinggir-pinggirnya tidak rata tetapi retak-retak karena robekan dalam persalinan. Hanya dapat dilalui satu jari saja pada akhir minggu pertama, dan lingkaran retraksi berhubungan dengan bagian atas dari cenalis servikalis. (Marmi, 2017)

Menutup secara bertahap muara serviks yang dilatasi 10cm pada waktu persalinan, menutup secara bertahap, setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga rahim, dapat dimasuki 2-3 jari setelah 2 jam, pada minggu ke 6 postpartum serviks menutup. (Ambarwati dkk, 2010)

c) Lokea

Lokea adalah cairan sekret yang berasal dari cavum uteri dan vagina selama masa nifas. Berikut ini adalah beberapa jenis lokea yang terdapat pada wanita pada masa nifas:

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

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

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

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

d) Endometrium

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

e) Serviks

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

f) Vagina

Vagian dan lubang vagina pada permulaan puerperium merupakan suatu saluran yang luas berdinding tipis. Secara berangsur-angsur luasnya berkurang, tetapi jarang sekali kembali seperti ukurang seorang nulipara. Rugae timbul kembali pada minggu ke 3. Himen tampak sebagai tonjolan jaringan yang kecil, yang dalam proses pembentukan berubah menjadi karunkulae mitiformisis yang khas bagi wanita nilipara.

g) Payudara (mamae)

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

a. Produksi susu.

b. Sekresi susu atau let down.

c. Sistem pencernaan.

Seorang wanita dapatmerasa lapar dan siap menyantap makanannya dua jam setelah persalinan. Kalsium amat penting untuk gigi pada kehamilan dan masa nifas, dimana pada masa ini terjadi penurunan kosentrasi ion kalsium karena meningkatkan kebutuhan kalsium pada ibu, terutama pada bayi yang dikandunganya untuk proses pertumbuhan janin juga pada ibu dalam masa laktasi.

Mual dan muntah terjadi akibat produksi saliva meningkat pada kehamilan trimester I, gejala ini terjadi 6 minggu setelah HPHT dan berlangsung kurang lebih 10 minggu juga terjadi pada ibu nifas. Pada ibu nifas terutama yang partus lama dan terlantar mudah terjadi ileus paralitikus, yaitu adanya obstruksi usus akibat tidak adanyaperislaltik usus. Penyebabnya adalsh penekanan buah dada dalam kahamilan dan partus lama, sehingga membatasi gerak peristaltik usus, serta bisa juga terjadi karena pengaruh psikis takut BAB karena ada luka jahitan.

h) Sistem perkemihan

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

karena itu, distensi yang berlebihan, dan pengosongan yang tidak sempurna, harus diwaspadai denagan seksama. Ureter dan pelvis renalis yang mengalami distensi akan kembali normal pada 2 sampai 8 minggu setelah persalinan.

i) Sistem muskuloskelatal

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

j) Sistem endokrin

a. Oksitosin

Oksitosin disekresi dari kelenjar otak bagian belakang. Selama tahap ketiga persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin. Hal tersebut membantu uterus kembali ke bentuk normal.

b. Prolaktin

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

c. Estrogen dan Progesteron

Selama hamil volume darah meningkat walaupun mekanismenya secara penuh belum di mengerti. Diperkirakan bahwa tingkat estrogen yang tinggi memperbesar hormon antidiuretik yang meningkat volume darah. Di samping itu, progesteron mempengaruhi oto halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah. Hal ini sangat memengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum dan vulva, serta vagina.

k) Perubahan tanda-tanda vital

a. Suhu

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2 derajat celsius. Sesudah partus dapat naik kurang lebih 0,5 derajat celcius dari kaeadaan normal, namun tidak akan melebihi 8 derajat celcius. Sesudah dua jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal. Bila suhu lebih dari 38 derajat celcius, mungkin terjadi infeksi pada klien.

b. Nadi dan pernapasan

Nadi berkisar antar 60-80 denyutan permenit setelah partus, dan dapat terjadi bradikardi. Bila terdapat takikardi dan suhu tubuh tidak panas mungkin ada perdarahan berlebihan atau ada vitium kordis pada penderita. Pada m,asa nifas umumnya denyut nadi labil dibandingkan dengan suhu tubuh, sedangkan pernapasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula.

c. Tekanan darah

Pada beberapa kasus di temukan keadaan hipertensi postpartum akan menghilangkan dengan sendirinya apabila tidak terdapat penyakitpenyakit lain yang menyertai dalam ½ bulan tanpa pengobatan.

l) Sistem hematologi dan kasdiovaskuler

Leukositosis adalah meningkatnya jumlah sel-sel darah putih sampai sebanyak 15.000 selama masa persalinan. Leukosit akan tetap tinggi jumlahnya selama beberapa hari pertama masa postpartum. Jumlah sel-sel darah putih tersebut masih bisa naik lebih tinggi lagi hingga 25.000-30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama. Akan tetapi, berbagai jenis kemungkinan infeksi harus dikesampingkan pada penemuan semacam itu. Jumlah hemoglobin dan hematokrit serta eritrosit akan sangat bervariasi pada awal-awal masa nifas sebagai akibat dari volume darah, volume plasma, volume darah yang berubah ubah. Sering di katakan bahwa jika hematokrit pada hari pertama atau kedua lebih rendah dari titik 2 % tersebut kurang lebih sama dengan kehilangan 500ml darah. Biasanya terdapat suatu penurunan besar kurang lebih 1.500 ml dalam jumlah darah keseluruhan selama kelahiran dan masa nifas. Rincian jumlah darah yang terbuang pada klien ini kira-kira 200-500 ml hilang selama masa persalinan, 500-800 ml hilang selama minggu pertama postpartum, dan terakhir 500ml selama sisa masa nifas. (Saleha, 2010)

E. Perubahan Psikologi Masa Nifas

1. Adaptasi psikologi pada masa nifas

1) Fase Taking In

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

a) Kekecewaan pada bayinya.
b) Ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami.
c) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.
d) Kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayinya

2) Fase Taking Hold

Taking Hold berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitif sehingga mudah tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian

penyuluhan/pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya. Tugas bidan antara lain: mengajarkan cara perawatan bayi, cara menyusui yang benar, cara perawatan luka jahitan, senam nifas, pendidikan kesehatan gizi, istirahat, kebersihan diri dan lain-lain.

3) Fase Letting Go

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

F. Penyulit dan Komplikasi Masa Nifas

a. Infeksi masa nifas

Infeksi masa nifas atau sepsis puerperalis adalah infeksi pada traktus genetalia yang terjadi pada setiap saat antara awitan pecah ketuban (rupture membran) atau persalinan dan 42 hari setelah persalinan atau abortus dimana terdapat dua atau lebih dari tanda-tanda berikut, nyeri pelvik, demam 38,50C atau lebih, rabas vagina

yang abnormal, rabas vagina yang berbau busuk, keterlambatan dalam kecepatan penurunan uterus. (Suherni, 2010).

b. Keadaan abnormal pada payudara

a) Bendungan ASI.

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

b) Mastitis dan Abses

Mamae Infeksi ini menimbulkan demam, nyeri local pada mamae, pemadatan mamae dan terjadi perubahan warna kulit mamae. (Heryani, 2010)

c. Perdarahan Postpartum

Perdarahan yang membutuhkan lebih dari satu pembalut dalam waktu satu atau dua jam. Sejumlah perdarahan berwarna merah terang tiap saat setelah minggu pertama pascapersalinan. Perdarahan post partum adalah perdarahan lebih dari 500- 600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir. Menurut waktu terjadinya terbagi atas dua bagian yaitu: perdarahan postpartum Primer (early postpartum hemorrhage) yang terjadi dalam 24 jam setelah anak lahir dan perdarahan postpartum sekunder (late postpartum hemorrhage) yang terjadi setelah 24 jam, biasanya antara hari ke-5 sampai ke-15 postpartum. (Larasati, 2015)

d. Lokhea

yang Berbau Busuk (Bau dari Vagina) Lokhea ini disebut lochea purulenta yaitu cairan seperti nanah berbau busuk (Mochtar, 2015)

e. Sub Involasi Uterus Terganggu

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

f. Payudara Berubah Menjadi Merah, Panas dan Terasa Sakit

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

g. Pusing dan Lemas yang berlebihan

Menurut (Manuaba, 2010) pusing merupakan tanda-tanda bahaya masa nifas, pusing bisa disebabkan karena tekanan darah rendah

(sistol 90 mmHg). Pusing dan lemas yang berlebihan dapat juga disebabkan oleh anemia bila kadar haemoglobin.

h. Suhu Tubuh Ibu >38C

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

G. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

a. Kebutuhan dasar masa nifas antara lain sebagai berikut:

Gizi Ibu nifas dianjurkan untuk:

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

b. Ambulasi

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

c. Personal Hygine

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

(dua kali sehari), biasanya daerah perineum dicuci sendiri. Penggantian pembalut hendaknya sering dilakukan, setidaknya setelah membersihkan perineum atau setelah berkemih atau defekasi.

d. Istirahat dan tidur

Anjurkan ibu untuk :

a) Istirahat yang cukup untuk mengurangi kelelahan.

b) Tidur siang atau istirahat selagi bayi tidur.

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

e. Senam Nifas

Selama kehamilan dan persalinan ibu banyak mengalami perubahan fisik seperti dinding perut menjadi kendor, longgarnya liang senggama, dan otot dasar panggul. Untuk mengembalikan kepada keadaan normal dan menjaga kesehatan agar tetap prima, senam nifas sangat baik dilakukan pada ibu setelah melahirkan. Ibu tidak perlu takut untuk

banyak bergerak, karena dengan ambulasi secara dini dapat membantu rahim untuk kembali kebentuk semula.

f. Seksualitas masa nifas

Kebutuhan seksual sering menjadi perhatian ibu dan keluarga. Diskusikan hal ini sejak mulai hamil dan diulang pada postpartum berdasarkan budaya dan kepercayaan ibu dan keluarga. Seksualitas ibu dipengaruhi oleh derajat ruptur perineum dan penurunan hormon steroid setelah persalinan. Keinginan seksual ibu menurun karena kadar hormon rendah, adaptasi peran baru, keletihan (kurang istirahat dan tidur). Penggunaan kontrasepsi (ovulasi terjadi pada kurang lebih 6 minggu) diperlukan karena kembalinya masa subur yang tidak dapat diprediksi. Menstruasi ibu terjadi pada kurang lebih 9 minggu pada ibu tidak menyusui dan kurang Iebih 30-36 minggu atau 4–18 bulan pada ibu yang menyusui.

g. Keluarga Berencana

Keluarga berencana adalah salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan dengan jalan memberi nasihat perkawinan, pengobatan kemandulan, dan penjarangan kehamilan. KB merupakan salah satu usaha membantu keluarga/individu merencanakan kehidupan berkeluarganya dengan baik, sehingga dapat mencapai keluarga berkualitas.

H. Cara Menyusui yang Benar

Teknik menyusui yang tidak benar dapat mengakibatkan putting susu menjadi lecet, ASI tidak keluar optimal sehingga mempengaruhi produksi ASI selanjutnya atau bayi enggan menyusu (Wulandari & Handayani, 2011)

Kebanyakan putting nyeri disebabkan oleh kesalahan dalam teknik menyusui, yaitu bayi tidak menyusu sampai kalangan payudara. Bila bayi menyusu hanya pada putting susunya, maka bayi akan mendapat ASI sedikit karena gusi bayi tidak menekan pada daerah sinus laktiferus, sedangkan pada ibunya akan terjadi nyeri pada putting susunya (Wulandari & Handayani, 2011)

Sebelum menyusui, berbaringlah selama 10-15 menit dan tenangkan pikiran. Perasaan marah, jengkel, atau tegang akan mempengaruhi produksi ASI sehingga hanya keluar sedikit. ASI dibentuk di dalam kelenjar-kelenjar susu jauh di dalam payudara, kemudian dibawa oleh saluran-saluran kecil ke tempat areola, yaitu lingkaran yang berwarna gelap di sekeliling luar putting. Oleh karena itu, jika bayi hanya menghisap di putting saja maka ASI yang keluar tidak cukup banyak. Masukkan juga areola ke dalam mulutnya sehingga tekanan gusinya akan mendorong timbunan ASI dalam areola ini kearah putting. Sementara itu, saluran-saluran akan mengalirkan lagi ASI dari tempat pembentukannya di kelenjar ke dalam tempat penampungannya. Kalau

hanya putting yang masuk mulut, bayi harus menghisap dengan kuat dan menyebabkan putting mejadi lecet. (Yuliarti, 2010)

a. Cara Menyusui yang Baik dan Benar

Posisi badan ibu dan bayi :

a) Ibu harus duduk atau berbaring dengan santai.
b) Pegang bayi pada belakang bahunya, tidak pada dasar kepala.
c) Putar seluruh badan bayi sehingga menghadap ibu.
d) Rapatkan dada bayi dengan dada ibu atau bagian bawah payudara.
e) Tempelkan dagu bayi pada payudara ibu.
f) Dengan posisi seperti ini maka telinga bayi akan berada dalam satu garis dengan leher dan lengan bayi.
g) Jauhkan hidung bayi dari payudara ibu dengan cara menekan pantat bayi dengan lengan ibu bagian dalam.

b. Posisi mulut bayi dan putting susu ibu :

a) Payudara dipegang dengan ibu jari diatas, jari yang lain menopang dibawah (bentuk C) atau dengan menjepit payudara dengan jari telunjuk dan jari tengah (bentuk gunting), dibelakang areola (kalangan payudara).
b) Bayi diberi rangsangan agar membuka mulut (rooting reflek).
c) Posisikan putting susu diatas “bibir atas” bayi dan berhadapan dengan hidung bayi.

d) Kemudian masukkan putting susu ibu menelusuri langit-langit mulut bayi.

e) Setelah bayi menyusu/menghisap payudara dengan baik, payudara tidak perlu dipegang atau disangga lagi.

f) Dianjurkan tangan ibu yang bebas dipergunakan untuk mengelus-elus bayi.

c. Posisi Menyusui yang benar:

a) Tubuh bagian depan menempel bayi menempel pada tubuh ibu.

b) Dagu bayi menempel pada payudara.

c) Dagu bayi menempel pada dada ibu yang berada didasar payudara (bagian bawah).

d) Telinga bayi berada dalam satu garis dengan leher dan lengan bayi.

e) Mulut bayi terbuka dengan bibir bawah yang terbuka.

f) Sebagian besar areola tidak tampak.

g) Bayi menghisap dalam dan perlahan.

h) Bayi puas dan tenang pada akhir menyusui.

i) Terkadang terdengar suara bayi menelan.

j) Putting susu tidak terasa sakit atau lecet.(Wulandari & Handayani, 2011)

2.1.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

A. Pengertian Bayi Baru Lahir

Masa Neonatal adalah masa sejak lahir sampai dengan 4 minggu atau 28 hari sesudah kelahiran. Neonatus yaitu bayi baru lahir atau berumur 0 sampai dengan usia 1 bulan sesudah lahir. Masa neonatus terdiri dari neonatus dini yaitu bayi berusia 0-7 hari, dan neonatus lanjut yaitu bayi berusia 7-28 hari. (Muslihatun, 2010)

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

B. Ciri – Ciri Bayi Baru Lahir

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

g. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.

h. Kuku agak panjang dan lemas.

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

j. Reflex isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.

k. Reflex moro atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik.

l. Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan. (Kumalasari, 2015)

C. Periode Transisi Bayi Baru Lahir

1. Periode Transisi

Karakteristik perilaku terlihat nyata selama jam transisi segera setelah lahir. Masa transisi ini mencerminkan suatu kombinasi respon simpatik terhadap tekanan persalinan (tachypnea, tachycardia) dan respon prasimpatik (sebagai respon yang diberikan oleh kehadiran mucus,

muntah, dan gerak peristaltik). Periode transisi dibagi menjadi 3 yaitu:

a) Reaktivitas I (The First Period of Reactivity)

Dimulai pada masa persalinan dan berakhir setelah 30 menit. Selama periode ini detak jantung cepat dan pusasi tali pusat jelas. Warna kulit terlihat sementara sianosis atau akrosianosis. Selama periode ini mata bayi membuka dan bayi memperlihatkan perilaku siaga. Bayi mungkin menangis, terkejut atau terpaku. Selama periode ini, setiap usaha harus dibuat untuk memudahkan kontak bayi dan ibu. Membiarkan ibu untuk memegang bayi untuk mendukung proses pengenalan. Beberapa bayi akan disusui selama periode ini. Bayi sering mengeluarkan kotoran dengan seketika setelah persalinan dan suara usus pada umumnya terdengar setelah usia 30 menit. Bunyi usus menandakan sistem pencernaan berfungsi dengan baik. Keluarnya kotoran sendiri, tidak

menunjukkan kehadiran gerak peristaltik hanya menunjukkan bahwa anus dalam keadaan baik.

Lebih jelas dapat dilihat secara karakteristiknya yaitu:

(1) Tanda-tanda bital bayi baru lahir sebagai berikut: frekuensi nadi apikal yang cepat dengan irama yang tidak teratur, frekuensi pernapasan mencapai 80 x/ menit, irama tidak teratur dan beberapa bayi mungkin dilahirkan dengan keadaan pernapasan cuping hidung, ekspirasi mendekur serta adanya reterasi.

(2) Fluktuasi warna dari merah jambu pucat ke sianosi.

(3) Bising usus biasanya tidak ada, bayi biasanya tidak berkemih ataupun tidak mempunyai pergerakan usus selama periode ini.

(4) Bayi baru lahir mempunyai sedikit mucus, menangis kuat, reflek isap yang kuat. Tip khusus: selama periode ini mata bayi terbuka lebih lama, dari pada hari-hari selanjutnya, saat ini adalah waktu yang paling baik untuk melaluai proses periode pelekatan

karena bayi baru lahir dapat mempertahankan kontak mata untuk waktu yang lama

b) Fase Tidur (Period of Unresponsive Sleep)

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

c) Periode Reaktivitas II (The Second Period of Raktivity)/ Transisi ke-III

Berlangsung selama 2-6 jam setelah persalinan. Jantung bayi labil dan perubahan warna kulit yang berhubungan dengan stimulus lingkungan. Tingkat pernafasan bervariasi tergantung pada aktivitas. Neonatus mungkin membutuhkan makanan dan harus menyusu. Pemberian makan awal penting dalam pencegahan hipoglikemia

dan stimulasi pengeluaran kotoran dan pencegahan penyakit kuning. Pemberian makanan awal juga menyediakan kolonisasi bakteri isi perut yang mengarahkan pembentukan vitamin K oleh traktus intestinal. Neonatus mungkin beraksi terhadap makanan pertama dengan cara memuntahkan bersama mucus. Ibu harus diajari cara menyendawakan bayinya. Setiap mucus yang terdapat selama pemberian makanan awal dapat berpengaruh terhadap kecukupan pemberian makanan, terutama jika mucus berlebihan. Kehadiran mucus yang banyak mungkin mengindikasikan masalah seperti esofagial atresia, mucus bernoda empedu menunjukkan adanya penyakit pada bayi dan pemberian makanan perlu ditunda sehingga penyebabnya diselidiki secara menyeluruh.

Periode transisi kehidupan ekstrauterin berakhir setelah periode ke-II reaktivitas. Hal ini terjadi ketika 2-6 jam setelah persalinan. Kulit dan

salauran pencernaan neonatal belum terkolonisasi oleh beberapa tipe bakteria. Oleh karena itu neonatal jangan diproteksi dari bakteria menguntungkan. Semua perawat harus mencuci tangan dan lengan bawah selama 3 menit dengan sabun antibakteria sebelum menyentuh bayi. Aktivitas ini merupakan proteksi yang berguna terhadap infeksi neonatal. APGAR SCORE harus dinilai selama periode ini. (Marmi, 2012)

2. Periode pasca transisional

Setelah bayi melewati periode transisi, bayi dipindahkan ke ruang rawat gabung bersama ibunya. Asuhan bayi baru lahir normal umumnya mencakup pengkajian tanda-tanda vital setiap 4 jam, pemeriksaan fisik setiap 8 jam, pemberian ASI on demand, mengggganti popok serta menimbang berat badan, selain asuhan transisional dan pasca transisional asuhan bayi baru lahir juga diberikan pada bayi berusia 2-6 hari, serta bayi berusia 6 minggu pertama. (Muslihatun, 2010)

D. Klasifikasi Bayi Baru Lahir

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

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

E. Penilaian APGAR SCORE

Pengkajian pertama pada seorang bayi dilakukan pada saat lahir dengan menggunakan nilai apgar melalui pemerikisaan fisik . Sistem penilaian ini adalah alat klinis yang berguna untuk mengidentifikasi neonatus yang membutuhkan resusitasi serta menilai efektifitas setiap tindakan resusitasi.

Tabel 2.4
Penilaian APGAR

	0	1	2
Appearance (warna kulit)	Pucat	Badan merah, ekstremitas 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	Ekstremitas dalam sedikit fleksi	Gerakkan aktif
Respiration (pernafasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Baik/menangis

Sumber : (Prawirohardjo, 2008)

Klasifikasi klinik nilai APGAR :

a) Nilai 7-10 : bayi normal
b) Nilai 4-6 : bayi asfiksi ringan-sedang
c) Nilai 0-3 : bayi asfiksi berat

Skor apgar dapat dinilai pada menit pertama, menit ke lima, dan menit ke sepuluh setelah bayi lahir, untuk mengetahui keadaan bayi tersebut. Namun dalam situasi tertentu, skor apgar juga dinilai pada menit ke 10,15, dan 20, hingga total skor 10 (Sujiyatini, 2011:65).

F. Perubahan Fisiologis Bayi Baru Lahir

a. Sistem pernapasan

Masa yang paling kritis pada bayi baru lahir adalah ketika harus mengatasi resistensi paru pada saat pernapasan yang pertama kali. Dan proses pernapasan ini bukanlah kejadian yang mendadak, tetapi dipersiapkan lama sejak intrauterine. Perkembangan sistem pulmoner terjadi sejak masa embrio, tepatnya pada umur kehamilan 24 hari. Pada umur kehamilan 24 hari ini bakal paru – paru terbentuk. Pada umur kehamilan ke 26 – 28 hari kedua bronchi membesar. Pada umur kehamilan 6 minggu terbentuk segmen bronchus. Pada umur kehamilan 12 minggu terjadi deferensiasi lobus. Pada umur kehamilan 24 minggu terbentuk alveolus. Pada umur kehamilan 28 minggu terbentuk surfaktan. Pada umur kehamilan 34 – 36 minggu struktur paru – paru matang, artinya paru – paru sudah bisa mengembangkan sistem alveoli. Selama dalam uterus, janin mendapatkan oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta. setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru – paru bayi. Pernapasan pertama pada bayi normal terjasi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir.

Tabel 2.4 Perkembangan Sistem Pulmoner

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

Sumber : (Proverawati & Ismawati, 2010)

Keadaan yang mempercepat proses maturasi paru – paru adalah : toksemia, hipertensi, diabetes yang berat, infeksi ibu, ketuban pecah dini, insufiensi plasenta.

Karena keadaan diatas dapat menyebabkan stress pada janin, hal ini dapat menimbulkan rangsangan untuk pematangan paru – paru. Keadaan yang mempengaruhi keterlambatan maturitas paru – paru adalah:

a) Diabetes yang ringan.

b) Factor inkompabilitas Rh

c) Gamely datu ovum dengan berat badan yang berbeda dan biasanya berat badan yang lebih kecil paru – parunya belum matur. Selama dalam uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui

plasenta, setelah bayi lahir pertukaran gas terjadi pada paru – paru (setelah tali pusat dipotong).

Rangsangan untuk gerakan pernapasan pertama kali pada neonatus disebabkan karena adanya :

a) Tekanan mekanis pada torak sewaktu melalui jalan lahir.

b) Penurunan tekanan oksigen dan kenaikan tekanan karbon diogsida merangsang kemoreseptor pada sinus karotis (stimulasi kimiawi).

c) Rangsangan dingin didaerah muka dapat merangsang permulaan gerakan (stimulasi sensorik).

Saat kepala bayi melewati jalan lahir, ia akan mengalami penekanan yang tinggi pada toraknya, dan tekanan ini akan hilang dengan tiba – tiba setelah bayi lahir. Proses mekanis ini menyebabkan cairan yang ada didalam paru – paru hilang karena terdorong ke bagian perifer paru untuk kemudian diabsorbsi, karena terstimulus oleh sensor kimia, suhu serta mekanis akhirnya bayi memulai aktivitas napas untuk yang pertama kalinya.

Tekanan intratorak yang negative disertai dengan aktivitas napas yang pertama memungkinkan adanya udara masuk ke dalam paru – paru. Setelah beberapa kali napas pertama, udara dari luar mulai

mengisijalan napas dari trakea dan bronkus, akhirnya semua alveolus mengembang akrena terisi udara.

Fungsi alveolus dapat maksimal jika dalam paru – paru bayi terdapat surfaktan yang adekuat. Surfaktan membantu menstabilkan dinding alveolus sehingga alveolus tidak kolaps saat akhir napas. Usaha bayi pertama kali untuk mampertahankan tekanan alveoli, selain adanya surfaktan dalam alveoli itu snediri asalah menarik napas dan mengeluarkan napas dengan cara menjerit sehingga oksigen tertahan didalam alveoli.

b. Suhu tubuh

Mekanisme kemungkinan hilangnya panas tubuh dari bayi baru lahir kelingkungannya melalui cara pertama evaporasi yaitu kehilangan panas melalui proses penguapan atau perpindahan panas dengan cara merubah cairan menjadi uap. Pencegahannya, setelah bayi lahir segera mengeringkan bayi secara seksama dan menyelimuti bayi dengan selimut atau kain bersih dan kering serta menutup bagian kepala bayi. Cara kedua konduksi yaitu kehilangan panas dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi, misalnya menimbang bayi tanpa mengalasi timbangan bayi dan menggunakan stetoskop untuk pemeriksaan bayi baru lahir. (Muslihatun, 2010)

Cara ketiga konveksi yaitu kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin, misalnya aliran udara dingin dari kipas angin, dan hembusan udara dingin melalului ventilasi. Cara keempat radiasi yaitu kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi, misalnya bayi terlalu dekat ke dinding tanpa memakai penutup kepala atau topi. (JNPK-KR, 2012)

c. Sistem kardiovaskuler

Setelah lahir, darah bayi baru lahir harus melewati paru untuk mengambil oksigen dan bersirkulasi keseluruh tubuh guna menghantarkan oksigen ke jaringan. Agar terbentuk sirkulasi yang baik guna mendukung kehidupan diluar rahim, terjadi dua perubahan beasar yaitu penutupan foramen ovale pada atrium paru dan aorta, kemudian penutupan duktus arteriosus antara arteri paru dan aorta. Perubahan sirkulasi ini terjadi akibat perubahan tekanan pada seluruh sistem pembuluh darah tubuh. Jadi, perubahan tekanan tersebut langsung berpengaruh pada aliran darah. Oksigen menyebabkan sistem pembuluh darah mengubah tekanan dengan cara mengurangi atau meningkatkan resistensinya sehingga mengubah aliran darah. Vena umbilikus, duktus venosus, dan arteri hipogastrika pada tali pusat menutup secara fungsional dalam beberapa menit setelah bayi lahir

dan setelah tali pusat di klem. Penutupan anatomi jaringan fibrosa berlangsung dalam 2-3 bulan. (Rochmah, 2012)

d. Metabolisme glukosa

Otak memerlukan glukosa dalam jumlah tertentu. Pada saat kelahiran, setelah talipusat diklem, seorang bayi harus mulai mempertahankan kadar glukosa darahnya sendiri. Pada setiap bayi baru lahir kadar glukosa darah akan turun dalam waktu 1-2 jam. Bayi baru lahir yang tidak dapat mencerna makanan dalam jumlah yang cukup akan membuat glukosa dari glikogen. Hal ini hanya terjadi jika bayi mempunyai persediaan glikogen yang cukup. Seorang bayi yang sehat akan menyimpan glukosa sebagai glikogen, terutama dalam hati, selama bulan-bulan terakhir kehidupan dalam rahim. Bayi yang mengalami hipotermi saat lahir, kemudian mengakibatkan hipoksia akan menggunakan persediaan glikogen dalam satu jam pertama kelahiran. Keseimbangan glukosa tidak sepenuhnya tercapai hingga 3-4 jam pertama pada bayi cukup bulan yang sehat. Jika semua persediaan digunakan dalam satu jam pertama, otak bayi akan mengalami risiko. Bayi baru lahir kurang bulan, IUGR, dan gawat janin merupakan kelompok yang paling berisiko, karena simpanan energi mereka berkuang atau digunakan sebelum lahir (Rochmah, 2012)

e. Adaptasi ginjal

Menurut (Muslihatun, 2010) fungsi ginjal belum sempurna karena jumlah nefron masih belum sebanyak orang dewasa, ketidak seimbangan luas permukaan glomerulus dan volume tubulus froksimal, serta renal blood flow relatif kurang bila dibandingkan orang dewasa.

f. Adaptasi gasterointestinal

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

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

antara esofagus bawah dan lambung masih belum sempurna sehingga mengakibatkan gumoh pada neonates (Maryanti, 2011)

g. Adaptasi hati

Setelah lahir hati menunjukkan perubahan biokimia dan morfolofis berupa kenaikan kadar protein dan penurunan kadar lemak dan glikogen. Enzim hepar belum aktif benar, seperti enzim dehidrogenas dan transferase glukoronil sering kurang sehingga neonatus memperlihatkan gejala ikterus neonatorum fisiologis. (Maryanti, 2011)

G. Kebutuhan Dasar Bayi Baru Lahir

a. Minum

Berikan ASI sesering mungkin sesuai keinginan ibu (jika payudara penuh) dan tentu saja ini lebih berarti pada menyusui sesuai kehendak bayi atau kebutuhan bayi setiap 2 – 3 jam (paling sedikit setiap 4 jam), bergantian antara payudara kiri dan kanan. Seorang bayi yang menyusu sesuai permintaanya bisa menyusu sebanyak 12 – 15 kali dalam 24 jam. Biasanya, ia langsung mengosongkan payudara pertama dalam beberapa menit. Frekuensi menyusui itu dapat diatur sedemikian rupa dengan membuat jadwal rutin, sehingga bayi akan

menyusu sekitar 5 – 10 kali dalam sehari. Pemberian ASI saja cukup. Pada periode usia 0 – 6 bulan, kebutuhan gizi bayi baik kualitas maupun kuantitas terpenuhinya dari ASI saja, tanpa harus diberikan makanan ataupun minuman lainya. Pemberian makanan lain akan mengganggu produksi ASI dan mengurangi kemampuanya bayi untuk menghisap.

b. Buang Air Besar

Feses bayi di dua hari pertama setelah persalinan biasanya berbentuk seperti ter atau aspal lembek. Zat buangan ini berasal dari pencernaan bayi yang dibawa dari kandungan. Setelah itu feses bayi bisa bergumpal – gumpal seperti jeli, padat, berbiji, atau seeded dan bisa juga berupa cairan, feses bayi yang diberi ASI eksklusif biasanya tidak berbentuk bisa seperti pasta atau krem, berbiji dan bisa juga seperti mencret atau mencair. Sedangkan feses bayi yang diebri susu formula berbentuk padat, bergumpal – gumpal atau agak liat dan bulat. Makanya bayi yang mengkonsumsi susu formula kadang suka bebelan (susah BAB) sedangkan yang mendapat ASI tidak berbentuk cair, hal itu perlu dicurigai. Bisa jadi

bayi alergi terhadap susu formula yang dikonsumsinya atau susu tercampur bakteri yang mengganggu usus. Kesulitan mendeteksi normal tidaknya feses akan terjadi bila ibu memberikan ASI yng diselang – seling susu formula. Misalnya akan sulit menentukan apakah feses yang cair atau mencret itu berasal dari susu atau susu formula. Kalau mencretnya karena minumASI, ini normal – normal saja karena sistem pencernaanya memang belum sempurna. Tetap susui bayi agar tidak mengalami dehisrasi. Tapi bila mencretnya disertai dengan keluahn demam, muntah atau keluhan lain dan jumlahnya sangat banyak atau mancur, berarti memang ada masalah pada bayi maka harus dirujuk.

Bayi yang minum ASI eksklusif sebaliknya bisa saja BAB selama 2 sampai 4 hari bahkan bisa 7 hari sekali, bukan berarti mengalami gangguan sembelit tapi bisa saja karena memang tidak ada ampas makanan yang harus dikeluarkan. Semuanya dapat diserap dengan baik, feses yang keluar setelah itu juga harus tetap normal seperti biasa. Tidak cair yang disertai banyak lendir atau berbau busuk dan disertai demam dan penurunan berat badan bayi. Jadi yang penting lihat

pertumbuhanya apakah anak tidak rewel dan minumnya bagus, kalau 3 hari BAB, dan bayinya anteg – anteng saja mungkin memang belum waktunya BAB.

Bayi yang pencernaanya normal akan BAB pada 24 jam pertama setelah lahir. BAB pertama ini disesbut mekonium. Biasanya berwarna hitam kehijauan yang lengket seperti aspal yang merupakan produk dari sel – sel yang diproduksi dalam saluran cerna selama bayi berada dalam kandungan. BAB pertama dalam 24 jam penting artinya karena menjadi indikasi apakah pencernaanya normal atau tidak.

c. Buang Air Kecil

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

kering, maka setelah BAK harus diganti popoknya minimal 4 - 5 x perhari.

d. Tidur

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

Pola tidur bayi masih belum teratur karena jam biologis yang belum matang. Tetapi perlahan – lahan akan bergeser sehingga lebih banyak waktu tidur dimalam hari dibandingkan dengan siang hari. Keluhan gangguan tidur biasanya dating dari orang tuanya yang sulit menerima jam tidur bayi. Dikatakan bahwa orang tua kekurangan tidur 2 jam setiap harinya hingga bayi berusia 5 bulan sampai 2 tahun, orang tua kehilangan 1 jam wak tu tidur setiap malamnya. Sehingga orang tua pun perlu menyiasati waktu tidurnya sesuai dengan pola tidur bayinya. Mulai usia 2 bualan bayi mulai lebih

banyak tidur malam disbanding siang. Usia 3 – 6 bulan jumalah tidurpun semakin berkurang, kira – kira 3 kali dan terus berkurang hingga 2 kali pada usia 6 – 12 bulan. Menjelang 1 tahun biasanya bayi hanya perlu tidur siang satu kali saja dengan total jumlah waktu tidur berkisar antara 12 – 14 jam.

Latih anak agar mengerti bahwa malam hari adalah waktu untuk tidur dan siang hari adalah waktu untuk bangun. Salah satu caranya adalah dengan mengajaknya bermain hanya disiang hari saja, tidak dimalam hari.

Latih bayi agar mengetahui bahwa tempat tidur adalah temapatnya untuk tidur. Letakan bayi ditempat tidur saat ia sudah mengantuk, hindari membiarkanya tidur dalam gendongan atau diruangan lain. Lampu utama sebaiknya dimatikan dan nyalakan lampu tidur yang redup.

e. Kebersihan Kulit

Muka, pantat dan tali pusat bayi perlu dibersihkan secara teratur mandi seluruh tubuh setiap hari tidak harus dilakukan. Selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang bayi. Memandikan bayi baru lahir merupakan

tantangan tersendiri bagi ibu baru. Ajari ibu, jika ibu masih ragu untuk memandikan bayi di bak mandi karena tali pusatnya belum puput, maka bisa memandikan bayi dengan melap seluruh badan dengan menggunakan waslap saja. Yang penting siapkan air hangat – hangat kuku dan tempatkan bayi didalam ruangan yang hangat tidak berangin. Lap wajah, terutama area mata dan sekujur tubuh dengan lembut. Jika mau mengguanakan sabun sebaiknya pilih sabun yang two in one, bisa untuk keramas sekaligus mandi. Keringkan bayi dengan cara membungkusnya dengan handuk kering. Bersihkan tali pusat dengan menggunakan kapas atau kasa alcohol setelah itu lilit tali pusat dengan kasa steril yang telah tersedia diapotik – apotik terdekat untuk menghindarkanya dari infeksi. Jika tali pusat bayi baru lahir sudah puput, bersihkan liang pusat dengan cotton but yang telah diberi minyak telon atauminyak kayu putih. Usapkan minyak telon atau minyak kayu putih didada dan diperut bayi sambil dipijat lembut. Kulit bayi baru lahir terlihat kering karena dalam transisi dari lingkungan ke rahim ke lingkungan berudara. Oleh karena itu digunakan baby oil untuk melembabkan lengan dan kaki bayi. Setelah itu bedaki lipatan – lipatan paha dan tangan agar tidak terjadi iritasi. Hindari membedaki daerah wajah jika mengguanakan bedak

tabur karena bahan bedak tersebut berbahaya jika terhirup napas bayi. Bisa menyebabkan sesak napas atau infeksi saluran pernapasan.

f. Keamanan

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

H. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

a. Pernafasan sulit atau lebih dari 60 kali/menit, retraksi dada saat inspirasi.

b. Suhu terlalu panas lebih dari 380C atau terlalu dingin atau kurang dari 360C. c. Kuit atau bibir biru atau pucat, memar atau sangat kuning (terutama pada 24 jam pertama)

c. Pemberian ASI sulit (hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah)

d. Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah. f. Adanya infeksi yang ditandai dengan suhu tubuh meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (pus), bau busuk, pernafasan sulit.

e. Mekonium tidak keluar setelah 3 hari pertama setelah kelahiran, urine tidak keluar dalam 24 jam pertama, muntah terus menerus, distensi abdomen, faeses hijau/berlendir/darah.

f. Bayi menggigil atau menangis tidak seperti biasa, lemas, mengantuk, lunglai, kejang, kejang halus, tidak bisa tenang.

g. Menangis terus-menerus

h. Mata bengkak dan mengeluarkan cairan. (Muslihatun, 2010)

I. Penyuluhan Sebelum Bayi Baru Lahir Pulang

a. Perawatan Tali Pusat

b. Pemberian ASI

c. Jaga Kehangatan Bayi

d. Imunisasi

e. Perawatan Harian atau Rutin

f. Pencegahan Infeksi dan Kecelakaan. (Putri, 2019)

J. Kunjungan Neonatus

Menurut (Walyani & Purwoastuti, 2014) :

a. Kunjungan Neonatal ke-1 (KN 1)

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

a) Jaga kehangatan tubuh bayi.

b) Berikan ASI eksklusif.

c) Rawat tali pusat.

b. Kunjungan Neonatal ke-2 (KN 2)

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

a) Jaga kehangatan tubuh bayi.
b) Berikan ASI eksklusif.
c) Cegah infeksi.
d) Rawat tali pusat.

c. Kunjungan Neonatal ke-3 (KN 3)

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

1) Periksa ada/tidak tanda bahaya dan atau gejala sakit.

2) Lakukan:

a) Jaga kehangatan tubuh.

b) Beri ASI Eksklusif.

c) Rawat tali pusat.

2.1.5 KONSEP DASAR KELUARGA BERENCANA

A. Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga Berencana adalah suatu program nasional yang dijalankan pemerintah untuk mengurangi populasi penduduk, karena diasumsikan

pertumbuhan populasi penduduk tidak seimbang dengan ketersediaan barang dan jasa (pembatasan kelahiran) (Maryunani, 2016)

Program KB adalah suatu langkah–langkah atau suatu usaha kegiatan yang disusun oleh organisasi – organisasi KB dan merupakan program pemerintah untuk mencapai rakyat yang sejahtera berdasarkan peraturan dan perundang– undangan kesehatan. Jadi Keluarga Berencana adalah mengatur jumlah anak sesuai dengan keinginan dan menentukan kapan ingin hamil lagi. KB adalah suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan memakai alat kontrasepsi, untuk mewujudkan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera. (Marmi, 2016:83)

B. Tujuan

Tujuan dari keluarga berencana yaitu :

1) Tingkat kelahiran dan pertumbuhan penduduk terkendalikan.
2) Jumlah peserta KB atas dasar kesadaran meningkat, sukarela dengan dasar pertimbangan moral dan agama.
3) Menurunnya kematian ibu pada masa kehamilan dan persalinan, usaha-usaha berkembang dalam membantu peningkatan kesejahteraan ibu dan anak. (Imelda dkk, 2018)

C. Macam Metode Konstrasepsi

1. Metode Kontrasepsi Sederhana (Tanpa Alat)

a. Metode Amenorea Laktasi (MAL)

1) Pengertian

Metode Amenorea Laktasi (MAL) disebut juga metode kontrasepsi alami dengan mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) ekslusif untuk menekan ovulasi. Bila dilakukan secara benar, resiko kehamilan kurang dari 1 diantara 100 ibu dalam 6 bulan setelah persalinan. Beberapa persyaratan yang harus dipenuhi untuk dapat menggunakan kontrasepsi ini yaitu:

a) Ibu belum mengalami haid lagi setelah pasca persalinan
b) Bayi disusui secara ekslusif dan sering, sepanjang siang dan malam.
c) Bayi berusia kurang dari 6 bulan. (WHO, 2013)

2) Cara Kerja

Menurut Hidayati (2012:4) kontrasepsi prolaktin meningkat sebagai respon terhadap stimulus pengisapan berulang ketika menyusui. Dengan insensitas dan frekuensi yang cukup, kadar prolaktin akan tetap tinggi. Hormon prolaktin yang merangsang produksi ASI juga mengurangi

kadar LH yang 136 diperlukan untuk memelihara dan melangsungkan siklus menstruasi. Kadar prolaktin yang tinggi menyebabkan ovarium menjadi kurang sensitive terhadap perangsangan gonadotropin yang memang sudah rendah, dengan akibat timbulnya inaktivasi ovarium, kadar esterogen yang rendah dan an-ovulasi. Bahkan pada saat aktifitas ovarium mulai pulih kembali, kadar prolaktin yang tinggi menyebabkan fase luteal yang mengakibatkan singkat dan fertilisasi menurun. Maka dari itu inti dari cara kerja MAL adalah dengan penundaan atau penekanan ovulasi.

3) Keuntungan

Keuntungan menggunakan kontrasepsi ini diantaranya:

a) Selain biaya murah, mendorong pola menyusui yang benar sehingga membawa manfaat kesehatan bagi ibu dan bayi.
b) Tidak memerlukan pengawasan medik, ataupun obat/alat.
c) Tidak mengganggu senggama.
d) Tidak ada efek amping yang sistemik.
e) Sebagai sumber gizi utama dalam tumbuh kembang bayi, bayi dapat mendapat kekebalan aktif pasif melalui ASI.
f) Mengurangi perdarahan pada ibu.

g) Meningkatkan hubungan antara ibu dan bayinya.

h) Selain itu, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan agar efektivitas MAL optimal:

a) Ibu harus menyusui secara penuh atau hampir penuh (bayi hanya sesekali diberi 1-2 teguk air/minuman pada upacara adat/agama)

b) Perdarahan sebelum 56 hari pascasalin dapat diabaikan (belum dianggap haid)

c) Bayi menghisap payudara secara langsung

d) Menyusui dimulai dari setengah sampai satu jam setelah bayi lahir

e) Kolostrum diberikan kepada bayi

f) Pola menyusui on demand (menyusui setiap saat bayi membutuhkan) dan dari kedua payudara

g) Sering menyusui selama 24 jam termasuk malam hari

h) Hindari jarak antar menyusui lebih dari 4 jam.

4) Kerugian

a) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam waktu 30 menit pasca persalinan.

b) Mungkin akan sulit dilaksanakan karena kondisi social.

c) Efektivitas tinggi hanya sampai kembalinya menstruasi atau sampai dengan 6 bulan . hanya wanita amenore yang memberikan ASI nya secara eksklusif dengan interval teratur, termasuk pada waktu malam hari, yang selama 6 bulan pertama mendapatkan perlindungan kontraseptif sama dengan perlindungan yang diberikan oleh kontrasepsi oral. Dengan munculnya menstruasi atau setelah 6 bulan, resiko ovulasi meningkat.

d) Tidak melindungi terhadap infeksi menular seksual.

5) Indikasi

a) Ibu yang menyusui secara ekslusif.

b) Bayinya kurang dari 6 bulan.

c) Belum mendapat menstruasi setelah melahirkan.

d) Tetap menganjurkan ibu untuk memilih metode kontrasepsi yang lainnya bila ibu sudah 138 mendapatkan menstruasi dengan tetap melanjutkan ASI.

6) Kontraindikasi

Beberapa kontraindikasi dari metode MAL yaitu:

a) Wanita pascasalin yang sudah mendapat haid,
b) Wanita yang tidak menyusui secara eksklusif,
c) Wanita bekerja dan terpisah dari bayinya lebih dari 6 jam,
d) Wanita yang menggunakan obat-obatan sejenis ergotamine, antimetabolisme, cyclosporine, obat radioaktif, antikoagulan, bromocriptine, dan obat penenang lainya.

2. Metode Kontrasepsi Sederhana (Dengan Alat)

a) Kondom

Kondom adalah alat kontrasepsi berbentuk selubung karet yang dapat terbuat dari bahan seperti: lateks (karet), plastik (vinil), atau bahan alami (produk hewani) yang dapat di pasang pada penis saat berhubungan seksual. Kontrasepsi kondom bekerja dengan menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan. Efektivitasnya bila digunakan dengan benar, resiko kehamilan adalah 2 diantara 100 ibu dalam 1 tahun.

1) Kelebihan/ Keuntungan

Keuntungan kontrasepsi ini diantaranya:

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

2) Kekurangan

Kekurangan metode kontrasepsi ini diantaranya:

a) Penggunaan setiap kali dipasang sebelum berhubungan seksual

b) Perlu adanya komitmen yang kuat dari pasangan

c) Kesulitan ereksi kadang terjadi pada sebagian pria

d) Sedikit mengganggu hubungan seksual/ kurang memuaskan

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

3) Indikasi pemakaian

a) Baik digunakan wanita paska melahirkan.

b) Jika pasangan ingin menggunakan metode kontrasepsi yang reveisible.

c) Bagus digunakan selama masa latihan pemakaianan alat kontrasepsi topi/ lainnya.

b) Diafragma

1) Pengertian

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

2) Kelebihan/ Keuntungan

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

a) Tidak mengganggu produksi ASI

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

c) Dapat mencegah penularan penyakit IMS seperti HIV/AIDS

d) Menampung darah menstruasi, jika digunakan saat haid.

3) Kekurangan

Kekurangan metode ini diantaranya:

a) Efektivitasnya bila dugunakan dengan benar bersama spermisida, resiko kehamilan adalah 6 – 16 diantara 100 ibu dalam 1 tahun.

b) Perlu adanya motivasi kuat dan berkesinambungan dengan menggunakannya setiap berhubungan seksual.

c) Memerlukan pemeriksaan dalam untuk menentukan ukuran yang tepat, dan keberhasilan tergantung dengan cara pemakaian.

d) Dapat menimbulkan efek samping seperti iritasi vagina dan penis, serta lesi di vagina. Risiko kesehatan lain seperti infeksi saluran kemih, vaginosis bakterial, kandidiasis, hingga sindroma syok toksik.

c) Spermisida

1) Pengertian

Menurut Nuraini (Nuraini, 2015), spermisida adalah alat kontrasepsi berbahan kimia (non oksinol-9), digunakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperma. Dikemas dalam bentuk aerosol (busa),

tablet vaginal, suppositoria, dan krim. Mekanisme kerjanya yaitu dapat menyebabkan sel membran sperma terpecah, memperlambat pergerakan sperma, dan menurunkan kemampuan pembuhan sel telur.

2) Kelebihan kontrasepsi

a) Efektif seketika (bahan dari busa/ aerosol).

b) Tidak mengganggu produksi ASI.

c) Efektifitas lebih dirasakan apabila pemakaian dengan metode kontrasepsi lain seperti kondom/ diafragma.

d) Tidak mengganggu kesehatan, dan tidak pengaruh sistemik dan mudah digunakan.

3) Kekurangan

a) Efektivitas kurang 18-29 kehamilan per 100 perempuan per tahun pertama.

b) Efektivitas sebagai kontrasepsi bergantung pada kepatuhan mengikuti cara penggunaan.

c) Ketergantungan pengguna dari motivasi berkelanjutan dengan memakai setiap melakukan hubungan seksual.

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

e) Tidak mencegah penyebaran penyakit menular seksual seperti HIV/AIDS.

4) Kontraindikasi

a) Wanita dengan riwayat infeksi saluran kemih.

b) Wanita dengan riwayat alergi dengan alat kontrasepsi spermisida.

c) Diafragma dapat terlepas jika tidak terlalu tetekan oleh busa aerosol.

3. Metode Kontrasepsi Hormonal

a) Kontrasepsi suntik Progestin (Depot Medroksi Progesteron Asetat/ DMPA)

1) Pengertian kontrasepsi progestrin

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

telah ditetapkan atau teknik penyuntikan yang salah, injeksi harus benar-benar intragluteal.

2) Mekanisme Kerja

Mekanisme Kerja kontrasepsi DMPA :

a) Primer : Mencegah ovulasi Kadar Folikel Stimulating Hormone (FSH) dan Luteinizing hormone (LH) menurun serta tidak terjadi lonjakan LH. Pada pemakaian Depot Medroksi Progesteron Asetat (DMPA), endometrium menjadi dangkal dan atrofis dengan kelenjar-kelenjar yang tidak aktif. Dengan pemakaian jangka lama endometrium bisa menjadi semakin sedikit sehingga hampir tidak didapatkan jaringan bila dilakukan biopsi, tetapi perubahan tersebut akan kembali normal dalam waktu 90 hari setelah suntikan Depot Medroksi Progesteron Asetat (DMPA) berakhir.

b) Sekunder:

a) Lendir servik menjadi kental dan sedikit sehingga merupakan barier terhadap spermatozoa.

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

c) Mempengaruhi kecepatan transportasi ovum didalam tuba falopi.

3) Waktu Penggunaan Kontrasepsi

Waktu yang disarankan untuk menggunakan kontrasepsi ini :

a) Setiap saat selama siklus haid, asalkan ibu tidak mengalami hamil.
b) Mulai hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid.
c) Pada ibu yang tidak haid atau dengan perdarahan tidak teratur, injeksi dapat diberikan setiap saat, asal tidak hamil. Selama 7 hari setelah penyuntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.
d) Bagi ibu yang telah menggunakan kontrasepsi hormonal lain secara benar dan tidak hamil kemudian ingin mengganti dengan kontrasepsi Depot Medroksi Progesteron Asetat (DMPA), suntikan pertama dapat segera diberikan tidak perlu menunggu sampai haid berikutnya.
e) Bagi ibu yang menggunakan kontrasepsi non hormonal dan ingin mengganti dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama dapat segera diberikan, asal ibu tidak hamil dan pemberiannya tidak perlu menunggu haid berikutnya. Bila ibu disuntik setelah hari ke-7

haid, selama 7 hari penyuntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual. (Susilawati, 2010)

4) Kelebihan Kontrasepsi

Kelebihan penggunaan suntik Depot Medroksi Progesteron Asetat (DMPA) :

a) Sangat efektif penggunaannya.
b) Pencegahan kehamilan jangka panjang.
c) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.
d) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah.
e) Tidak mempengaruhi ASI.
f) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.
g) Dapat digunakan oleh perempuan usia lebih dari 35 tahun sampai perimenopause.
h) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik.
i) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara.
j) Mencegah beberapa penyakit radang panggul.
k) Sedikit efek samping yang ditimbulkan. Beberapa efeksamping yang ditimbulkan, yaitu :

a) Mengalami gangguan haid seperti amenore, spooting, menorarghia, metrorarghia.
b) Penambahan berat badan.
c) Memicu mual, mata berkunang-kunang, terkadang sakit kepala.
d) Penurunan libido.
e) Vagina menjadi kering karena adanya pengentalan mukus serviks oleh hormon progestin. (Susilawati, 2010)

5) Indikasi

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

6) Kontraindikasi

a) Wanita hamil atau dicurigai hamil

b) Wanita dengan perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya

c) Wanita yang tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid.

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

e) Wanita penderita diabetes mellitus disertai komplikasi. (Sulistyawati, 2010)

b) Pil Mini (Pil Progestin)

1) Pengertian

Mini pil adalah pil KB yang hanya mengandung hormon progesteron dalam dosis rendah. Pil mini atau pil progestin disebut juga pil menyusui. Dosis progestin yang digunakan 0,03-0,05 mg per tablet (Lusa, 2010)Beberapa jenis pil mini yang disarankan yaitu:

a) Pil dalam kemasan dengan isi 28 pil yang mengandung 75 mikro gram desogestrel.

b) Pil dalam kemasan dengan isi 35 pil mengandung 300 mikro gram levonogestrel atau 350 mikro gram noretindron

c) Contoh mini pil antara lain: Micrinor, NOR-QD, noriday, norod mengandung 0,35 mg noretindron. Ada juga microval, noregeston, microlut mengandunng 0,03 mg levonogestrol.

2) Cara Kerja

Cara kerja kontrasepsi pil progestin yaitu: Mini pil dapat menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium, endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit, mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma, mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu. Efektivitas bagus bila digunakan dengan benar, risiko kehamilan 1 diantara 100 ibu dalam 1 tahun.

c) Implan

1) Pengertian

Implan adalah metode kontrasepsi yang diinsersikan pada bagian subdermal, yang hanya mengandung progestin dengan masa kerja panjang, dosis rendah, dan reversibel untuk wanita. Implan terdiri dari 6 skala kapsul dimethylsiloxane yang dibuat dari bahan silastik, masing – masing kapsul berisi 36 mg levonorgestrel dalam format kristal dengan masa kerja lima tahun. (Kumalasari, 2015)

2) Mekanisme kerja

Implan bekerja dengan cara mengentalkan lendir serviks, mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit

terjadi implantasi, pergerakan sperma terhambat karena lendir serviks yang mengental, dan menekan ovulasi. Waktu pemasangan implan yang optimal yaitu:

a) Selama haid (7 hari sampai siklus haid).
b) Pascapersalinan antara 3-4 minggu, bila tidak menyusukan bayinya.
c) Ibu yang sedang menyusukan bayinya secara eksklusif (> 6 minggu pascapersalinan dan sebelum enam bulan pascapersalinan) Pascakeguguran (segera atau dalam 7 hari pertama) (Kumalasari, 2015)

3) Keuntungan

b) Sangat efektif (kegagalan 0,2 -1,0 kehamilan per 100 perempuan).
c) Daya guna tinggi.
d) Perlindungan jangka panjang (sampai 5 tahun).
e) Pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan.
f) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam.
g) Bebas dari pengaruh estrogen.
h) Tidak mengganggu kegiatan senggama.
i) Tidak mengganggu ASI.

a) IUD / AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)

1) Pengertian

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

Gambar 2.3

IUD

Sumber : alomedika.com

2) Cara Kerja

a) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopii.

b) Mempengaruhi fertilitas sebelum ovum mencapai kavum uteri.

c) AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilitasi.

d) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus.(Sulistyawati, 2012)

3) Keuntungan

a) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari Cu-T-380A dan tidak perlu diganti).Sebagai kontrasepsi, efektifitasnya tinggi.Sangat efektif 0,6 – 0,8 kehamilan / 100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125 – 170 kehamilan).

b) AKDR dapat efektif segera.

c) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat.

d) Tidak mempengaruhi hubungan seksual.

e) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil.

f) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (Cu-T380A).

g) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI.

h) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi).

i) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir).

j) Tidak ada interaksi dengan obat-obat.

k) Membantu mencegah kahamilan ektopik.

IUD sangat efektif, (efektivitasnya 92-94%) dan tidak perlu diingat setiap hari seperti halnya pil. Tipe Multiload dapat dipakai sampai 4 tahun Nova T dan Copper T 200 (CuT-200) dapat dipakai 3-5 tahun; Cu-T 380A dapat untuk 8 tahun. Kegagalan rata-rata 0.8 kehamilan per 100 pemakai wanita pada tahun pertama pemakaian.(Saifudin,2010)

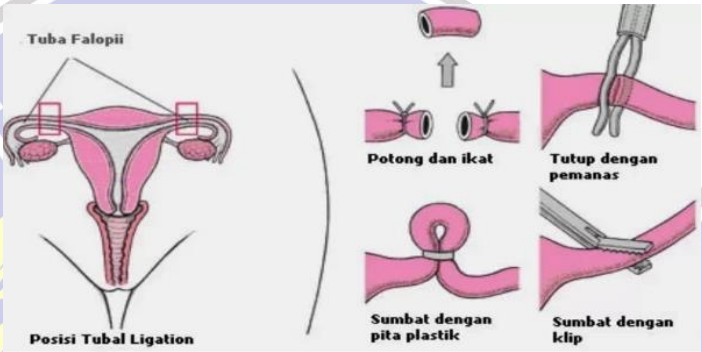
4. Kontrasepsi mantap

1) Tubektomi

(a) Pengertian

Tubektomi adalah metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan

tubektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini. Tubektomi merupakan metode efektif dan tidak menimbulkan efek samping jangka panjang



Gambar 2.4
Tubektomi
Sumber : alomedika.com

(b) Efektivitas tubektomi:

(1) Kurang dari 1 kehamilan per 100 (5 per 100) perempuan pada tahun pertama penggunaan.

(2) Ada 10 tahun penggunaan, terjadi sekitar 2 kehamilan per 100 perempuan(18-19 per 1000 perempuan).

(3) Efektivitas kontraseptif terkait juga dengan teknik tubektomi (penghambatan atauoklusi tuba) tetapi secara keseluruhan, efektivitas tubektomi cukup tinggi dibandingkan tubektomi minilaparotomi pascapersalinan (Affandi, 2012:89)

Jarang sekali ditemukan efek samping, baik jangka pendek maupun jangka panjang. Keuntungan tubektomi adalah mempunyai efek protektif terhadap kehamilan dan penyakit radang panggul (PID). Beberapa studi menunjukan efek protektif terhadap kanker ovarium. Resiko tubektomi: walaupun jarang, tetapi dapat terjadi komplikasi tindakan pembedahan dan anastesi. Penggunaan anastesi lokal sangat mengurangi resiko yang terkait dengan tindakan anastesi umum (Affandi, 2012:89)

(c) 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) Pascakeguguran.

(d) Paham dan secara sukarela setuju dengan prosedur ini. (Affandi, 2012:91)

(e) Yang Sebaiknya Tidak Menjalani Tubektomi:

(1) Hamil.

(2) Perdarahan vagina 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 fertilisasi di masa depan.

(6) Belum memberikan persetujuan tertulis.

(f) Kapan dilakukan:

(1) Setiap waktu selama siklus menstruasi pabila diyakini secara rasional klien tersebut tidak hamil.

(2) Hari ke-6 hingga ke-13 dari siklus menstruasi (fase proliferasi).

(3) Pascapersalinan,

(a) Minilap: di dalam waktu 2 hari atau setelah 6 minggu atau 12 minggu.

(b) Laparoskopi: tidak tepat untuk kliien-klien pascapersalinan.

(4) Pascakeguguran,

(a) Triwulan pertama: dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvik (minilap atau laparoskopi).

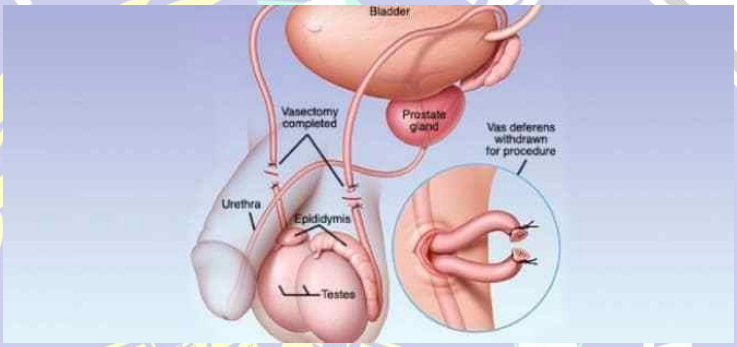
(b) Triwulan kedua: dalam waktu hai sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvik (minilap saja).

(Affandi, 2012:92)

2) Vasektomi

(a) Pengertian

Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk lelaki yang tidak ingin mempunyai anak lagi.



Gambar 2.5
Vasektomi
Sumber : alomedika.com

Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi sehingga diperlukan pemeriksaanfisik dan pemeriksaan tambahan lainya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini.

Vasektomi:

(1) Disebut juga sebgai metode kontrasepsi operatif lelaki.

(2) Metode permanen untuk pasangan tidak ingin anak lagi.

(3) Metode ini membuat seperma (yang disalurkan melalui vas deferens) tidak dapat mencapai vasikula seminalis yang pada saat ejakulasi dikeluarkan bersamaan dengan cairan semen.

(4) Untuk oklusi vas deferens, diperlukan tindakan insisi kecil (minor) pada daerah rafe skrotalis. (Affandi,2012:MK-95)

(b) Efektivitas Vasektomi:

(1) Setelah masa engosongan sperma dari vasikula seminalis (20 kali ejakulasi menggunakan kondom) maka kehamilan hanya terjadi pada 1 per 100 perempun pada tahun pertama penggunaan.

(2) Pada mereka yang tidak dapat memastikan (analisi sperma) masih adanya sperma pada ajakulat atau tidak patuh menggunakan kondom hingga 20 kali ejakulasi maka kehamilan terjadi pada 2-3 per 100 perempuan pada tahun pertama penggunaan.

(3) Setelah 3 tahun enggunaan, terjadi sekitar 4 kehamilan per 100 perempuan.

(4) Bila terjadi kehamilan pascavasektomi, kemungkinan adalah:

(a) Pengguna tidak menggunakan metode tambahan (barier) saat senggama dalam 3 bulan pertama pascavasektomi.

(b) Oklusi vas deferens tidak tepat.

(c) Rekanalisasi spontan.

(c) Manfaat

(1) Hanya sekali aplikasi dan efektif dalam jangka panjang.

(2) Tinggi tingkat rasio efisiensi biaya dan lamanya penggunaan kontrasepsi.

(d) Efek Samping, Resiko, dan Komplikasi tubektomi:

Tidak ada efek samping jangka pendek dan jangka panjang.karena area pembedahan termasuk superficial, jarang sekali menimbulkan resiko merugikan pada klien. Salah Persepsi Yang Harus Dikoreksi Terkait Vasektomi

(1) Bukan kabiri atau kastrasi karena hanya vas deferens yang diikat, bukan testisnya.

(2) Tidak mempengaruhi libido.

(3) Tidak mempengaruhi fungsi seksual atau disfungsi ereksi.

(4) Tidak membuat klien menjadi lemah atau kurang jantan.

(e) Vasektomi Sesuai Untuk Lelaki:

(1) Dari semua usia reproduksi (biasanya < 50)

(2) Tidak ingin anak lagi, menghentikan fertilitas, ingin metode kontrasepsi yang sangat efektif dan permanen.

(3) Yang istrinya mempunyai masalah usia, paritas atau kesehatan yang jika hamil dapat menyebabkan resiko kesehatan atau mengancam keselamatan jiwanya.

(4) Yang memeahami asas sukarela dan member persetujuan tindakan medic untuk prosedur tersebut.

(5) Yang merasa yakin bahwa mereka telah mendapatkan jumlah keluarga yang diinginkan.

(Affandi, 2012:93)

(f) Indikasi vasektomi

Vasektomi merupakan upaya untuk menghentikan fertilitas di mana fungsi reproduksi merupakan ancaman atau gangguan terhadap kesehatan pria dan pasangannya serta melemahkan ketahanan atau kualitas keluarga (Affandi, 2012:98)

(g) Komplikasi vasektomi:

(1) Komplikasi dapat terjadi saat prosedur sedang berlangsung atau beberapa saat setelah tindakan. Komplikasi selama prosedur dapat berupa komplikasi akibat keaksi anafilaksis yang disebabkan oleh

penggunaan lidokain atau manipulasi berlebihan terhadap nyaman pembuluh darah di sekitar vas deferens.

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

(Affandi, 2012:95)

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.1.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Kehamilan

A. Pengkajian Data

1. Data Subjektif

Berupa data fokus yang dibutuhkan untuk menilai keadaan ibu sesuai dengan kondisinya. Jenis data yang dikumpulkan adalah:

a) Identitas

1) Nama

Menetapkan identitas yang pasti pada pasien karena kemungkinan memiliki nama yang sama, alamat dan nomer telepon .

2) Umur

Usia seseorang dapat mempengaruhi keadaan kehamilannya. Apabila wanita tersebut hamil pada masa reproduksi kecil kemungkinn untuk mengalami komplikasi/masalah dibandingkan wanita yang hamil dibawah umur ataupun diatas usia reproduksi

(Marmi, 2014:107)

3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut mengarahkan atau membimbing pasien dalam berdoa.

4) Pekerjaan

Data ini menggambarkan tingkat sosial ekonomi, pola sosialisasi dan data pendukung untuk menentukan pola komunikasi yang akan di pilih selama asuhan yang di lakukan.

5) Pendidikan

Tingkat pendidikan yang rendah, terutama jika berhubungan dengan usia yang muda berhubungan erat dengan perawatan yang tidak adekuat serta pengetahuan klien tentang asuhan kehamilan. Sehingga dapat memberikan gambaran pada kita dalam memberikan informasi atau konseling (Marmi, 2014:155)

6) Alamat

Selain sebagai data mengenai distribusi lokasi pasien data ini juga memberikan gambaran mengenai jarak, dan waktu yang di tempuh pasien menuju ke lokasi pemeriksaan kehamilan. (Sulistyawati, 2010:221)

b) Keluhan Utama

Menurut Varney, Kriebs dan Gegor (2007:540-543), keluhan pada kehamilan trimester III yaitu antara lain:

1) Hemoroid

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi. 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. Tekanan ini akan mengganggu sirkulasi vena dan akan mengakibatkan kongesti pada vena panggul

2) Sering BAK/Nokturia

Terjadi peningkatan frekuensi berkemih. Aliran balik vena dari ekstremitas difasilitasi saat ibu sedang berbaring pada posisi leteral rukemben karena uterus tidak lagi menekan pembuluh darah panggul dan vena cava inferior.

3) Kram tungkai

Penyebab kram tungkai yaitu uterus yang membesar memberi tekanan baik pada pembuluh darah panggul, sehingga mengganggu sirkulasi atau pada saraf sementara saraf ini melewati foramen oburator dalam perjalanan menuju ekstremitas bagian bawah.

4) Konstipasi

Konstipasi diduga terjadi akibat penurunan peristaltis yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron. Pergeseran dan tekanan pada usus akibat pembesaran uterus atau bagian presentasi juga dapat menurunkan motilitas pada saluran gastrointestinal sehingga menyebabkan konstipasi.

5) Sesak nafas

Uterus mengalami pembesaran sehingga terjadi penekanan diafragma. Selain itu diafragma akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm.

6) Odema dependen

Odema dependen pada kaki disebabkan oleh gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah.

7) Nyeri ulu hati

Relaksasi sfingter jantung pada lambung akibat pengaruh yang ditimbulkan peningkatan jumlah progesteron, penurunan motilitas gastrointestinal yang terjadi akibat relaksasi otot halus yang kemungkinan disebabkan peningkatan jumlah progesterone dan tekanan uterus, dan tidak ada ruang fungsional untuk lambung akibat perubahan tempat dan penekanan oleh uterus yang membesar.

8) Nyeri punggung bawah

Nyeri punggung bawah merupakan nyeri punggung yang terjadi pada area lumbosacral. Nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi dan terjadi perubahan yang disebabkan karena berat uterus yang semakin membesar.

c) Riwayat kesehatan

1) Penyakit yang pernah di alami (yang lalu)

Ibu yang mempunyai riwayat kesehatan yang buruk atau ibu dengan komplikasi kehamilan sebelumnya, penyakit yang diderita ibu dapat mempengaruhi kehamilannya.

(Marmi, 2014:108)

1) Penyakit yang pernah di alami (sekarang)

(a) Hipertensi

Hipertensi pada kehamilan dikaitkan dengan morbaditas dan mortalitas janin dan maternal. Komplikasi yang di kaitkan dengan preeklamsia berat meliputi : gagal ginjal akut, gagal janin, hemororgi serebral, gangguan plasenta, dan kematian maternal dan janin. (Wals, 2012:406)

(b) Diabetes militus-tergantung insulin (IDDM)

Wanita *Insulin-Dependent Diabetes Mellitus (IDDM)* dapat meningkatkan insiden hipertensi, preeklamsi yang akan memperburuk perjalanan persalinan. Janin berisiko tingi mengalami kelainan kongenital dan mungkin memiliki ukuran besar atau berukuran sangat besar (makrosomia), yang dinggap sebagai komplikasi

pada periode intrpartum yang berisiko terjadi persalinan lama, distosia bahu, dan lahir operasi.

(Varney, 2007:636)

(c) Infeksi TORCH

Infeksi TORCH meliputi: rubella, sitomegalovirus, toksoplasmosis, herpes simpleks dapat menimbulkan kelainan kongenital dalam bentuk yang hampir sama: kutilan, abortus, mikrosefalus, prematuritas, dan pertumbuhan janin terlambat.

(d) Penyakit jantung

Kehamilan yang disertai penyakit jantung selalu saling mempengaruhi karena kehamilan memberatkan penyakit jantung dan penyakit jantung dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin (Marmi, 2014:161)

(e) Penyakit paru

(1) Bronkitis dan influenza

Bronkitis dan influenza pada kehamilan dijumpai ringan sehingga tidak membahayakan jiwa ibu maupun janin. Dengan pengobatan biasa sebagian besar sembuh sehingga kehamilan dapat berlangsung (Manuaba, 2010:320)

(2) Asma

Penyakit asma dan kehamilan kadang-kadang bertambah berat atau malah berkurang. Dalam batas yang wajar, penyakit asma tidak banyak mempengaruhi kelamin. Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi perumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan tukaran O_2 dan CO_2. (Manuaba, 2010:336)

(3) Tuberkolusis

Apabila bidan menjumpai penyakit tuberkolusis aktif dengan kehamilan sebaiknya merujuk ke tempat yang memiliki fasilitas yang cukup (Manuaba, 2010:336)

(f) Anemia

Anemia pada kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi dan merupakan jenis anemia yang pengobatannya relatif mudah. Anemia dalam kehamilan disebut "*potensial danger to mother and child* (potensial membahayakan ibu dan anak), oleh sebab itu anemia memerlukan perhatian serius dari semua pihak yang terkait dalam pelayanan kesehatan pada lini terdepan (Manuaba, 2010:336)

(g) Infeksi Ginjal dan saluran kemih

Pengaruh infeksi ginjal dan seluran perkemihan terhadap kehamilan terutama karena demam yang tinggi dan menyebabkan terjadi kontraksi otot rahim sehingga dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas dan memudahkan infeksi pada neonatus. Kehamilan dapat menurunkan daya tahan tubuh sehingga makin meningkatkan infeksi menjadi sepsis yang yang menyebabkan kematian ibu janin (Manuaba, 2010:337)

(h) HIV / AIDS

Transmisi vertikal merupakan penyebab tersering infeksi HIV pada bayi dan anak-anak. Transmisi HIV dari ibu kepada janin dapat terjadi intrauterin, saat persalinan, da pascapersalinan. Kelianan yang dapat terjadi pada janin adalah berat badan lahir rendah, bayi lahir mati, partus preterm dan abortus sponatan (Saifudin, 2010:933)

d) Riwayat kesehatan keluarga

Informasi keluarga klien sangat penting untuk mengidentifikasi ibu yang berisiko menderita penyakit genetik yang dapat mepengaruhi hasil akhir kehamilan atau berisiko memiliki bayi yang menderita penyakit genetik. Kejadian kehamilan ganda juga di pengaruhi oleh faktor genetic atau keturunan.

e) Riwayat kebidanan

Data ini penting diketahui tenaga kesehatan sebagai data acuan jika pasien mengalami penyulit kehamilan.

1) Menstruasi

Riwayat menstruasi dikaji untuk menentukan tanggal taksiran partus (TP). Taksiran partus dihitung dengan menambah 9 bulan dan 7 hari pada tanggal hari pertama haid terakhir yang di alami ibu (Fraser dkk, 2009:251)

Metode ini mengasumsikan bahwa :

(a) Konsepsi terjadi 14 hari setelah hari pertama haid terakhir, hal ini di anggap benar hanya jika ibu memiliki siklus menstruasi yang teratur.

(b) Periode perdarahan yang terakhir merupakan mentruasi yang sebenarnya, implentasi ovum dapat dapat menyebabkan sedikit perdarahan .

Menurut Marmi (2011:137) gambaran 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. Informasi tambahan tentang siklus mentruasi yang harus diperoleh mencakup frekuensi haid dan lama perdarahan. Jika menstruasi lebih pendek atau lebih penjang dari normal, kemungkinan wanita tersebut telah hamil saat terjadi perdarahan. Dan tentang haid meliputi:

(1) Menarche

Usia pertama kali mengalami menstruasi. Wanita Indonesia umumnya mengalami menarche sekitar 12-16 tahun.

(2) Siklus

Jarak antara menstruasi yang di alami dengan mentruasi berikutnya dalam hitungan hari. Biasanya sekitar 23-32 hari.

(3) Volume

Data ini menjelaskan beberapa banyak darah menstruasi yang di keluarkan..

(4) Keluhan

Beberapa wanita menyampaikan keluhan yang dirasakan ketika mengalami mentruasi, misalnya nyeri hebat, sakit kepala, sampai pingsan dan jumlah darah yang banyak ada beberapa keluhan yang disampaikan oleh pasien dapat menunjukkan kepada diagnosis tertentu. (Sulistyawati, 2011:167)

f) Riwayat kehamilan yang lalu

Riwayat ini mencakup jumlah kehamilan, usia gestasi saat kehamilan berakhir, tipe kehamilan, lama persalinan, berat lahir ketika persalinan terjadi dipertengahan masa hamil, jenis kelamin anak, komplikasi, riwayat kesehatan anak terakhir dan lingkungan yang menyebabkan keguguran.

g) Riwayat Persalinan yang lalu

Riwayat ini mencakup tipe persalinan apakah spontan, forsep, ekstrasi vakum, atau bedah sesar, lama persalinan, penolong persalinan, aterm atau premature, berat lahir, jenis kelamin serta komplikasi-komplikasi yang menyertai persalinan (Marmi, 2011:158)

h) Riwayat nifas yang lalu

Masa nifas yang lalu tidak ada komplikasi sepert perdarahan post partum dan infeksi pada masa nifas. Maka diharapkan masa nifas sekarang juga tidak terjadi komplikasi.

i) Keluarga Berencana

Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi *Estimated Date of Delivery* (EDD), dan karena penggunaan metode lain dapat membantu mengenali kehamilan. (Marmi, 2014:158)

j) Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

(a) Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari. Sumber protein tersebut dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan misalnya : kacang-kacangan atau hewani misalnya ikan, keju, susu, telur , ayam.

(b) Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otot dan rangka. Sumber kalsiun dapat diperoleh dari , keju, yogurt, susu, kalsium bikarbonat.

(c) Asam folat

Selain zat besi, sel-sel darah merah juga memerlukan asam folat bagi pematangan sel. Jumlah asam folat yang dibutuhkan oleh ibu hamil adalah 400 mikrogram per hari. Kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil.

(d) Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2.500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas dan hal ini merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya preeklamsia. Jumlah penambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil. (Saifuddin, 2010:92)

2) Eliminasi

(a) Buang Air Kecil (BAK)

Peningkatan frekuensi berkemih pada TM III paling sering dialami oleh ibu primigravida setelah *lightening*.

Lightening menyebabkan bagian presentasi janin akan menurun masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih (Marmi, 2011:134)

(b) Buang Air Besar (BAB)

Konstipasi terjadi akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan hormon progesteron. Konstipasi juga dapat terjadi sebagai akibat dari efek samping penggunaan zat besi. (Marmi, 2014:137)

3) Pola istirahat

Istirahat sangat diperlukan ibu hamil, maka dari itu bidan perlu mengenali kebiasaan istirahat ibu supaya diketahui hambatan yang mungkin muncul jika didapatkan data yang senjang tentang pemenuhan kebutuhan istirahat.

(Sulistyawati, 2011:170)

4) Aktifitas

Kita perlu mengkaji kebiasaan sehari-hari pasien karena data ini memberikan gambaran tentang beberapa berat aktifitas yang biasa dilakukan oleh pasien di rumah.

5) Personal Hygiene

Personal hygiene diperlukan selama kehamilan, karena kebersihan badan mengurangkan kemungkinan infeksi. Menurut Marmi (2011:120). Kebersihan yang perlu diperhatikan antara lain:

(a) Perawatan gigi

Paling tidak dibutuhkan dua kali pemeriksaan gigi selama kehamilan yaitu pada trimester 1 dan 3. Dianjurkan untuk gosok gigi setelah makan karena ibu hamil sangat rentan terhadap terjadinya caries dan gingivitis.

(b) Kebersihan tubuh dan pakaian

Kebersihan tubuh harus dijaga selama kehamilan. Perubahan anatomi pada perut, area genetalia atau lipat paha, dan payudara menyebabkan lipatan-lipatan kulit menjadi lebih lembab dan mudah terinfestai oleh mikroorganisme. Gunakan pakaian longgar, bersih dan aman.

(c) Perawatan payudara

Bersihkan setiap hari areola dan putting susu secara pelan-pelan akan dapat mengurangi retak dan lecet pada area tersebut. Untuk sekresi yang mengering pada putting susu, lakukan pembersihan dengan menggunakan campuran gliserin dan alkohol.

(d) Kebersihan genetalia

Kebersihan vulva harus di jaga betul-betul dengan lebih sering membersihkannya, memakai celana yang selalu bersih

6) Aktifitas seksual

Walaupun ini hal yang sangat privasi bagi pasien namun bidan harus menggali dari kebiasaan ini. Dengan teknik komunikasi yang senyaman mungkin, bidan menanyakan hal-hal yang berkaitan dengan aktifitas seksual melalui pertanyaan sebagai berikut :

(a) Frekuensi

Kita tanyakan berapa kali melakukan hubungan seksual dalam seminggu.

(b) Gangguan

Kita tanyakan apakah pasien mengalami gangguan ketika melakukan hubungan seksual, misanya nyeri pada saat melakukan hubungan, adanya ketidakpuasan dengan suami, kurangnya keinginan untuk melakukan hubungan seksual(Sulistyawati, 2011:172)

7) Riwayat ketergantungan

(a) Rokok

Wanita yang merokok pada masa kehamilan pertama dan melahirkan bayi sehat mungkin tidak percaya bahwa merokok membawa resiko.

(b) Alkohol

Tetarogen dan sindrom alcohol janin *fetal alcohol syndrome* (FAS), digunakan untuk menggambarkan malformasi kongenital yang berhubungan dengan asupan alkhohol yang berlebihan. (Fraser, 2009:168)

(c) Obat – obatan terlarang

Menurut Fraser dan Cooper (2009:167) penggunaan obat seperti heroin, kemudian metadon, kanabis, kokain dan amfetamin bila digunakan secara berlebihan pada kehamilan berkaitan dengan keguguran, persalinan premature, berat badan lahir rendah, lahir mati, dan abnormalis.

8) Latar belakang sosial budaya

Adapun kepercayaan yang ada dalam masyarakat misalnya ibu hamil harus pantang terhadap makanan yang berasal dari ikan, telur , daging, dan goring-gorengan karena kepercayaan ini akan menyebabkan kelainan pada janin. Adat ini sangat merugikan pasien dan janin karena hal tersebut akan membuat pertumbuhan janin yang tidak optimal dan pemulihan kesehatannya akan lambat.

9) Dukungan situasional

Dukungan selama masa kehamilan sangatlah dibutuhkan bagi ibu hamil, terutama dari suami apalagi ibu yang baru pertama kali hamil. Seorang ibu akan merasa tenang dan nyaman dengan adanya dukungan dan perhatian dari suami dan keluarga (Marmi, 2011:145)

2. Data Objektif

Setelah data subjektif kita dapatkan, untuk meliengkapi data kita dalam menegakkan diagnosis, maka kita harus melakukan pengkajian data objektif melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi yang dilakukan secara berurutan.

Langkah-langkah pemeriksaan sebagai berikut :

a) Keadaan Umum

Untuk mengetahui data ini kita cukup dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan kita laporkan dengan kriteria sebagai berikut:

1) Baik

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

2) Lemah

Pasien dimasukan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan sendiri.

3) Sikap tubuh ibu

Keadaan ounggung ibu dan cara berjalan. Ibu cenderung bersikap lordosis. Apabila ibu berjalan dengan sikaf kifosis, skoliosis atau pincang maka kemungkinan ada kelainan panggul (Romauli, 2011:172)

b) Tanda-tanda vital (TTV)

1) Tekanan darah

Tekanan darah pada ibu hamil tidak boleh mencapai 140 mmHg sistolik atau 90 mmHg diastolik. Perubahan 30 mmHg sistolik dan 15 mmHg diastolik di atas tekanan darah sebelum hamil, menandakan toxemia gravidarum (keracunan kehamilan). (Hani dkk, 2010:91)

2) Nadi

Menurut Marmi (2011:163) Denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100 denyut per menit (dpm). Jurigai hipotiroidisme jika denyut nadi > 100 dmp. Periksa adanya eksoftalmia dan hiperrefleksia yang menyertai.

3) Pernapasan

Pada pernafasan normalnya 16-24 kali per menit. Frekuensi pernafasan hanya mengalami sedikit perubahan pada kehamilan lanjut seperti volume tidal, volume ventilasi per menit dan pengambilan oksigen per menit akan bertambah secara signifikan.

4) Suhu

Suhu tubuh yang normal adalah 36-37 ^{0}C. bila suhu tubuh lebih dari 37 ^{0}C perlu diwaspadai adanya infeksi.

c) Antropometri

1) Tinggi Badan (TB)

Tinggi badan kurang dari rata-rata merupakan faktor resiko bagi ibu hamil/ibu bersalin, jika tinggi badan kurang dari 145 cm kemungkinan sang ibu memiliki panggul sempit. Tujuan pemeriksaan tinggi badan adalah untuk mengetahui tinggi badan ibu sehingga bisa mendeteksi faktor resiko. Faktor resiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan tinggi badan adalah keadaan rongga panggul. (Mandriwati, 2008:185)

1) Berat Badan (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 (Saifuddin, 2010:180).

Tabel : 2.6
Rekomondasi penambahan berat badan berdasarkan indeks masa tubuh

Kategori	**IMT**	**Rekomondasi (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 : Saifuddin, 2011

2) LILA

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronis (KEK). (Jannah, 2012:173)

d) Pemeriksaan fisik

1) Rambut

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Sulistyawati, 2011:175)

2) Muka

Tampak *cloasma gravidarum* pada daerah wajah akibat dari pengaruh hormon kortikosteroid. Edema pada muka atau edema seluruh tubuh merupakan salah satu tanda gejala adanya *preeclampsia*.

3) Mata

Bengkak atau tidak (apabila kelopak mata sudah bengkak kemungkinan terjadi pre eklamsi berat), conjungtiva merah muda atau pucat, sclera putih/kuning.

3) Hidung

Simetris, ada pernafasan cuping hidung atau tidak, ada pembesaran polip atau tidak. (Beaty, 2012:122)

4) Mulut

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah, maka perlu perawatan mulut agar selalu bersih. Adanya *caries* atau keropos yang menandakan ibu kekurangan kalsium. Saat hamil sering terjadi *caries* yang berkaitan dengan *emesis* atau *hiperemesis gravidarum*.

5) Telinga

Normal tidak ada serumen yang berlebihan dan tidak berbau, bentuk simetris (Romauli, 2011:174)

6) Leher

Normal apabila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran limfe, dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis. Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml akibat dari hyperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi.

7) Aksila / ketiak

Normal apa tidak ada kelainan atau tidak. Dalam kehamilan biasanya ketiak mengalami hiperpigmentasi (Romauli, 2011:174)

8) Dada

Normal apabila tidak ada retraksi dinding dada tidak ada wheezing dan ronhci, tidak ada nyeri tekan, dan tidak ada massa abnormal. (Romauli, 2011:174)

9) Payudara

Adanya hiperpigmentasi areola, puting susu bersih dan menonjol. Pada minggu ke-12 kolostrum mulai keluar dari papilla mammae pada pasien multigravida yang telah mantap menyusui pada masa kehamilan sebelumnya. (Romauli, 2011:174)

10) Abdomen

Bentuk simetris, bekas luka operasi, terdapat linea nigra, strie livide, dan terdapat pembesaran abdomen Pada primigravida perut tegang, menonjol dan dapat strie livida akibat dari pergangan uterus. Pada multigravida perut lembek, menggantung serta dapat strie livida dan albikan (Manuaba, 2010:125).

11) Genetalia

Pada pemeriksaan genetalia dilakukan dengan mencari adanya lesi, eritema, perubahan warna, pembengkakan , ekskoriasi, dan memar. Pemeriksaan menyeluruh biasanta dilakukan dengan memisah labia mayora dari minora dan dengan perlahan menarik ujung klitoris. Pemeriksaan alat genetalia eksterna terdiri dari inpeksi vulva untuk mengetahui pengeluaran cairan atau darah dari liang senggama, perlukaan pada vulva/labium mayus dan pertumbuhan abnormal (kondiloma akuminata, kista bartholini, abses bartholini, fibroma labium mayus). Pada palpasi vulva akan teraba tumor pada vulva, teraba benjolan atau penebalan labium mayus, dan teraba pembengkakan kelenjar bartholini. Kondiloma akuminata berbentuk seperti kembang kubis (*cauliflower*) dengan ditengahnya jaringan ikat akan di tutup terutama bagian atas oleh epitel dengan hyperkeratosis. Penyakit

terdapat dalam bentuk kecil dan besar, sendirian atau suatu kelompok. Lokasinya di vulva, perineum, perineal, pada vagina dan serviks uteri. Selain itu, biasanya juga terdapat leokore. Kondiloma akumiata menandakan adanya penyakit gonore. Sedangkan kondiloma lata mempunyai ciri berbentuk bundar, pinggirnya basah dan ditutup oleh eksudat yang berwarna kelabu. Adanya kondiloma lata ini mempunyai arti diagnostic adanya penyakit sifilis. (Wiknjosastro, 2009:224)

12) 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.

13) Ekstremitas

Menurut Manuaba (2010:108), varises terjadi karena pengaruh dari estrogen dan progesterone, terutama bagi mereka yang mempunyai bakat. Verises terjadi di kaki dan betis. Pada ibu hamil trimester III sering terjadi edema dependen, yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas kapiler,

tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena kava inferior ketika berbaring. Jika edema muncul pada muka, tangan, dan disertai proteinuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya pre eklampsia

a) Pemeriksaan khusus

1) Pemeriksaan leopold

(a) Leopold I

Leopold I digunakan untuk menentukan usia kehamilan dan digunakan untuk mengetahui bagian janin apa yang terdapat di fundus.

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold I yaitu:

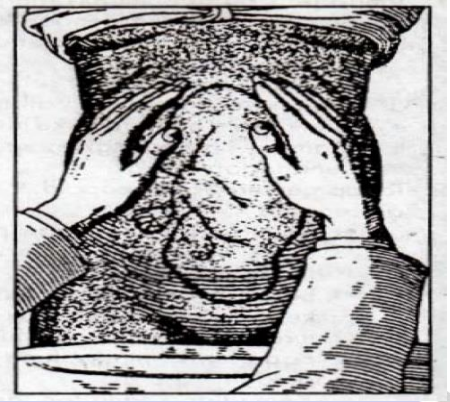
(1) Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha

(2) Pemeriksa berdiri di sebelah kanan penderita dan melihat kearah muka penderita

(3) Rahim dibawa ke tengah

(4) Tinggi fundus uteri ditentukan

(Marmi, 2014:167)



(b) Leopold II

Tujuannya adalah untuk menentukan dimana punggung anak dan dimana letak bagian-bagian kecil.

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold II yaitu:

(1) Kedua tangan pindah ke samping

(2) Tentukan dimana punggung anak. Punggung anak terdapat di pihak yang memberikan rintangan yang terbesar, carilah bagian-bagian terkecil yang biasanya terletak bertentangan dengan pihak yang memberi rintangan terbesar.

Kadang-kadang di samping terdapat kepala atau bokong ialah letak lintang. (Marmi, 2014:167)

Variasi Budin : menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus, tangan yang lain meraba pinggang janin (Manuaba, 2010:118).

Variasi Ahfeld : menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di lengan perut (Manuaba, 2010:119).

Gambar 2.7
Posisi Leopold II
Sumber: Manuaba, 2010:118

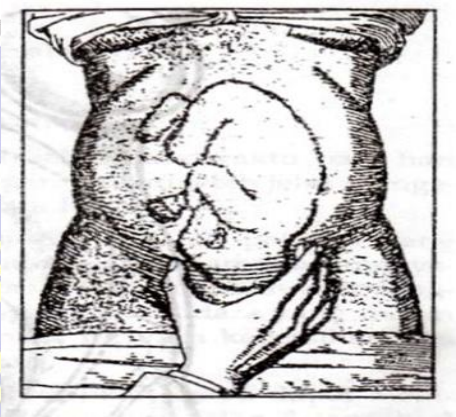
(c) Leopold III

Tujuannya untuk mengetahui apa yang ada pada bagian bawah dan bagian bawah sudah terpegang oleh Pintu Atas Panggul besar.

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold III yaitu:

(1) Dipergunakan satu tangan saja
(2) Bagian bawah ditentukan antara ibu jari dan jari lainnya
(3) Cobalah apakah bagian bawah masih dapat digoyangkan.

Leopold III untuk menentukan apa yang terdapat di bagian bawah dan apakah bagian bawah anak ini sudah atau belum terpegang oleh Pintu Atas Panggul (PAP).(Marmi, 2014:168).



Gambar 2.8
Posisi Leopold III
Sumber: Manuaba, 2010:119

(d) Leopold IV

Tujuannya guna menentukan bagian bawah dalam Rahim dan seberapa masuknya bagian bawah tersebut ke dalam PAP.

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold IV yaitu:

(1) Pemeriksa mengubah sikapnya menjadi ke arah kaki klien.

(2) Dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi bagian bawah

(3) Ditentukan apakah bagian bawah sudah masuk ke dalam PAP dan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul

Jika kita rapatkan kedua tangan pada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luas (Marmi, 2014:168)

Gambar 2.9
Posisi Leopold IV
Sumber: Manuaba, 2010:119

2) Penurunan bagian terbawah janin

Penilaian dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat dikukur dengan lima jari tangan pemeriksa (perlimaan). Penurunan bagian terbawah dengan metode lima jari:

(a) 5/5 bagian terbawah janinn seluruhnya teraba di atas simfisis pubis.

(b) 4/5 jika sebagian 1/5 bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul.

(c) 3/5 jika sebagian 2/5 bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul.

(d) 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada diatas simfisis dan 3/5 bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digunakan).

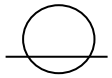
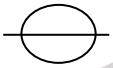
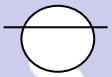
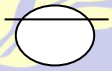
(e) 1/5 jika hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada diatas simfisis dan 4/5 bagian telah masuk kedalam rongga panggul.

(f) 0/5 bagian terbawah janin sudah tidak dapat di raba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk kedalam rongga panggul (pelatihan APN Buku Acuan, 2008).

Berikut ini metode lima jari (perlimaan) menurut Marmi (2011:149) dapat dilihat dalam

Tabel 2.10
Penurunan Kepala Janin Menurut Sistem Perlimaan

Periksa Luar	Periksa Luar	Keterangan
◯ =5/5		Kepala diatas PAP, mudah digerakkan

 =4/5	H I-II	Sulit digerakkan,bagian terbesar kepala belum panggul
 =3/5	H II-III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
 =2/5	H III+	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
 =1/5	H III-IV	Kepala didasarpanggul
=0/5	H IV	Di perineum

Sumber :Marmi, 2011

2) Pemeriksaan Osborn Tes

Tujuan pemeriksaan Osborn Tes adalah untuk mengetahui adanya DKR (disposisi kepala panggul) pada ibu hamil. Prosedur pemeriksaan test Osborn adalah sebagai berikut :

(a) Dilakukan pada umur kehamilan 36 minggu

(b) Tangan kiri mendorong kepala janin masuk PAP. Apabila kepala mudah masuk tanpa halangan, maka hasil test Osborn adalah negative (-). Apabila kepala tidak bisa masuk dan teraba tonjolan diatas simpisis, maka tonjolan

diukur dengan 2 jari telunjuk dan jari tengah tangan kanan. Apabila lebar tonjolan lebih dari 2 jari, maka hasil test Osborn adalah positif (+). Apabila lebar tonjolan kurang dari dua jari, maka hasil test Osborn adalah ragu-ragu (±). Dengan pertambahan usia kehamilan, ukiran kepala diharapkan bisa menyesuaikan dengan ukuran panggul (moulase).

(Yeyeh, 2011:355)

3) Tinggi Fundus Uteri

Menurut Mc. Donal pemeriksaan Tinggi Fundus Uterus (TFU) dapat dilakukan dengan, menggunakan pita pengukur, dengan cara memegang tanda-nol pita pada aspek superior simpisis pubis tengah uterus ke ujung atas fundus, sehingga dapat ditentukan TFU (Manuaba, 2010:100)

4) Mententukan Usia Kehamilan

Menurut Mochtar (2009:89) cara untuk menentukan usia kehamilan :

(a) Ditambah 4,5 bulan dari waktu ibu merasa gerakkan janin pertama kali "*feeling life*"

(b) Menurut Mc. Donal adalah modifikasi cara spiegelberg, yaitu jarak fundus-simpisis dalam cm di bagi 3,5

merupakan usianya kehamilan. Dihitung dari HPHT sampai dengan hari pemeriksaan.

Tabel 2.11
Usia kehamilan dalam minggu dan TFU dalam cm

Usia kehamilan (minggu)	Tinggi fundus uteri (cm)
22-28	24-25 cm di atas simfisis
28	26,7 cm di atas simfisis
30	29,5-30 cm di atas simfisis
32	29,5-30 cm di atas simfisis
34	31 cm di atas simfisis
36	32 cm di atas simfisis
38	33 cm di atas simfisis
40	37,7 cm di atas simfisis

Sumber :Mochtar, Rustam, 2011

5) Taksiran Berat Janin (TBJ)

Untuk mengukur TBJ dalam gram mengetahui kepala sudah masuk pintu atas panggul atau belum. Rumusnya:

TBJ = (TFU dalam cm - n) x 155 = …. gram

n : posisi kepala masih di atas spina ischiadika atau bawah. Bila di atas (-12) dan bila di bawah (-11).

(Jannah, 2012:85)

Tabel 2.9
Tafsiran Berat Janin Sesuai Usia Kehamilan

Usia Kehamilan	Panjang Janin	Berat Badan Janin
4 minggu	0,4-0,5 cm	0,4 gram
8 minggu	2,5-3 cm	2 gram
12 minggu	6-9 cm	19 gram
16 minggu	11,5-13,5 cm	100 gram
20 minggu	16-18,5 cm	300 gram
24 minggu	23 cm	600 gram
28 minggu	27 cm	1100 gram
30- 31 minggu	31 cm	1800-2100 gram
36-40 minggu	35-40 cm	2900 – 3500 gram

Sumber: (Bobak.2008)

6) Auskultasi

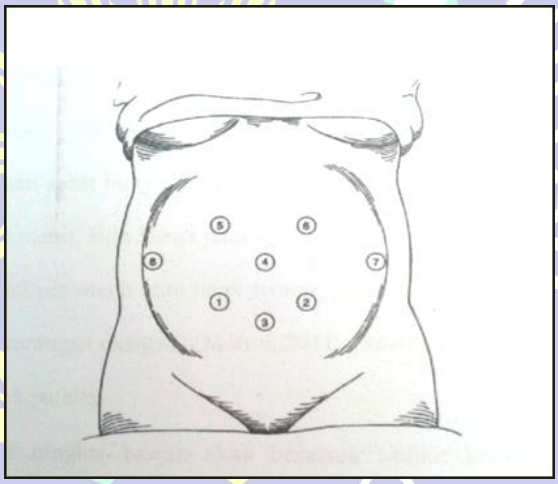
Menurut Marmi (2011:188) bila bunyi jantung kurang dari 120 per menit atau lebih dari 160 per menit atau tidak teratur, maka janin dalam keadaan asfiksia. Pemeriksaan secara auskultasi dapat digunakan untuk menghitung DJJ yaitu menghitung DJJ dengan interval 5 detik, ialah 5 detik pertama dihitung, kemudian selama 5 detik, dihitung lagi 5 detik kedua, berhenti dan hitung 5 detik ketiga, lalu jumlahkan dan dikali 4. DJJ dinyatakan teratur jika denyut antar 5 detik pertama,

ketigadan kelima tidak lebih dari 2 denyutan kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan empat misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga, lima detik ke lima dalam satu menit adalah :

(a) (11-12-11) kesimpulan teratur, frekuensi 136 permenit, DJJ normal

(b) (10-14-9) kesimpulan tidak teratur, frekuensi 132 permenit, janin dalam keadaan asfeksia

(c) (8-7-8) kesimpulan teratur, frekuensi 92 permenit, janin dalam keadaan asfiksia.



Gambar 2.11
Letak Punctum Maksimun Pada Posisi Normal
Sumber: Wheeler, 2008

b) Pemeriksaan panggul

1) Pemeriksaan Panggul luar

Ukuran-ukuran luar tidak dapat digunakan untuk penilaian, apakah persalinan dapat berlangsung secara biasa atau tidak, walaupun begitu ukuran luar dapat memberikan petujuk pada kita akan kemungkinan panggul sempit. Ukuran-ukuran luar yang terpenting yaitu :

(a) Distansia cristarum

Jarak yang terjauh antara crista iliaka kanan dan kiri (26-29 cm).

(b) Distansia spinarum

Jarak antara spina iliaka anterior superior kiri dan kanan (23-26 cm).

(c) Ukuran lingkar panggul

Dari pinggir atas simpisis ke pertengahan antara spina iliaka anterior seuperior dan trochanter major sepihak dan kembali melalui tempat-tempat yang sama di pihak yang lain (80-90 cm).

(d) Konjugata eksterna (Baudeloque)

Jarak antar pinggir atas simpisis dan ujung proxesus spinosus ruas tulang lumbal ke lima (18-20).

(Marmi, 2011:171)

2) Pemeriksaan panggul dalam

Menurut Marmi (2011:176) jarak minimal antara tulang kemaluan dengan promontorium yaitu 11 cm. Jika kurang, maka dikatagorikan sebagai panggul sempit. Panggul tengah diukur dengan cara memeriksa spina isciadika atau tonjolan tulang panggul yang teraba menonjol atau tidak dan sudut tulang kemaluan lebih dari 90 derajat dan interuberosum lebih dari 8 cm untuk mengetahui panggul bawah luas. Dapat diperiksa dengan pengukuran panggul dalam ialah:

(a) Apakah linea inominata teraba seluruhnya atau sebagian.

(b) Apakah os sacrum mempunyai inklinasi ke depan dan belakang.

(c) Apakah kedua spina isciadika menonjol atau tidak.

(d) Apakah sudut arcus pubis cukup luas atau tidak

(e) Apakah promotorium teraba atau tidak.

(f) Apakah tidak ada tumor (eksotosel) pada permukaan belakang simpisis.

c) Pemeriksaan penunjang

1) *Ultrasonografi (USG)*

Penentuan usia kehamilan dengan USG menggunakan beberapa cara yaitu :

(a) Dengan mengukur jarak kepala-bokong Groun Rum Length (GRL) untuk kehamilan 7-14 minggu

(b) Dengan mengukur diameter kantung kehamilan Gestationalsac (GS) untuk kehamilan 0-12 minggu.

(c) Dengan mengukur diameter biparietal (BPD) untuk kehamilan lebih dari 12 minggu.

Dibandingkan dengan pemeriksaan rontgen, USG tidak berbahaya untuk janin karena memakai prinsip sonar (bunyi). Jadi, boleh dipergunakan pada kehamilan muda. Pada layar, dapat dilihat letak, gerakan, dan gerakan jantung janin (Mochtar, 2011:65)

1) *NST (Non Stress Test)*

Dilakukan untuk menilai hubungan gambaran DJJ dan aktivitas janin. Teknik-Teknik pemeriksaan Non Stress Test yaitu:

(a) Sebelum pemeriksaan dimulai, lakukan pengukuran tensi, suhu, nadi dan frekuensi pernafasan ibu. Kemudian selama pemeriksaan dilakukan, tensi diukur setiap 10-15 menit (hasilnya dicatat pada kertas KTG).

(b) Pasien berbaring dalam posisi semi flowler, dan sedikit miring ke kiri. Hal ini berguna untuk memperbaiki sirkulasi darah ke janin dan mencegah terjadinya hipotensi.

(c) Perhatikan frekuensi dasar DJJ (normal antara 120-160 dpm).

(d) Setiap terjadi gerakan janin berikan tanda pada kertas KTG. Perhatikan apakan terjadi akselerasi DJJ (sedikitnya 15 dpm).

(e) Perhatikan variabilitas DJJ (normal antara 5-25 dpm).

(f) Lama pemeriksaan sedikitnya 20 menit

(Marmi, 2012:190)

2) Laboratorium

(a) Haemoglobin (Hb)

Menurut (Manuaba, 2010:239)pemeriksaan darah dilakukan minimal dua kali selama kehamilan, yaitu pada trimester I dan trimester III. Pemeriksaan Hb dapat dilakukan dengan menggunakan alat sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan sahli digolongkan sebagai berikut:

Hb 11 g% : tidak anemia

Hb 9-10 g% : anemia ringan

Hb 7-8 g% : anemia sedang

Hb <7 g% : anemia berat

(b) Pemeriksaan urine

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

(1) Keton akibat pemecahan lemak untuk menyediakan glukosa, disebabkan oleh kurangnya pemenuhan kebutuhan janin yang dapat terjadi akibat muntah, hyperemesis, kelaparan, atau latihan fisik yang berlebihan.

(2) Glukosa karena peningkatan sirkulasi darah, penurunan ambang ginjal atau penyakit. Reduksi urine untuk mengetahui kadar glukosa dalam urine, dilakukan pada pada kunjungan pertama kehamilan. Reduksi urine diperiksa dengan cara urine ditetesi fehling A dan B dengan perbandingan 1:2:2 kemudian dibakar. Kriteria hasilnya :

Hijau jernih/biru : negative

Hijau keruh :positif 1/+

Hujau keruh, kekuningan, (1-1,5%) : positif 2/++

Jingga/kuning keruh (2-3,5%): glukosa

Merah kekuningan, keruh/merah bata : 3,52 glukosa.

(3) Protein akibat kontaminasi oleh leukore vagina, atau penyakit seperti infeksi saluran perkemihan atau gangguan hipertensi pada kehamilan. Pemeriksaan

urine dilakukan pada kunjungan pertama dan kunjungan trimester III. Urine dipaksa dengan cara dibakar, dilihat warnanya, kemudian ditetesi asam asetat 2-3 tetes, lalu dilihat warna lagi

3) Kartu skor poedji rochyati

Untuk mendeteksi resiko ibu hamil dapat menggunakan Kartu Skor poedji Rochyati. Terdiri dari kehamilan resiko rendah (KRR) dengan skor 2 ditolong oleh bidan atau dokter dan kehamilan resiko tinggi (KRST) dengan skor >12 di tolong oleh dokter (Kemenkes RI, 2014:12a).

A. Diagnosa kehamilan

Menurut keputusan menteri kesehatan RI Nomor 983/Menkes/SK/VIII/2008 tentang Standar Asuhan Kebidanan. Bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logi untuk menegakkan diagnose dan masalah kebidanan yang tepat. Dengan kriteria :

1. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
2. Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien
3. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan

Diagnosa : $G_{1/>1}$ P_{APIAH}, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki presentesi kepala atau bokong, kesan jalan lahir normal ,keadaan ibu dan janin baik(Manuaba, 2012:123)

B. Perencanaan

1. Diagnosa

Dx: G…P…A…P…I…A..H usia kehamilan 28-40 minggu, janin tunggal tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleski, posisi puka/puki, presentasi kepala, kesan janin lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Fathma, 2014:88).

Tujuan :setelah dilakukan asuhan kebidanan, klien mengerti tentang penjelasan yang diberikan petugas..

KH :1) keadaan umun baik

2) kesadaran komposmentis

3) tanda-tanda vital TD : 100-130/90 mmHg, Nadi 76-88 x/menit, Suhu 36,5-37,5 ^{0}C, RR : 16-24 x/menit

4) pemeriksaan laboratorium

5) DJJ 120-160 x/menit, kuat, irama teratur

6) TFU sesuai dengan usia kehamilan

7) situs bujur dan presentasi kepala.

Intervensi menurut Varney (2007:554)

(a) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan

R/ Bila ibu mengerti keadaannya, ibu bisa kooperatif dengan tindakan yang diberikan.

(b) Lakukan pemeriksaan kehamilan dengan standar 10T.

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

(c) Anjurkan klien agar memeriksakan kehamilannya secara rutin sesuai dengan usia kehamilannya.

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

(d) Anjurkan pada klien untuk beristirahat dan mengurangi kerja berat.

R/ relaksasi otot sehingga aliran darah lancar.

(e) Anjurkan ibu untuk tidur miring kiri dan kaki agak ditinggikan

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

(f) Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin terjadi pada kehamilan trimester III.

R/ ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya

(g) Jelaskan kepada ibu tanda-tanda bahaya kehamilan trimester III

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

(h) Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan.

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

(i) Jelaskan pada ibu untuk melakukan pemeriksaan Rapid Test 2 hari sebelum perkiraan persalinan guna mencegah penyebaran virus COVID-19 dan untuk melindungi bayi.

(j) Jelaskan pada ibu tentang tanda tanda persalinan.

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

2. Masalah

a) Masalah I : Sering berkemih/Nokturia

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

Kriteria: 1) Ibu BAK 7-8 x/hari terutama siang hari

2) Infeksi saluran kencing tidak terjadi

Intervensi Varney (2007:555):

(1) Jelaskan penyebab terjadinya sering kencing.

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

(2) Anjurkan ibu untuk menghindari minum-minuman bahan diuretik alamiah seperti kopi, teh, *softdrink*.

R/Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih.

(3) Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK.

R/Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

(4) Anjurkan minum 8-10 gelas/hari tetapi banyak minum pada siang hari dan mengurangnya setelah makan sore, serta sebelum tidur buang air kencing dahulu.

R/Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

b) Masalah 2 : Sakit pinggang

Tujuan : setelah dilakukan asuhan kebidanan, diharapkan klien mengerti penyebab sakit pinggang.

Intervensi Varney (2007:555):

(a) Jelaskan tentang penyebab sakit pinggang.

R/ titik berat badan pindah ke depan karena perut yang membesar. Hal ini diimbangi lordosis yang menyebabkan spasme otot pinggang.

(b) Anjurkan klien untuk memakai sandal atau sepatu bertumit rendah.

R/ hal ini akan mengurangi beban klien.

(c) Anjurkan klien untuk istirahat yang cukup.

R/ terjadi relaksasi sehingga aliran darah ke seluruh tubuh lancar.

(d) Jelaskan pada klien bahwa sakit pinggang akan menghilang setelah melahirkan.

R/dengan berakhirnya kehamilan, postur tubuh kemabli seperti semula. (Varney, 2007).

c) Masalah 3 : Konstipasi

Tujuan : Tidak terjadi konstipasi.

Kriteria : Ibu bisa BAB 1-2 x/hari, konsistensi lunak

Intervensi Varney (2007:556):

(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 ciaran 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

Tujuan : Hemoroid tidak terjadi atau tidak bertambah parah

Kriteria: 1) BAB 1-2 x/hari, konsistensi lunak

2) BAB tidak berdarah dan tidak nyeri

Intervensi:

(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 dapt 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/Hangatnya air tidak hanya memberikan kenyamanan, tetapi juga meningkatkan sirkulasi.

(f) Anjurkan ibu untuk mengompres es dan air hangat.

R/Kompres diperlukan untuk mengurangi hemoroid.

(Varney,et al.2008:558)

e) Masalah 5 : Edema dependen

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi terhadap perubahan yang fisiologis (edema dependen)

KH : Setelah tidur/istirahat edema berkurang

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 pda 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. (Varney,et al.2008:539).

f) Masalah 6 : Kram pada kaki

Tujuan :Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis (kram tungkai) atau tidak terjadi kram tungkai.

Kriteria : 1)Kram pada kaki berkurang

2)Ibu mampu mengatasi bila kram tungkai berkurang

Intervensi:

(a) Jelaskan penyebab kram kaki.

R/Ibu mengerti penyebab kram pda kaki yaitu ketidakseimbangan rasio kalsium.

(b) Anjurkan ibu untuk senam hamil teratur.

R/Senam hamil memperlanca peredaran darah, suplai O_2 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 laman pada kaki sehingga aliran darah lancar.

(e) Anjurkan ibu untuk menghindari aktivits 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. (Varney,et al.2008:539).

g) Masalah 7 : Nyeri punggung bawah

Tujuan :Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang terjadi (nyeri punggung).

Kriteria : Nyeri punggung berkurang.

Intervensi:

(a) Tekuk kaki daripada membungkuk ketika mengangkat apapun. Lebarkan kedua kaki dan tempatkan satuaki sedikit di depan kaki yang lain saat menekukkan kaki.

R/Menekuk kaki akan membuat kedua tungkai yang menopang berat badan dan meregang, bukan punggung.

(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. (Varney,et al.2008:540)

h) Masalah 8 : Varises

Tujuan : Tidak terjadi varises atau varises tidak bertambah parah.

Kriteria : Tidak terdapat varises

Intervensi:

(a) Kenakan kaos kaki penyokong

R/Penggunaan kaos kaki penyokong dapat meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan risiko terjadinya varises.

(a) Hindari menggunakan pakaian ketat

R/Pakaian ketat dapat menghambat aliran balik vena

(b) Hindari berdiri lama dan tidak menyilang saat duduk

R/Meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan risiko terjadinya varises.

(c) Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur

R/Latihan ringan dan berjalan secara teratur dapat memfasilitasi peningkatan sirkulasi.

(d) Kenakan penyokong abdomen maternal atau korset

R/Penggunaan korset dapat mengurangi tekanan pada vena panggul.

i) Masalah 9: Kecemasan menghadapi persalinan

Tujuan : Kecemasan berkurang

Kriteria : 1) Ibu tampak tenang dan rileks

2) Ibu tampak tersenyum

3)Suami dan keluarga memberikan dukungan.

Intervensi (Varney, 2007:503-504)

Jelaskan pada ibu tentang hal-hal yang dapat menyebabkan kecemasan

R/Ibu mengerti penyebab kecemasan menjelang persalinan adalah hal yang normal

(a) Anjurkan ibu mandi air hangat

R/Selain meperlancar sirkulasi darah, juga memberikan rasa nyaman

(b) Anjurkan ibu melaksanakan relaksasi progesif

R/Relaksasi dapat mengurangi masalah-masalah psikologis seperti halnya rasa cemas menjelang persalinan.

j) Masalah 10: Panas dan Nyeri Uluh Hati (Pirosis)

Tujuan :Setelah dilakukan penyuluhan, masalah nyeri uluh hati bisa teratasi

Kriteria : Uluh hati tidak terasa nyeri

Intervensi menurut Varney *et al* (2007:542) :

(a) Jelaskan peyebab nyeri uluh hati pada akhir kehamilan

R/ Ibu mengetahui bila nyeri uluh hati sering terjadi pada ibu hamil dengan mengerti penyebabnya

(b) Anjurkan ibu menghindari makanan penstimulus (kopi, alkohol, coklat, dan lemak)

R/ Menekan motilitas lambung dan sekresi asam lambung

(c) Anjurkan ibu menghindari makanan-makanan yang dingin dan minum bersamaan makan

R/ Menghambat sekresi asam lambung

(d) Hindari makanan atau berbaring selama tiga jam sebelum tidur

R/ Bila setelah makan langsung berbaring maka asam lambung akan naik sehingga akan menyebabkan refluks.

(e) Anjurkan ibu makan dalam porsi kecil tapi sering untuk menghindari lambung terlalu penuh

R/ Lambung yang terlalu penuh merupakan sebab dari nyeri uluh hati.

k) Masalah 11: sesak nafas

Tujuan : ibu mampu beradaptasi dengan keadaanya dan kebutuhan O_2 ibu terpenuhi

Kriteria : 1) frekuensi pernafasan 16-24x/menit

2) ibu menggunakan pernafasan perut

Intervensi menurut Serri (2013:152) :

(a)Anjurkan ibu senam hamil teratur

R/ untuk merelaksasikan otot

(b)Anjurkan ibu untuk tidur dengan posisi yang nyaman dengan bantal tinggi

R/ menghindari penekanan diafragma

(c)Anjurkan ibu untuk tidak menghisap asap rokok

R/ agar pernafasan ibu tidak terganggu

(c) Anjurkan ibu menghindari kerja berat

R/ aktivitas berat menyebabkan energi yang digunakan banyak dan menambah kebutuhan O_2

l) Masalah 12: pusing sehubungan dengan ketegangan otot, stress, perubahan postur tubuh, ketegangan mata dan keletihan

Tujuan :ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya sehingga ibu tidak cemas

Kriteria : 1) Pusing berkurang

2) kesadaran komposmentis

3) tidak terjadi jatuh atau hilang kesadaran

Intervensi menurut (Marmi, 2014:142)

(a) Jelaskan kepada ibu penyebab pusing

R/ ibu mengerti penyebab pusing karena hipotensi postural yang berhubungan dengan perubahan-perubahan hemodinamis

(b) Ajarkan ibu cara bangun perlahan dari posisi istirahat

R/ agar ibu tidak terjatuh pada saat bangun tidur

(c) Anjurkan ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama di lingkungan panas dan sesak

R/ kekurangan O_2 karena lingkungan sesak dapat menyebabkan pusing

(d) Jelaskan kepada ibu untuk menhindari posisi terlentang

R/ agar sirkulasi O_2 ke otak lancar

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 KH :

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spritual-kultural.

2. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan 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, 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:

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

G. Pelayanan Kebidanan Di Masa Pandemi

a. Untuk pemeriksaan hamil pertama kali, buat janji dengan dokter agar tidak menunggu lama. Selama perjalanan ke fasyankes tetap melakukan pencegahan penularan COVID-19 secara umum.
b. Pengisian stiker Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) dipandu bidan/perawat/dokter melalui media komunikasi.
c. Pelajari buku KIA dan terapkan dalam kehidupan sehari-hari.
d. Ibu hamil harus memeriksa kondisi dirinya sendiri dan gerakan janinnya. Jika terdapat risiko / tanda bahaya (tercantum dalam buku KIA), maka periksakan diri ke tenaga kesehatan. Jika tidak terdapat tanda-tanda bahaya, pemeriksaan kehamilan dapat ditunda.
e. Pastikan gerak janin diawali usia kehamilan 20 minggu dan setelah usia kehamilan 28 minggu hitung gerakan janin (minimal 10 gerakan per 2 jam).
f. Ibu hamil diharapkan senantiasa menjaga kesehatan dengan mengonsumsi makanan bergizi seimbang, menjaga kebersihan diri dan tetap mempraktikan aktivitas fisik berupa senam ibu hamil / yoga / pilates /

aerobic / peregangan secara mandiri dirumah agar ibu tetap bugar dan sehat.

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

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

2.1.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Persalinan

1. Pengkajian Data

1. Data Subyektif

Berupa data fokus yang dibutuhkan untuk menilai keadaan ibu sesuai dengan kondisinya. Jenis data yang dikumpulkan adalah:

a) Identitas

1) Nama

Menetapkan identitas yang pasti pada pasien karena kemungkinan memiliki nama yang sama, alamat dan nomer telepon.

2) Umur

Usia dapat mempengaruhi keadaan persalinannya. wanita yang berusia lebih dari 34 tahun cenderung menjalani seksio sesarea. Usia di bawah 16 tahun atau di atas 35 tahun mempredisposisi

wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di bawah 16 tahun meningkatkan insiden pre eklampsia. Usia di atas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes tipe II hipertensi kronis yang menyebabkan peningkatan insiden preeklapsia dan abrupsio plasenta. Persalinan yang lama pada nulipara, seksiosesarea, kelahiran preterm, IUGR, anomali kromosom dan kematian janin.(Varney, 2008:134)

3) Agama

Sebagai dasar bidan dalam dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga dan pada saat persalinan. (Manuaba, 2010:117)

4) Pendidikan terakhir

Sebagai dasar bidan untuk menetukan metode yang paling tepat dalam penyampaian informasi mengenai teknik melahirkan bayi. Tingkat pendidikan ini akan sangat mempengaruhi daya tangkap dan tangakap pasien terhadap instruksi yang di berikan bidan pada saat persalinan. (Romauli, 2011)

5) Pekerjaan

Data ini menggambarkan tingkat sosial ekonomi,pola sosialisasi,dan data pendukung dalam menentukan pola komunikasi yang

akan dipilih selama asuhan. (Manuaba, 2010:117-120)

6) Suku dan bangsa.

Data ini berhubungan dengan sosial budaya yang di anut oleh pasien dan keluarga yang berkaitan dengan persalinan.

7) Alamat

Selain sebagai data mengenai distribusi lokasi pasien,data ini juga memberi gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalian.ini mungkin berkaitan dengan keluhan terakhir,atau tanda persalinan yang disampaikan dengan patokan saat terakhir sebelum berangkat kelokasi persalinan. (Sulistyawati, 2010)

b) Keluhan utama

Tanda-tanda persalinan adalah:

1) Terjadinya his persalinan. His persalinan mempunyai ciri khas pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks, makin beraktivitas (jalan) makin bertambah.

2) Pengeluaran lendir dan darah (pembawa tanda). Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan. Pembukaan menyebabkan lendir

yang terdapat pada kanalis servikalis lepas. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

3) Pengeluaran cairan. Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam. (Manuaba, 2012)

c) Riwayat kesehatan yang lalu

1) Epilepsi

Wanita penderita penyakit ayan (epilepsi) dapat menjadi hamil. Kehamilan tidak mempengaruhi jalannya penyakit, sebaiknya penyakitnbanyak mempengaruhi jalannya penyakit, sebaiknya penyakit banyak mempengaruhi kehamilan, persalinan, dan nifas (Mochtar, 2011:86).

2) Hipertensi

Ibu penyakit hipertensi, janin bertumbuh kurang wajar (dismaturitas), dilahirkan premature atau mati dalam kandungan. Sering pula terjadi solusio plasenta yang mempunyai akibat buruk, baik bagi ibu maupun anak. Angka kematian anak kira-kira 20%.

(Wiknjosastro, 2009:80)

1) Penyakit Jantung

Perubahan fisiologi terjadinya peningkatan volume darah dan peningkatan frekuensi denyut jantung menyebabkan peningkatan serambi kiri jantung yang mengakibatkan edema pada paru. Edema paru merupakan gejala pertama dari mitral stenosis, terutama terjadi pada pasien yang telah mengalami antrial fibilasi. Terjadi peningkatan keluhan nafas pendek yang progresif. Penambahan volume darah kedalam sirkulasi sistemik/ autotransfusi sewaktu his atau kontraksi uterus menyebabkan bahaya saat melahirkan. (Saifuddin, 2009:90)

2) Asma

Pengawasan hamil dan pertolongan persalinan dapat berlangsung biasa, kecuali terdapat indikasi pertolongan persalinan dengan tindakan operasi (Manuaba, 2010:336)

3) Anemia

Bahaya saat persalinan adalah gangguan his (kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio plasenta dan perdarahan postpartum karena atonia uteri, kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri (Manuaba, 2010:336)

4) Gonore

Infeksi gonore selama kehamilan telah diisolasikan dengan pelpic inflammatory disease (PID). Pada tahap lanjut, neisseria gonorrhoeae diisolasikan dengan rupture membrane yang premature, kelahiran premature.

(Saifuddin, 2011:56)

5) Diabetes mellitus

Pada persalinan yang memerlukan tenaga ibu dan kerja rahim akan memerlukan glukosa banyak, maka bisa terjadi hipoglikemia atau koma (Mochtar, 2011:83)

d) Riwayat Kesehatan Sekarang

Penyakit yang dapat mempengaruhi persalinan yaitu

1) Anemia dalam kehamilan memberi pengaruh kurang bagi ibu, baik dalam kehamilan, persalinan maupun nifas dan masa selanjutnya. Berbagai penyulit dapat timbul akibat anemia, seperti abortus, partus prematurus partus lama akibat inersia uteri, perdarahan pasca salin karena atonia uteri, syok, infeksi intrapartum maupun pasca salin, anemia yang sangat berat dengan Hb<4 g% dapat menyebabkan dekompensasi kordis.

(Wiknjosastro, 2009)

2) Bayi yang dilahirkan dari ibu penderita gonore dapat menderita konjungtivitis, gonore neonatorum atau disebut juga blenore neonatorum. (Wiknjosastro, 2009)

3) Bahaya parices dalam persalinan, baik di vulva/vagina maupun yang ditungkai ialah kemungkinan pecahnya pembuluh darah. Selain bahaya perdarahan yang mungkin berakibat fatal, dapat pula terjadi emboli udara (Wiknjosastro, 2009:407)

e) Riwayat kesehatan keluarga

Informasi tentang keluarga klien penting untuk mengidentifikasi wanita yang berisiko menderita penyakit genetik yang dapat memengaruhi hasil akhir kehamilan atau berisiko memiliki bayi yang menderita penyakit genetik. Informasi ini juga dapat mengidentifikasi latar belakang rasa atau etnik yang diperlukan untuk melakukan pendekatan berdasarkan pertimbangan budaya atau untuk mengetahui penyakit organik yang memiliki komponen herediter Kejadian kehamilan ganda dipengaruhi salah satunya oleh faktor genetik atau keturunan (Saifuddin, 2009:85).

f) Riwayat kebidanan

1) Riwayat menstruasi

(a) Menarche

adalah terjadinya haid yang pertama kali. Menarche terjadi pada usia pubertas, yaitu 12 – 16 tahun, rata-rata 12,5 tahun.

(b) Siklus haid

Siklus haid yang klasik adalah 28 hari ±2 hari, sedangkan pola haid dan lamanya perdarahan tergantung pada tipe wanita dan biasanya 3-8 hari.

(c) Hari pertama haid terakhir

HPHT dapat dijabarkan untuk memperhitungkan tanggal tafsiran persalinan. Bila siklus haid ± 28 hari, rumus yang dipakai adalah rumus neagele yaitu hari + 7, bulan -3, tahun + 1. (Marmi, 2011:123)

g) Riwayat kehamilan yang lalu

Informasi esensial tentang kehamilan terdahulu mencakup bulan dan tahun kehamilan tersebut berakhir, usia gestasi saat kehamilan berakhir ataupun komplikasi-komplikasi yang menyertai kehamilan. (Marmi, 2011:158)

h) Riwayat persalinan yang lalu

Informasi esensial tentang persalinan terdahulu mencakup tipe persalinan apakah spontan, forsep, ekstrasi vakum, atau bedah sesar, lama persalinan, penolong persalinan, aterm atau premature,

berat lahir, jenis kelamin serta komplikasi-komplikasi yang menyertai persalinan. (Marmi, 2011:158)

i) Riwayat nifas yang lalu

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38^0C. Bila terjadi peningkatan melebihi 38^0C berturut-turut selama dua hari, kemungkinan terjadi infeksi. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri disebut "nyeri ikutan" (*after pain*) terutama pada multipara (Manuaba, 2010:201)

j) Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang

Jadwal pemeriksaan hamil yaitu, kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan yaitu; satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua, dua kali pada trimester ketiga. Pelayanan asuhan kehamilan standar minimal 7T yaitu; timbang, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, pemberian imunisasi TT lengkap (5x TT yaitu TT_5), pemberian tablet zat besi minimum 90 tablet selama kehamilan, tes terhadap penyakit menular seksual, dan temu wicara dalam rangka persiapan rujukan (Saifudin, 2009:90)

k) Riwayat keluarga berencana

Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi*)* dan karena penggunaan metode lain dapat

membantu menunda kehamilan. Riwayat penggunaan IUD terdahulu meningkatkan risiko kehamilan ektopik, dan tanyakan kepada klien lamanya pemakaian alat kontrasepsi dan jenis kontrasepsi yang digunakan serta keluhan yang dirasakan (Marmi, 2011:158)

l) Pola kehidupan sehari-hari

1) Nutrisi

Status nutrisi seorang wanita memiliki efek samping langsung pada pertumbuhan dan perkembangan janin dan wanita memiliki motivasi tinggi untuk mempelajari gizi yang baik. Jumlah tambahan kalori yang dibutuhkan pada ibu hamil adalah 300kal/hari dengan komposisi menu seimbang (cukup mengandung karbohidrat, protein, lemak, mineral, air). Adanya his berpengaruh terhadap keinginan atau selera makan yang menurun. (Marmi, 2011:158)

2) Eliminasi

Kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terendah janin, sehingga diharapkan ibu dapat sesering mungkin untuk BAK. Apabila ibu belum BAB kemungkinan akan dikeluarkan saat persalinan, yang dapat mengganggu bila bersamaan dengan keluarnya kepala bayi (Marmi, 2011:159).

3) Personal hygiene

Kebersihan tubuh senantiasa dijaga kebersihannya. Baju hendaknya yang longgar dan mudah dipakai, sepatu atau alas kaki yang bertumit tinggi tidak dipakai lagi (Marmi, 2011:159).

4) Riwayat seksual

Sampai saat ini belum mmbuktikan dengan pasti bahwa coitus dan orgasme dikoordinasikan selama masa hamil untuk wanita yang sehat secara medis dan memiliki kondisi obstetrik yang prima. Akan tetapi, riwayat abortus spontan atau ancaman abortus lebih 1 kali, keguguran yang nyaris terjadi pada trimester ke dua, ketuban pecah dini, perdarahan atau sakit perut pada kehamilan trimester ke tiga merupakan peringatan untuk tidak melakukan coitus dan ogasme (Marmi, 2011:160).

5) Akivitas

Norma-norma yang mengatur aktivitas fisik sangat bervariasi. Mereka takut kehilangan fisik yang fit selama periode mereka terpaksa mengurangi kegiatan. Wanita yang biasanya tidak berolahraga harus memenuhi kegiatan fisik dan intensitasnya rendah dan meningkatkan aktivitas secara teratur. Pada kala I apabila kepala janin telah masuk sebagian ke dalam PAP serta ketuban pecah, klien dianjurkan duduk atau berjalan-jalan disekitar ruangan atau kamar bersalin. Pada kala II kepala janin sudah masuk rongga PAP klien dalam posisi miring kanan atau

kiri. Klien dapat tidur terlentang, miring kanan atau kiri tergantung pada letak punggung anak, klien sulit tidur terutama pada kala I – IV (Marmi, 2011:160).

m) Riwayat ketergantungan

1) Merokok

Kebanyakan wanita mengetahui bahwa mereka tidak boleh merokok pada masa kehamilan meskipun mereka tidak mengetahui bahaya yang sebenarnya.

2) Alkohol

Masalah signifikan yang ditimbulkan oleh anak-anak yang mengalami sindrom alkohol janin dan gangguan perkembangan saraf terkait alkohol membuat klinis wajib menanyakan asupan alkohol dan mengingatkan wanita efek potensial alkohol jangka panjang pada bayi yang dikandungnya (Marmi, 2011:160).

1) Obat terlarang

Mengidentifikasi penggunaan obat pada masa hamil sangat penting. Membantu wanita yang ingin berhenti merokok, mengidentifikasi janin dan bayi beresiko. Wanita yang menggunakan obat-obatan terlarang, akan menyebabkan keterlambatan perkembangan janin, retardasi metal atau bahkan kematian (Marmi, 2011:160).

n) Psikososial Dan Spiritual

1) Mood yang berubah sering terjadi dan dorongan energi juga dapat di alami.
2) Sebagian mungkin memandang kontraksi yang dialami sebagai kekuatan positif yang memotifasi dan memberikan kehidupan. Sebagian lain mungkin merasakan kontraksi ini sebagai rasa nyeri dan melawan kontraksi tersebut
3) Seorang ibu dapat menyambut peristiwa ini dengan perasaan senang karena sebentar lagi ia akan melihat bayinya, ibu yang lain mungkin merasa gembira karena pada akhirnya kehamilannya ini akan berakhir dan ia mengalami berbagai kesukaran.
4) Sejalan dengan kemajuan persalinan, ibu dapat merasa kurang percaya diri terhadap kemampuan kopingnya menghadapi sifat kontraksi yang sangat kuat yang mengendalikan tubuhnya. (Fraser, 2009:453).

o) Riwayat sosial dan budaya

Sosial budaya diindonesia yang mengutamakan bapak dibandingkan ibu, sebagai contoh dalam hal makanan, bapak didahulukan untuk mendapatkan makanan yang bergizi sedangkan bagian yang tertinggal diberikan kepada ibu, sehingga gizi untuk ibu selama masa hamil kurang hal tersebut berakibat pada tingginya angka anemia (Eny, 2010:55).

2. Data Obyektif

a) Pemeriksaan Umum

1. Keadaan umum

Untuk mengetahui data ini kita cukup dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan kita laporkan dengan kriteria sebagai berikut:

(a) Baik

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

(b) Lemah

Pasien dimasukan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan sendiri (Sulistyawati, 2011:174)

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan composmentis (kesadaran normal/sepenuhnya), samnolens (kesadaran menurun, psikomotor yang lambat dan mudah tertidur namun masih dapat pulih apabila dirangsang), apatis (pasien tampak segan/ acuh untuk

berhubungan dengan lingkungan), sopor comatis (keadaan seperti tertidur lelap tetapi ada respon terhadap nyeri), coma (pasien tidak dalam keadaan sadar, tidak ada respon dan tidak bisa dibangunkan) (Sulistyawati, 2011:155)

2. Tanda-tanda vital

(a) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diawal kontraksi tekanan darah kembali ketingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari. Diukur untuk mengetahui preeklamsia, yaitu bila tekanan darahnya lebih dari 140 atau 90 mmHg. (Marmi, 2011)

(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. Untuk mengetahui fungsi jantung ibu, normalnya 80 – 90 x/menit

(Marmi, 2011)

(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 1^0 C yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan. Pada kasus ketuban pecah dini, peningkatan suhu dapat mengndikasikan infeksi dan tidak dapat dianggap normal pada kondisi ini. Suhu tubuh normal 36 -37,5 ^{0}C (Marmi, 2011:130)

(d) Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan, dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi. Untuk mengetahui fungsi system pernafasan, normalnya 16-24x/menit. (Marmi, 2011:130)

3. Antopometri

(a) TB

Tubuh yang pendek dapat menjadi indikator gangguan genetik. Tinggi badan harus diukur pada saat kunjungan

awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah ≥ 145 cm (Marmi, 2011:163)

(b)BB

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian payudara, volume darah, dan cairan ektsraselular. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg. Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg (Saifuddin, 2011:532)

(c)LILA

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronis (KEK). Selain itu merupakan indikator kuat status gizi ibu yang kurang/ buruk, sehingga beresiko untuk melahirkan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR). Dengan demikian bila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan, petugas dapat memotivasi

ibu agar lebih memperhatikan kesehatannya serta jumlah dan kualitas makanannya (Romauli, 2011:173)

b) Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu. (Romauli, 2011:174)

2) Muka

Apakah ada odema atau tidak.

3) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre eklamsia (Romauli, 2011:174)

4) 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 (Varney, 2007)

5) Telinga

Bersih atau tidak adanya serumen atau tidak, bentuk telinga simetris atau tidak. (Romauli, 2011:174)

6) Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi. 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, 2012:340)

7) Dada

Wanita primigravida baru akan memproduksi kolostrum pada masa akhir kehamilan, BJ 1 BJ 2 terdengar tunggal, ada tidaknya suara tambahan wheezing dan ronkhi (Romauli, 2011:175)

8) Payudara

Adanya hiperpigmentasi aerola, putting susu bersih dan menonjol. Pada minggu ke-12 kolostrum mulai keluar dari

papilla mammae pada pasien multigravida yang telah mantap menyusui pada masa kehamilan sebelumnya. (Romauli, 2011:175). Menjelang persalinan, perlu dilakukan pemeriksaan terhadap kondisi puting ibu misalnya kolostrum kering atau berkerak, muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam megeluarkan putiang yang rata atau inversi pada wanita yang merencanakan untuk menyusui (Varney, *et al* . 2008:105).

9) Abdomen

Kandung kemih harus sering dievaluasi setiap 2 jam untuk mengetahui adanya distensi juga harus dikosongkan ntuk mencegah obstruksi persalinan akibat kandung kemih yang penuh, penekanan yang lama yang akan menyebabkan hipotonia kandung kemih dan retensi urine selama periode pascapartum awal Perlu dikaji juga jaringan parut pada abdomen untuk memastikan integritas uterus.

(Varney, 2008)

10) Genetalia

(a) Vulva dan vagina

Bersih atau tidak, odema atau tidak, ada flour albus atau tidak, ada pembesaran kelenjar skene dan kelenjar bartholini atau tidak, ada condilomatalata atau tidak, ada

condiloma acuminate atau tidak, kemerahan atau tidak (Marmi, 2011)

(b) Perineum

Ada luka bekas episiotomi atau tidak.

(c) Anus

Kemajuan kepala janin menjelang persalinan akan menyebabkan penonjolan pada rektum

(Varney, 2007)

(d) 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 (Varney, 2008:693)

b) Pemeriksaan khusus

1) Palpasi

Palpasi atau periksa raba yaitu untuk menentukan besarnya rahim, menentukan tuanya kehamilan, menentukan letak janin,

serta memastikan tidak ada tumor, kista myoma didalam rongga perut.

2) Pemeriksaan Leopold

(a) Leopold 1

Menurut Muflihah (2014: 52-53) leopold 1 untuk mengetahui bagian janin yang ada di fundus dan mengukur tinggi fundus uteri (TFU).

Menurut Marmi (2011:167) langkah-langkah pemeriksaan Leopold 1 yaitu:

(1) Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha
(2) Pemeriksa berdiri di sebelah kanan penderita dan melihat kearah muka penderita
(3) Rahim dibawa ketengah
(4) Tinggi fundus uteri ditentukan

Tentukan bagian apa dari bayi yang terdapat pada fundus. Ciri-ciri kepala ialah keras, bundar dan melenting. Ciri-ciri bokong ialah lunak, kurang bundar, dan kurang melenting. Pada letak lintang fundus uteri kosong. Pemeriksaan tuanya kehamilan dari tingginya fundus uteri. Menurut Manuaba (2012:118), variasi knebel digunakan untuk menentukan

letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan yang lain di atas simfisis.

(b) Leopold II

Tujuan pemeriksaan Leopold II untuk menentukan bagian janin yang ada di samping kanan dan kiri perut ibu. Menurut Marmi (2011:167-168), langkah-langkah dalam pemeriksaan Leopold II adalah:

(1) Kedua tangan pindah kesamping

(2) Tentukan dimana punggung anak. Punggung anak dapat di raba dengan ciri-ciri seperti keras, dan lebar seperti papan, carilah bagian terkecil yang biasanya terletak bertentangan atau berlawanan. Terkadang di saping teraba kepala atau bokong ialah letak lintang

Variasi Budin: menetukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus, tangan yang lain meraba punggung janin. (Manuaba, 2012)

Variasi alfeld: menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di tengah perut. (Manuaba, 2012)

(c) Leopold III

Menurut Marmi (2011:168) tujuan pemeriksaan pada Leopold III adalah untuk menentukan presentasi janin dan aoakah sudah masuk pintu atas panggul atau belum. Langkah-langkah pemeriksaan Leopold III yaitu:

(1) Dipergunakan satu tangan saja
(2) Bagian terbawah ditentukan antara ibu jari dari jari lainnya
(3) Cobalah apakah bagian bawah masih dapat digoyangkan atau tidak

Leopold III untuk menetukan apa yang terdapat dibagian bawah dan apakah bagian terbawah janin ini sudah atau belum masuk ke dalam pintu atas panggul (PAP).

(d)Leopold IV

Tujuan pemeriksaan Leopold IV untuk menentukan bagian terbawah janin dan seberapa jauh janin sudah masuk PAP. Bila bagian terendah janin masuk PAP telah melampaui lingkaran terbesarnya maka tangan pemeriksa devergen, sedangkan bila belum masuk PAP maka tangan pemeriksa konvergen (Manuaba, 2010: 119). Menurut marmi (2011:168) langkah-langkah dalam pemeriksaan Leopold IV yaitu:

(1) Pemeriksa mengubah posisinya menjadi kea rah kaki penderita

(2) Dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi bagian terbawah

(3) Ditentukan apakah bagian terbawah sudah masuk PAP atau belum dan seberapa masuknya bagian terbawah ke dalam rongga panggul

(4) Jika kita rapatkan kedua tangan pada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar

(5) Jika kedua tangan kita konvergen, maka hanya bagian kecil dari kepala turun ke dalam rongga

(6) Jika kedua tangan sejajar, maka separuh dari kepala turun ke dalam rongga panggul

(7) Jika kedua tangan divergen, maka bagian terbesar dari kepala masuk kedalam rongga panggul dan ukuran terbesar dari kepala sudah melewati pintu atas panggul

3) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Menurut (Mochtar, Rustam, 2011:41) usia kehamilan berdasarkan cm menurut minggu adalah sebagai berikut :

Tabel 2.9
Usia kehamilan dalam minggu dan TFU dalam cm

Usia kehamilan (minggu)	Tinggi fundus uteri (cm)
22-28	24-25 cm di atas simfisis
28	26,7 cm di atas simfisis
30	29,5-30 cm di atas simfisis
32	29,5-30 cm di atas simfisis
34	31 cm di atas simfisis
36	32 cm di atas simfisis
38	33 cm di atas simfisis
40	37,7 cm di atas simfisis

Sumber :Mochtar, Rustam, 2011

4. Cara mentukan 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 dalam cm - n) x 155 = ... gram

   Keterangan :

   n : posisi kepala masih di atas spina ischiadika atau bawah. bila di atas (-12) dan bila di bawah (-11).

5. Penurunan bagian terbawah janin

   Berikut ini metode lima jari (perlimaan) menurut

   (Marmi, 2011:149) dapat dilihat dalam table 2.13

Tabel 2.10

Penurunan Kepala Janin Menurut Sistem Perlimaan

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

Sumber :Marmi, 2011

6. Auskultasi

Jumlah denyut jantung janin normal antara 120 sampai 160 denyut permenit. Bila bunyi jantung kurang dari 120 per menit atau lebih dari 160 per menit atau tidak teratur, maka janin

dalam keadaan asfiksia (kekurangan oksigen) (Marmi, 2011:188). Selama kala satu persalinan denyut jantung janin (DJJ) harus dievaluasi segera setelah sebuah kontraksi paling tidak setiap 30 menit dan setiap 15 menit selama kala dua untuk wanita dengan kehamilan risiko evaluasi auskultasi dilakukan paling tidak 15 menit selama kala satu dan 5 menit selama kala dua. Cara menghitung bunyi jantung ialah dengan mendengarkan 3 kali 5 detik. Kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan empat, misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga, dan 5 detik kelima dalam satu menit adalah :

(a) (11-12-11) kesimpulannya teratur, frekuensi 136 permenit, DJJ normal.

(b) (10-14-9) kesimpulannya tak teratur, frekuensi 132 permenit, janin dalam keadaan asfiksia.

(c) (8-7-8) kesimpulannya teratur, frekuensi 92 permenit, janin dalam keadaan asfiksia.

Jadi, kesimpulannya interval DJJ antara 5 detik pertama, ketiga, dan kelima dalam 1 menit tidak boleh lebih dari 2.

7. His

His kala II, His semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik (Manuaba, 2010:173). Adanya his dalam persalinan dapat dibedakan sebagai berikut:

(a) Kala I

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus mulai kuat, dan teratur (frekuensi dan kekuatannya) dan pembukaan serviks hingga mencapai pembuka lengkap (10 cm) (Marmi, 2011 : 65). Kala satu persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif (Wiknjosastro, 2008)

(b) Kala II

Pada kala II his menjadi lebih kuat dan lebih cepat, kira-kira 2 sampai 3 menit sekali. Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut dengan kala pengeluaran bayi

(Wiknjosastro, 2008:184).

(c) Kala III

Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontaksi lagi untuk melepaskan plasenta dari

dindingnya. Kala III merupakan kala pengeluaran uri atau pengeluaran plasenta. (Marmi, 2011)

(d) Kala IV

Persalinan kala empat dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu (Marmi, 2011)

Kontraksi lemah, masih sedikit nyeri (merain), pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari (Mochtar, 2011:65)

8. Pemeriksan Dalam

Pemeriksaan dalam atau *vaginal toucher* (VT) sebaiknya dilakukan setiap 4 jam selama kala I persalinan dan setelah selaput ketuban pecah, catat pada jam berapa diperiksa, oleh siapa sudah pembukaan beberapa, dengan VT dan diketahui juga efecement, konistensi, keadaan ketuban, presentasi, denominator dan hodge.

Menurut Manuaba (2010:156), bidang hodge I yaitu bidang yang sama dengan pintu atas panggul, Hodge II yaitu bidang sejajar dengan Hodge I setinggi tepi bawah simfisis, Hodge III bidang sejajar dengan Hodge I setinggi spina iskiadika, Hodge IV yaitu bidang sejajar dengan Hodge I setinggi ujung tulang kelangkang (Os sacrum).

Pemeriksaan dalam dilakukan atas indikasi:

(a) Ketuban pecah sedangkan bagian depan masih tinggi

(b) Apabila kita mengharapkan pembukaan lengkap

(c) Untuk menyelesaikan persalinan

(Marmi, 2012)

9. Pemeriksaan Panggul

Dalam 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 kesempitan panggul

(b) Normal linea inominata teraba dalam pemeriksaan dalam, bila teraba sebagian atau keseluruhan berarti ada kesempitan panggul

(c) Spina ischiadika normal, tidak menonjol ke dalam. Bila menonjol berarti ada kesempitan panggul

(d) Sudut arcus pubis > 90°, bila kurang berarti ada kesempitan panggul

(e) Keadaan dasar panggul apakah kaku, tebal atau elastis.

Bidan mulai memeriksa panggul wanita pada saat kunjungan antepartum pertama dan diulang kembali pada saat masuk waktu persalinan.pelvimetri klinis harus dilakukan dalam persalinan untuk mendeteksi kontraksi pelvis yang

sesungguhnya, terkait dengan ukuran bayi dan untuk mengantisipasi terjadinya penundaan, penurunan dan rotasi (Varney, *et al.* 2007:797).

c) Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan darah

(a) Haemoglobi*n* (Hb)

Pemeriksaan dan pangawasan Hb dapat dilakukan dengan menggunakan alt sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan sahli dapat digolongkan sebagai berikut:

Hb 11 g% : tidak anemia

Hb 9-10 g% : anemia ringan

Hb 7-8 g% : anemia sedang

Hb <7 g% : anemia berat

Pemeriksaan darah dilakukan minimal dua kali selama kehamilan, yaitu pada trimester I dan trimester III (Manuaba, 2010:239)

(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 penatalaksanaan pengobatan oleh spesialis Rhesus. (Fraser, 2009)

2) Urine

Menurut Fraser dan Cooper (2009:255) 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)

Dibandingkan dengan pemeriksaan rontgen, USG tidak berbahaya untuk janin karena memakai prinsip sonar (bunyi).

Jadi, boleh dipergunakan pada kehamilan muda. Pada layar, dapat dilihat letak, gerakan, dan gerakan jantung janin (Mochtar, 2011:45)

4) Non Stress Test (NST)

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai hubungan gambaran DJJ dan aktivitas janin. Cara pemeriksaan ini dikenal dengan nama *aktomardiografi,* atau *fetal activity acceleraction determination (FAD;FAAD).* Penilaian dilakukan terhadap frekuensi dasar DJJ, variabilitas dan timbulnya akselerasi yang menyertai gerakan janin. (Marmi, 2011:190)

B. Diagnosa Kebidanan

$G_{\geq 1}P_{0/>}$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 :

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 persalina
3. Kala II dengan kemungkinan masalah:
   a) Kekurangan cairan (Wiknjosastro, 2008:116)
   b) Keletihan (Varney, 2007:537)

c) Infeksi (Saifuddin, 2010:337)

d) Kram Tungkai (Varney, 2007:722)

e) Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kepmenkes No.938/Menkes/SK/8/2007 tentang standar asuhan kebidanan).

f) $P_{\geq 1}$ Kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah terdiri dari yaitu:

1) Retensio plasenta

2) Avulse tali pusat

g) $P_{\geq 1}$ Kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi :

(1) Atonia uteri

(2) Robekan vagina, perineum atau servik. (Sulistyawati, 2011:238)

C. Intervensi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan. Dengan kriteria :

1. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi.

2. klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif.

3. Melibatkan klien/pasien adan atau keluarga
4. Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga
5. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *avidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien
6. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumberdaya serta fasilitas yang ada.

Diagnosa: $G_{\geq 1}P_{0/>}$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 : a) KU baik, kesadaran komposmentis

b) TTV dalam batas normal

T: 100/60 – 130/90 mmHg

S: 36 – 37°C

N: 80–100x/menit

R: 16 – 24x/menit

c) His minimal 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik.

d) Kala I pada primigravida <13 jam sedangkan multi gravida <7 jam.

e) Kala II pada primigravida <2 jam sedangkan pada multigravida <1 jam

f) Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif.

g) Kala III pada primigravida <30 menit sedangkan multigravida <15 menit

h) Plasenta lahir spontan, lengkap.

i) Perdarahan <500 cc

Intervensi (Wiknjosastro, 2008):

1) Kala I

(a) Perhatikan psikososial ibu dan beri dukungan mental pada ibu dengan menghadirkan keluarga.

(b) Anjurkan agar ibu selalu didampingi oleh keluarganya selama proses persalinan dan kelahiran bayinya. Dukungan suami, keluarga, dan kerabat yang disukai ibu sangat diperlukan dalam menjalai 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

perrasaan tegang, membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi.

R/Ibu yakin dan tabam h dalam menjalani proses persalinan nanti.

(c) 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.

(d) Bantu ibu memilih posisi yang nyaman dengan tidur miring kiri.Ibu dapat istirahat/tidur dengan posisi apapun kecuali pada poisi berbaring telentang. Hal ini dikarenakan jika ibu berbaring telentang maka berat uterus dan isinya menekan vena cafa inferior ibu. Ini akan mengurangi pasokan oksigen melalui sirkulasi utero plasenter sehingga akan menyebabkan hipoksia pada bayi. Berbaring telentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif. Ibu dianjurkan untuk berbaring miring ke kiri untuk mempercepat peurunan kepala janin.

R/Mempercepat penurunan kepala janin.

(e) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan jika ketuban belum pecah dan pembukaan belum lengkap.

(1) Bila his jarang, bagian terendah belum masuk pintu atas panggul dan ketuban ⊕ maka pasien diperbolehkan jalan agar his bertambah kuat dan sering.

(2) Bila his jarang, kepala belum masuk pintu atas panggul dan ketuban Θ ibu tidak boleh jalan, dianjurkan tidur miring kiri untuk menghindari kelainan letak.

(3) Bila his kuat, kepala masuk pintu atas panggul, ketuban ⊕ pasien tidak boleh jalan karena dengan jalan his akan bertambah kuat dan lebih cepat mendorong anak, sehinggga persalinan akan terjadi terlalu cepat.

(4) Bila his kuat, presentasi sudah masuk lebih dalam, ketuban Θ atau ⊕, penderita tidak boleh jalan dan harus tidur miring kiri agar tidak terjadi persalinan yang terlalu cepat.

R/Mempercepat penurunan kepala janin.

(f) Observasi TTV

(1) DJJ setiap ½ jam

j) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap ½ jam

k) Nadi setiap ½ jam

l) Pembukaan serviks tiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika terdapat indikasi

m) Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika ada indikasi

n) Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam

o) Produksi urin, asetan dan protein tiap 2-4 jam

(9) 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/ kandung kemih yang penuh dapat menghalangi penurunan kepala janin sehingga menyebabkan nyeri waktu his.

(g) Tunggu pembukaan lengkap.

2) Memakai APD (alat pelindung diri) level 2 guna mencegah penyebaran COVID-19.

3) Jika telah memasuki kala II segera pimpin persalinan secara sesuai standar asuhan kebidanan persalinan normal menurut (JNPK-KR,2008):

(1) Mengenali tanda gejala dan gejala kala II

R/ Dengan melihat tanda dan gejala kala II yang benar dapat menentukan tindakan selanjutnya dengan tepat.

Mendengar dan melihat tanda persalinan kala II

(a) Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran

(b) Ibu merasa adanya tekanan pada anus

(c) Perineum menonjol

(d) Vulva dan sfingter ani membuka

(2) Menyiapkan pertolongan persalinan

R/ Persiapan alat, fisik dan mental akan membantu koefisien kerja, waktu, dan meminimalisir human eror, sehingga memperlancar proses pertolongan persalinan.

(3) Pastikan peralatan lengkap, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk persiapan jika bayi mengalami asfiksia, siapkan tempat datar dan keras, 2 kain, handuk bersiah dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.

(a) Menggelar kain diatas perut pasien dan tempat resusitasi serta ganjal bahu bayi.

(4) Pakai celemek plastik

R/ Memakai sarung tangan, mengenakan perlebgkaoan pelindung pribadi (kacamata, masker, celemek, dll) dapat melindungi penolong terhadap percikan darah.

(5) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir dan kemudian keringkan dengan handuk pribadi yang bersih dan kering

R/ Cuci tangan merupakan uapaya yang paliang pen ting untuk mencegah kontaminasi silang

(6) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam

R/ Melindungi petugas dari percikan darah yang dapat mengkontaminasi dan menyebarkan penyakit.

(7) Masukkan oksitosin ke dalam tabung spuit (gunakan tangan yang menggunakan sarung tangan DTT dan steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik)

R/ Memudahkan saat menolong persalinan

(8) Berihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang dibasahi dengan air DTT

R/Upaya pencegahan infeksi

(9) Memastikan pembukaan lengkap, keadaan janin baik.

R/Pemeriksaan dalam digunakan untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan menentukan tindakan selanjutnya

(10) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupakan 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 tangan keringkan dengan handuk.

R/ Upaya pencegahan infeksi

(11) Periksa DJJ setelah kontraksi/saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas norma

R/ Memantau keadaan janin

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

R/Posisi duduk atau setengah duduk dapat memberikan rasa nyaman bagi ibu dan memberikan kemudahan baginya untuk beristirahat diantara kontraksi.

(13) Meminta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa meneran dan terjadi kontraksi yang

kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diingimkan dan pastikan ibu merasa nyaman).

R/Hasil persalinan yang baik ternyata erat hubungannya dengan dukungan dari keluarga yang mendampingi ibu selama proses persalinan.

(14) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.

R/ Meneran secara berlebihan menyebabkan ibu sulit untuk bernapas sehingga terjadi kelelahan yang tidak perlu dan meningkatkan resiko asfiksia pada bayi sebagai akibat turunnya pasokan oksigen melalui plasenta.

(15) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.

R/ Ibu dapat mengubah-ubah posisi secara teratur selama kala dua karena hal ini dapat membantu kemajuan persalinan, mencari posisi meneran yang paling efektif dan menjaga sirkulasi utero-plasenter tetap baik.

(16) Persiapakan pertolongan kelahiran bayi

R/ Ketidakmampuan untuk menyediakan semua perlengkapan, bahn dan obat esensial pada saat diperlukan akan meningkatkan

risiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi baru lahir sehingga keadaan ini dapat membahayakan keselamatan jiwa mereka.

(17) Letakkan kain bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva diameter 5-6 cm,

R/ Untuk mengeringkan bayi saat lahir.

(18) Letakkan kain bersih yang dilipat di 1/3 bawah bokong ibu.

R/ Kain bersih yang dilipat di bawah bokong ibu untuk mengusap bayi setelah lahirnya kepala..

(19) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali perlengkapan alat dan bahan.

R/Untuk memastikan kelengkapan alat sehingga memudahkan penolong dalam membatu proses persalinan

(20) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

R/ Upaya pencegahan infeksi.

(21) Persiapakn pertolongan persalinan

R/ salah satu persiapan penting bagi penolong adalah memastikan penerapan prinsip dan praktik pencegahn infeksi yang dianjurkan memakai APD.

(22) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang

dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal.

R/ Mencegah rupture perineum

(23) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika haln itu terjadi, dan segera proses kelahiran bayi.

(a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.

(a) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara dua klem tersebut.

R/ Tali pusat terkemuka (diketahui saat ketuban masih utuh) dan tali pusat menumbung (ketuban sudah pecah sama bahayanya dan mengancam kehidupan janin). Keadaan ini memerlukan penanganan segera.

(24) Tunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar, pegang secara spontan.

R/Tidak adanya putaran paksi luar dapat mengindikasikan adanya distosia bahu.

Lahirnya bahu:

(25) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan ke bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arcus pubis dan gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

R/Tarikan yang berlebihan pada kepala dapat mengakibatkan trauma pada pleksus brakhialis.

Lahirnya badan dan tungkai:

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

R/Tangan bawah (posterior) digunakan untuk menyangga/ menopang samping lateral tubuh bayi saat lahir. Tangan atas (anterior) untuk menelusuri dan memegang bahu, siku, dan lengan bagian anterior.

(27) Setelah tubuh dan lengan lahir, telusuri lenga atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk daintara mata kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari lainnya)

R/ Tindakan memungkinkan menahan bayi sehingga anda dapat menahan bayi dapat mengontrol kelahiran badan bayi yang tersisa dan memempatkan bayi man dalam rengkuhan tangan.

(28) Lakukan penilaian (selintas).

(a) Apakah bayi menagis kuat dan atu bernapas tanpa kesulitan?

(b) Apakah bayi bergerak dengan aktif?

R/ Jika bayi tidak menangis, tidak bernapas atu mega-megap, lakukan langkah resutitasi (lanjut ke langkah resusitasi pada asfiksia bayi baru lahir).

(29) Keringkan tubuh bayi.

Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan tubuh bagian lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Biarkan bayi diatas perut ibu.

R/ Menghindari terjadinya hipotermi pada bayi.

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

R/Memastikan tidak ada janin yang kedua (kehamilan gemelli).

(31) Beri tahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.

R/ Wujud asuhan sayang ibu.

(32) Dalam waktiu 1 menit setelah bayi baru lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (intramuskular) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).

R/Oksitosin merangsang fundus uteri untuk berkontraksi dengan kuat dan efektif sehingga dapat membantu pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah. Aspirasi sebelum penyuntikan akan mencegah penyuntikan oksitosin ke pembuluh darah.

(33) 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.

(a) Pemotongan dan pengikatan tali pusat.

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

(c) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkar kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.

(a) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.

R/Penjepitan tali pusat sedini mungkin akan mempercepat proses perubahan sirkulasi darah pada bayi baru lahir.

(34) Pemotongan dan pengikatan tali pusat.

R/Memberikan cukup waktu bagi tali pusat mengalirkan darah kaya zat besi bagi bayi

(35) Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting ibu.

(a) Selimuti ibu-bayi dengan kain kering dan hangat pasang topi dikepala bayi.

(b) Biarkan bayi melakukan kontak kulit kekulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.

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

(b) Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.

R/Wujud asuhan sayang ibu dan upaya untuk meningkatkan bonding attachment antara bayi dan ibu.

(36) Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.

R/ Bagian kepala memiliki luas permukaan yang sangat luas sehingga bayi akan cepat kehilangan panas jika bagian tersebut tidak tertutup.

Kala III

(37) Pindahkan klem pada tali pusat berjarak 5-10 cm dari vulva

R/Memegang tali pusat lebih dekat ke vulva akan mencegah avulsi.

(38) Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis untuk mendeteksi tanga lain menegangkan talipusat.

R/Tindakan ini untuk mendeteksi adanya tanda pelepasan uterus

(39) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorso kranial) . Jika plasenta tidak segera lahir dalam 30 detik , hentikan penegangan tali pusat dan tunggu timbul kontraksi dan ulangi prosedur diatas

R/ Melahirkan plasenta dengan teknik dorso kranial dapat mencegah terjadinya inversion uteri.

(40) Lakukan penegangan tali pusat minta ibu meneran sambil penolong menegangkan tali pusat sejajar dengan lantai dan kemudian keatas .

R/Segera melepaskan plasenta yang telah terpisah dari dinding uterus akan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu.

(41) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar hingga selaput ketuban terpilin kemudian dilahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang disiapkan. Lakukan eksplorasi untuk mendeteksi kemungkinan sisa selaput atau plasenta yang tertinggal.

R/ Melahirkan plasenta dan selaputnya dengan hati hati akan membantu mencegah tertinggalnya sisa plasenta.

(42) Segera setelah plasenta lahir lakukan masase uterus selama 15 detik

R/Tindakan masase uterus dilakukan agar fundus berkontraksi . jika tidak berkontraksi lakukakan penatalaksanaan atonia uteri.

(43) Periksa kedua sisi plasenta, pastikan selaput ketuban utuh dan lengkap

R/Tindakan untuk mendeteksi keutuhan plasenta jika plsenta tidak utuh dikhawatirkan ada sisa plsenta yang masih di dalam uterus.

(44) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum Lakukan penjahitan bila ada laserasi.

R/ Untuk mendeteksi ada tidaknya laserasi .

Kala IV

(45) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam

R/Jika kontraksi uterus tidak berkontraksi dengan segera setelah lahir. Lakukan rujukan.

(46) Biarkan bayi melakukan kontak kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam atau lakukan inisiasi menyusu dini (IMD)

R/ Merangsang produksi oksitosin dan prolaktin pada ibu.

(47) Lakukan pemeriksaan fisik bayi.

R/Pemeriksaan dilakukan untuk mendekteksi adanya kelainan atau tanda bahaya pada bayi baru lahir.

(48) Setelah 1 jam , lakukan penimbangan pengukuran pada bayi serta suntik vit K dan 1 jam berikutnya beri immunisasi Hepatitis B di paha aterolateral.

R/ Vit K untuk mencegahan terjadinya perdarahan BBL dan HB 0 untuk mencegah penyakit Hepatitis B

(49) Lakukan pemanatauan kontraksi .

R/ 1 jam pertama setiap 15 menit 1 jam kedua setiap 30 menit.

(50) Ajarkan ibu dan keluarga cara masase uterus.

R/Tindakan ini agar ibu dan keluarga tau cara masase uterus

(51) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah

R/Memperkirakan kehilangan darah hanyalah salah satu cara untuk menilai kondisi ibu

(52) Memeriksa keadaan ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama post partum dan setiap 30 menit 1 jam kedua.

R/ Monitor tekanan darah dan nadi penting salam kala IV untuk mendeteksi adanya syok diakibatkan oleh adanya kehilangan darah.

(53) Periksa kembali bayi untuk memastikan bayi bernapas dengan baik (40-60xmenit) serta suhu tubuh normal .

R/Mekanisme pengaturan temperatur tubuh pada BBL belum berfungsi dengan sempurna.oleh karena itu jika tidak dilakukan uapaya pencegahan kehilangan panas bayi akan hipotermia.

(54) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% rendalm dalam 10 menit lalu cuci bilas .

R/ Upaya pencegahan infeksi

(55) Buang bahan bahan bekas pakai di tempat samapah yang sesuai.

R/Upaya pencegahn infeksi jika tidak dikelola dengan benar akan menimbulkan infeksi bagi seseorang

(56) Bersihkan ibu dengan air DTT.

R/ Kebersihan dan kondisi kering meningkatkan kenyaman dan mencegah resiko infeksi.

(57) Pastikan ibu merasa nyaman . Beritahu ibu memberi ASI. Anjurkan ibu makan dan minum.

R/ Pemberian ASI secara dini dapat merangsang produksi hormone prolaktin.

(58) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%

R/ salah satu upaya pencegahan infeksi

(59) Celupakan sarung tangan secara terbalik di larutan klorin 0,5% selam 10 menit.dan Cuci kedua dengan sabun dan air mengalir keringkan dengan handuk

R/ upaya pencegahan infeksi

(60) Lengkapi Partograf

R/ partograf adalah untuk memanatau kemajuan kala persalinan.

Masalah

1) Kala I :

(a) Cemas menghadapi proses persalinan.

Tujuan :Mengurangi rasa takut dan cemas selama proses persalinan

Kriteria : Ibu tampak tenang

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:135) :

(1) Jelaskan fisiologi persalinan pada ibu

R/Proses persalinan merupakan proses yang panjang sehingga diperlukan pendekatan

(2) Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada ibu.

R/Seorang ibu bersalin memerlukan penjelasan menganai kondisi dirinya.

(3) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang diberlakukan.

R/Ibu paham untuk dilakukannya prosedur yang dibutuhkan dan memahami batasan tertentu yang diberlakukan.

(b) Ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan

Tujuan: Ibu merasa nyaman terhadap prosespersalinan

Kriteria: (a) nyeri punggung berkurang

(b) Ibu tidak merasa cemas

(c) Ibu merasa tenang.

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:136) :

(1) Hadirkan orang terdekat ibu

R/Kehadiran orang terdekat mampu memberikan kenyamanan psikologis dan mental ibu yang menghadapi proses persalinan.

(2) Berikan sentuhan fisik misalnya pada tungkai, kepala, dan lengan.

R/Sentuhan fisik yang diberikan kepada ibu bersalian dapat menentramkan dan menenangkan ibu.

(3) Berikan usapan punggung.

R/Usapan punggung meningkatkan relaksasi.

(4) Pengipasan atau penggunaan handuk sebagai kipás.

R/Ibu bersalin menghasilkan banyak panas sehingga mengeluh kepanasan dan berkeringat.

(5) Pemberian kompres panas pada punggung.

R/Kompres panas akan meningkatkan sirkulasi di punggung sehingga memperbaiki anoreksia jaringan yang disebabkan oleh tekanan.

2) Kala II :

(a) Kekurangan cairan (Wiknjosastro, 2008:136)

Tujuan : Tidak terjadi dehidrasi

Kriteria : (a) Nadi 76-100 x/menit

(b) Urin jernih, produksi urine 30cc/jam.

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:136) :

(1) Anjurkan ibu untuk minum.

R/ Ibu yang menghadapi persalinan akan menghasilkan panas sehingga memerlukan kecukupan minum.

(2) Jika dalam 1 jam dehidrasi tidak teratasi, pasang infus menggunakan jarum dengan diameter 16/18G dan berikan RL atau NS 125cc/jam.

R/Pemberian cairan intravena akan lebih cepat diserap oleh tubuh.

(3) Segera rujuk ke fasilitas ynag memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir.

R/Rujukan dini pada ibu dengan kekurangan cairan dapat meminimalkan risiko terjadinya dehidrasi.

(b) Infeksi (Saifudin, 2010:68)

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 menurut Wiknjosastro (2008:137) :

(1) Baringkan miring ke kiri

R/Tidur miring mempercepat penurunan kepala janin sehingga mempersingkat waktu persalinan.

(2) 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.

(3) Berikan ampisilin 2 gram atau amoxicillin 2 gram/oral

R/Antibiotik mengandung senyawa aktif yang mampu membunuh bakteri dengan mengganngu síntesis protein pada bakteri penyebab penyakit.

(4) Segera rujuk ke fasilitas kesehatan ynag memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetri.

R/Infeksi yang tidak segera tertangani dapat berkembang ke arah syok yang menyebabkan terjadinya kegawatdaruratan ibu dan janin.

(c) Kram Tungkai (Varney,et al.2009:345)

Tujuan : Tidak terjadi kram tungkai

Kriteria : Sirkulasi darah lancar

Intervensi:

(1) Luruskan tungkai ibu inpartu

R/Meluruskan tungkai dapat melancarkan peredaran darah ke ekstremitas bawah.

(2) Atur posisi dorsofleksi

R/Relaksasi ynag dilakukan secara bergantian dengan dorsofleksi kaki dapat mempercepat peredaan nyeri.

(3) Jangan lakukan pemijatan pada tungkai

R/Tungkai wanita tidak boleh dipijat karena ada risiko trombi tanpa sengaja terlepas.

3) Kala III :

(a) Retensio plasenta (Wiknjosastro, 2008)

Tujuan: Plasenta dapat dikeluarkan secara lengkap

Kriteria: Tidak ada sisa placenta yang tertinggal

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:138) :

(1) 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.

(2) Coba lakukan plasenta manual dan lakukan penanganan lanjut.

(a) 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.

(b) Terjadi avulsi tali pusat

Tujuan : Avulsi tidak terjadi, plasenta lahir lengkap

Kriteria : Tali pusat utuh

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:119) :

(1) Palpasi uterus untuk melihat kontraksi, minta ibu meneran pada setiap kontraksi.

(2) Saat plasenta terlepas, lakukan pemeriksaan dalam hati-hati. Jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso-kranial pada uterus.

(3) Setelah plasenta terlepas, lakukan masase uterus dan periksa plasenta. Jika plasenta belum lahir dalam 30 menit, tanganisebagai retensio plasenta

4) Kala IV :

(a) Terjadinya atonia uteri (Wiknjosastro, 2008:120).

Tujuan : Atonia uteri dapat teratasi

Kriteria : (a) Kontraksi uterus baik, keras dan bundar

(b) Perdarahan <500cc

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008) :

(1) Segera lakukan Kompresi Bimanual Internal (KBI) selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang.

(2) 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.

(3) Jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar ulangi KBI.

(4) Jika uterus tidak berkontraksi selama 1-2 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan tindakan opersai dan transfusi darah.

(5) Dampingi ibu selama merujuk, lanjutkan tindakan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba ditempat rujukan.

(b) 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 :

(1) Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi yang timbul.

(2) Jika terjadi laserasi derajat satu dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat dua lakukan penjahitan.

(3) Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks:

(a) Pasang infus dengan menggunakan jarum besar (ukuran 16 dan 18) dan berikan RL atau NS.

(b) Pasang tampon untuk mengurangi darah yang keluar

(c) Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawatdarurat obstetri.

(d) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

D. Implementasi

Menurut Kemenkes Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi danr rujukan

E. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melakkan evaluasi segera secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefetifitasan dari asuhan uang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria sebagai berikut :

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai dengan kondisi lain
2. Hasil evaluasi segera dicacat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
4. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien

F. Dokumentasi

Kemenkes RI Nomor 939/Menkes/SK/VIII/2007 pencacatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP sebagai berikut :

S : Adalah data subyektif, mencatat hasil pemeriksaan

O : Adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnose 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, dan rujukan. Langkah implementasi, evaluasi dan dokumentasi diatas berlaku untuk semua asuhan.

G. Pelayanan Kebidanan Di Masa Pandemi

a. Rujukan terencana untuk ibu hamil berisiko.

b. Ibu tetap bersalin di fasilitas pelayanan kesehatan.

c. Segera ke fasilitas kesehatan jika sudah ada tanda-tanda persalinan.

d. Ibu dengan kasus COVID-19 akan ditatalaksana sesuai tatalaksana persalinan yang dikeluarkan oleh PP POGI.

e. Pelayanan KB Pasca Persalinan tetap berjalan sesuai prosedur yang telah ditetapkan sebelumnya. (IBI, 2020)

2.1.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas

A. Pengkajian data

1. Data Subyektif

Berupa data fokus yang dibutuhkan untuk menilai keadaan ibu sesuai dengan kondisinya. Jenis data yang dikumpulkan adalah :

a) Identitas

1) Nama

Nama jelas dan lengkap. bila perlu nama pangilan sehari-hari agar idak keliru dalam memberikan penanganan (Ambarwati, 2010)

2) Umur

Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti usia kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psiskisnya belum siap. Sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentan sekali untuk terjadi pendarahan dalam masa nifas. (Ambarwati, 2010)

3) Agama

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

4) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya. (Ambarwati, 2010)

5) Suku/bangsa

pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari. (Ambarwati, 2010)

6) Pekerjaan

Gunanya untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial dan ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien. (Ambarwati, 2010)

7) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan

b) Keluhan utama

Menurut (Varney, et al.2008), keluhan yang scring dialami ibu masa nifas antara lain sebagai berikut :

1) Afierpain

Nyeri setelah kelahiran disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri yang

lebih berat pada paritas tinggi adalah disebabkan karena terjadi penurunan tonus otot uterus, menyebabkan relaksasi intermitten (sebentar-sebentar) berbeda pada wanita primipara tonus otot uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi

2. Keringat berlebih

Wanita pascapartum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan nomal cairan intraseluler selama kehamilan.

3. Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi, dan stasis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sckitar hari ke- 3 pascapartum baik pada ibi menyusui maupun tidak menyusui, dan bcrakhir sekitar 24 hingga 48 jam. Nyeri tekan payudara dapat menjadi nyeri hebat terutama jika bayi mengalami kesulitan dalam menyusu Peningkatan metabolisme akibat produksi air susu dapat menyebabkan peningkatan suhu tubuh ringan.

4. Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau cpisiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut.

5. Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum derajat tiga (atau empat)

6. Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari, jika terjadi selama kehamilan, hemoroid menjadi taraumatis dan menjadi edema selama wanita mendorong bayi pada kala Il persalinan karena tekanan bayi dan distensi saat melahirkan

c) Riwayat kesehatan

a. Anemia pada kehamilan yang tidak tertangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan terjadi sub involusi uteri, menimbulkan perdarahan post partum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekompensasi kordis mendadak setelah persalinan, anemia kala nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba, 2010:240)

b. Penyakit TBC

Ibu dengan tuberculosis aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Manuaba, 2010:336)

c. Sifilis

Dapat menyebabkan infeksi pada bayi dalam bentuk Lues Kongenital (Pemfigus Sifilitus, Deskuamasi kulit telapak tangan dan kaki, terdapat kelainan pada mulut dan gigi) .(Manuaba, 2010:336)

d. Penyakit asma

Pada persalinan kala II, diafragma dan paru-paru dapat membantu mempercepat persalinan dengan mengejan dan menahan nafas. Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O2 dan CO2 (Manuaba, 2010:338)

e. Pengaruh penyakit jantung dalam masa pasca persalinan/nifas menurut Manuaba (2012:235) :

(a) Setelah bayi lahir penderita dapat tiba-tiba jatuh kolaps, yang disebabkan darah tiba-tiba membanjiri tubuh ibu sehingga kerja jantung sangat bertambah, perdarahan merupakan komplikasi yang cukup berbahaya.

(b) Saat laktasi kekuatan jantung diperlukan untuk membentuk ASI

(a) Mudah terjadi infeksi postpartum, yang memerlukan kerja tambahan jantung

(b) Pernah mengalami episode hipertensi pada kehamilan dapat terus mengalaminya hingga pascapartum (Fraser, et al.2009)

d) Riwayat kebidanan

1) Riwayat haid

Dengan membcrikan ASI kembalinya meastruasi data haid sulit diperhitungkan dan bersifat individu. Sebagian besar menstruasi kembali setelah 4 sampai 6 bulan. Dalam waktu 3 bulan belum menstruasi, dapat menjamin bertindak sebagai kontrasepsi. Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum mendapatkan lagi haidnya selama meneteki (Saifudin, 2014)

2) Riwayat nifas yang lalu

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan post partum dan infeksi nifas. Ibu menyusui sampai usia anak 2 tahun. Terdapat pengeluaran lochearubra sampai hari ketiga berwama merah. Lochea serosa hari keempat sampai kesembilan warna kecoklatan. Lochea alba hari kesepuluh

sampai kelimabelas warna putih dan kekeringan. Ibu dengan riwayat pengeluaran lochea purulenta. lochea stasis, infeksi uterin, rasa nyeri berlebihan memerlukan prawatan khusus. Dan ibu meneteki kurang dari 2 tahun. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba, 2012)

3) Riwayat KB

Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama meneteki .oleh karena itu metode amenorhe laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan baru. (Saifudin, 2014)

e) Riwayat obstetric

1) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu.

Beberapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu (Ambarwati, 2010:133-134)

2) 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, 2010:134)

3) Riwayat nifas sekarang

Ibu harus dianjurkan untuk meyusui, terutama karena menyusui mampu memberikan perlindungan baik secara aktif maupun pasif, dimana ASI juga mengandung zat anti infeksi bayi akan terlindungi dari berbagai macam infeksi (Sukarni, 2013:298)

f) Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Ibu menyusui harus mengkomsumsi tambahan 500 kalori tiap hari . makan engan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (Saifuddin, 2014:128)

Tabel 2.11

Nutrisi ibu nifas

Makanan	Normal	Hamil	Menyusui
Kalori (kal)	2.500	2.500	3.000
Protein (gram)	0,8	85	100
Kalsium (gram)	12	15	15
Vitamin A (IU)	5.000	6.000	8.000
Vitamin B (mg)	1,5	1,8	2,3
Vitamin C (mg)	70	100	150
Vitamin D (SI)	2,2	2,5	3
Riboflavin	15	18	23

Asam nikotin	-	600	700

Sumber: Kumalasari Intan, 2015:161

2) Eliminasi

Segera setelah pascapartum kandung kemih, edema, mengalami kongesti dan hipotonik, yang dapat, menyēbabkan over distensi, pengosongan tidak lengkap, dan residu urin yang berlebihan kecuali perawatan diberikan untuk memasikan berkemih secara periodik. Diuresis mulai segera setelah melahirkan dan berakhir hingga hari kelima pascapartum. Diuresis adalah rute utama tubuh untuk membuang kelebihan cairan interstisial dan kelebihan volume cairan (Varney,et al.2008) Miksi dan defekasi diatur sehingga kelancaran kedua sistem tersebut dapat berlangsung dengan baik. (Manuaba, 2012:202)

3) Personal hygiene

Mengajarkan pada ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Sarankan pada ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya. (Saifudin, 2014)

Pakaian agak longgar terutama di daerah dada sehingga payudara tertekan. Pakaian dalam sebailknya yang menyerap, sehingga lochea tidak memberikan iritasi pada pembalut sebaiknya dibuang setiap saat terasa penuh dengan lochea. (Manuaba, 2012:202)

4) Istirahat

Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam hal, yaitu: mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidalkmampuan untuk ketidak mampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri. (Saifudin, 2014:127).

5) Aktivitas

Diskusikan pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Jelaskan bahwa laihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu, seperti mengurangi rasa sakit pada punggung. (Saifudin, 2014:127).

6) Seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua Jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak

budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah Persalinan. Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan. (Saifudin, 2014:127).

g) Riwayat Psikososial Spiritual

Menurut Marmi (2015:123), membagi fase nifas menjadi 3 bagian yaitu:

1) Fase taking in

Periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama saat itu fokus perhatian ibu terutama padda dirinya sendiri. Pengalaman selama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada proses persalinan sering berulang diceritakanya. Hal ini cenderung ibu menjadi pasif terhadap lingkungannya.

2) Fase taking hold

Periode kedua masa nifas adalah phase taking hold berlangsung antara tiga sampai sepuluh hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Pada fase ni ibu memerlukan dukungan karena aat ini merupakan kesemapatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga timbul percaya diri

3) Fase leting go

Fase menerima tanggungjawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri, dan bayinya sudah meningkat

h) Riwayat Ketergantungan

Merokok dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah di dalam tubuh termasuk pembuluh-pembuluh darah pada uterus sehingga es involusi, sedangkan alkohol dan narkotika kandungan ASI yang langsung mempengaruhi perkembangan psikologis bayi dan menggangu proses bonding anttera ibu dan bayi (Manuaba, 2012:122)

i) Latar belakang sosial budaya

Menurut Saifuddin (2014), kebiasaan yang tidak bermanfat bahkan membahayakan, antara lain:

1) Menghindari makanan berprotein, seperti ikan/tclur.
2) Penggunaan bebet perut segcra pada masa nifas (2-4 jam pertama)
3) Penggunaan kantong es batu pada masa nifas (2-4 jam pertama).
4) Penggunaan kantong es batu atau pasir untık menjaga uterus berkontraksi karena merupakan perawatan yang tidak efektif untuk atoniauteri

5) Memisahkan bayi dari ibunya untuk masa yang lama pada 1 jam setelah kelahiran karena masa transisi adalah masa kritis untuk ikatan batin ibu dan bayi untuk mulai menyusu.

6) Wanita yang mengalami masa puerpurium diharuskan tidur telentang selama 40 hari

7) wanita setelah melahirkan tidak boleh melakukan gerakan apapun kecuali duduk bersenden ditempat tidur.

7. Data obyektif

a) Pemeriksaan umum

1) Keadaan umum

Keadaan umum baik, kesadaran komposmentis, postur tubuh pada saat ini diperhatikan bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan (cenderung membungkuk, terdapat lordosis, kifosis, skoliosis, atau berjalan pincang) (Romauli, 2011)

2) Kesadaran

Untuk mendapat gambaran tentang pasien, dapat dilakukan dengan pengkajian derajat kesadaran dari keadaan *composmentis* (kesadaran maksimal) sampai dengan *coma* (pasien tidak dalam keadaan sadar). (Sulistyawati, 2010)

b) Tanda-tanda vital

1) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita yang mengalami peningkatan darah secara sistolik dandiastolick, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari (Varney, 2007)

2) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama pascapartum.Hemoragi, demam selama persalinan, dan nyeri akut atau persisten dapat menguranggi pre\oses ini. Apa bila denyut nadi di atas 100 selama purperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukan adanya infeksi atau hemoragi pascapartum. (Varney, 2007)

3) Suhu

Suhu 38°C atau lebih yang terjadi antara hari ke-2-10 post partum dan diukur peroral sedikitnya 4kali sehari disebut sebagai *morbiditas puerperalis.* Kenaikan suhu tubuh yang terjadi didalam masa nifas dianggap sebagai infeksi nifas jika tidak dikemukakan sebab-sebab ekstragenital. (Saifudin, 2014)

4) Pernafasan

Nafas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kelelahan, cairan, eksaserbasi, asma, dan embulus paru (Varney, 2008)

c) Pemeriksaan fisik

1) Kepala (sulistyawati, 2009:122)

(a) Rambut

Warna, kebersihan, mudah rontok atau tidak.

(b) Mata

Bentuk simestis, konjungtiva normal warna merah muda, sclera normal berwarna putih, bila kuning mennandakan ibu terinfeksi terinfiksi, bila merah kekuningan ada konjungtivtis. Tidak ada gangguan dala penglihatan (Sulistyawati, 2010)

(c) Hidung

Kebersihan, ada polip atau tidak, alergi debu atau tidak.

(d) Mulut

Bibir, warna, integritas jaringan (lembab, kering, atau pecah-pecah),Gangguan mulut (bau mulut).

(e) Lidah

Warna, kebersihan.

(f) Gigi

Kebersihan, karies.

(g) Telinga

Kebersihan, gangguan pendengaran

2) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011:174)

4) Dada

Keadaan buah dada dan puting susu simetris / tidak, konsistensi, ada pembengkakan / tidak, puting menonjol/ tidak, lecet atau tidak. Payudara pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari beberapa hal berikut yaitu putting susu pecah / pendek / rata, Nyeri tekan, abses, prodiksi ASI berhenti, dan pengeluaran ASI (saifuddin,2014:24). Menunjukan dadanya kolestrum penatalaksanaan puting susu pada wanita menyusui (Varney, Kriebs, Gegor, 2008:969)

5) Payudara

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari beberapa hal berikut yaitu Puting susu pecah/pendek/rata, Nyeri tekan, abses, produksi ASI terhenti, dan pengeluaran ASI (Saifüddin,

2014:156). menunjukkan adanya kolostrum dan penatalaksanan puting susu pada wanita menyusui (Varney,et al.2008)

6) Abdomen

Pada abdomen kita harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri kontraksi uterus, dan ukuran kandung kemih (Saifudin, 2014). Menurut Varney (2008:106), pemeriksaan abdomen post partum dilakukan selama periode postpartum dini (1 jam-5 hari) yang meliputi tindakan berikut:

(a) Pemeriksaan kandung kemih Dalam memeriksa kandung kemih mencari secara spesifik distensi kandung kemih yang disebabkan oleh retensi urin akibat hipotonisitas kandung kemih karena trauma selama melahirkan. Kondisi ini dapat mempredisposisi wanita mengalami infeksi kandung kemih.

(b) Pemeriksaan uterus

Mencatat lokasi, ukuran, dan konsistensi. Penentuan lokasi uterus dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilikus dan apakah fundus berada pada garis tengah abdomen atau bergeser ke salah satu lokasi dan ukuran saling tumpang tindih, karena ukuran ditentukan bukan hanya melalui palpasi, tetapi juga dengan

mengukur tinggi fundus uteri. Konsistensi uterus memiliki ciri keras dan lunak.

(c) Evaluasi tonus otot abdomen dengan memeriksa derajat diastasis .Penentuan jumlah diastasis rekti digunakan sebagai alat obyektif untuk mengevaluasi tonus otot abdor adalah derajat pemisahan otot rektus abdomen (rektus abdominis). Pemisahan ini diukur menggunakan lebar jari ketika otot-otot abdomen kontraksi dan sekali lagi ketika otot-otot tersebut relaksasi. Diastasis rekti diukur dengan cara-cara sebagai berikut:

(1) Atur posisi wanita terbaring terlentang datar tanpa bantal dibawah kepalanya.

(2) Tempatkan ujung-ujung jari salah satu tanda pada garis tengah abdomen dengan ujung jari telunjuk anda tepat dibawah umbilikus dan jari-jari anda yang lain berbaris longitudinal kebawahkearah simfisis pubis Tepi jari-jari anda harus menyentuh satu sama lain

(3) Meminta wanita menaikkan kepalanya dan berupaya meletakkan dagu didadanya, diarea antara payudaranya dan pastikan wanita tidak menekan tangannya di tempat tidur atau mencengkram matras

untuk membantu dirinya,karena hal ini mencegah penggunaan otot-otot yang terlalu keras

7) Genetalia

Pemeriksaan tipe, kuantitas, dan bau lochea, pemeriksaan perineum terhadap memar, edema, hematoma, penyembuhan setiap jahitan, inflamasi, supurasi. Setelah persalinan,vagina meregang dan membentuk lorong berdinding lunak dan luas yang ukurannyasecara perlahan mengecil.. Selain itu, pada genetalia yang harus diperiksa adalah pengeluaran lochea. Hal yang perlu dihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah penjahitan laserasi atau luka episiotomi, pembengkakan, luka dan hemoroid (Saifudin, 2014)

8) Ekstremitas

Flagmasi alba dolens yang mcrupakan salah satu bentuk infeksi puerperalis yang mcngenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan discrtai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa sangat nyeri, tampak bendungan pembuluh darah, suhu tubuh meningkat. (Manuaba, 2012:148)

d) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan Hacmoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat Sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan

Sahli dapat digolongkan sebagai berikut : Tidak anemia jika Hb 11 g%, anemia ringan jika Hb 9-10 g%, anemia sedang jika Hb 7-8, anemia berat jika Hb < 7 gr% .(Manuaba, 2012)

B. Diagnosa Kebidanan

Diagnosa P..A... hari ... post partum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak .PAPIAH, postpartum hari ke....laktasi lancar, lochea normal, involusi noarmal, kcadaan pskologis baik. dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi nyeri luka jahitan *perineum*, *afier pain*, pembangkakan payudara. (Varney, 2008)

C. Perencanaan

Diagnosa PAPIAH, postpartum hari ke ..., laktasi lancar, lochea nomal, involusi noarmal, keadaan pskologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah ganeguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, afierpain, pembangkakan payudara

Tujuan : Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi bagi ibu dan bayi

Kriteria :a) Keadaan umum : kesadaran composmetis

b) Kontraksi uterus baik (bundar dan keras)

c) Tanda-tanda vital:

T: 110/70-130/90 mmHg

N:60-80 xJmenit

S:36-37,5°C

R: 16-24x/menit

1) Laktasi normal

Menurut Marmi (2015: 32) Asi dibedakan menjadi 3 stadium

(a) Kolostrum merupa kan cairan yang pertama kali disekresioleh kelenjar payudara mulai dari hari pertama sampai hari ketiga atau keempat pasca persalinan Kolostrum berwarna kekuning-kuningan, viskositas kental, dan lengket. Mengandung tinggi protein, mineral, garam, vitamin A, nitrogen, sel darah putih, dan bodi yang tinggi

(b) ASI transisi atau perlihan diproduksi pada hari keempat sampai kesepuluh warna putih jernih. Kadar imunoglobulin dan protein menurun, sedangkan lemak dan laktosa meningkat.

(c) ASI matur merupakan ASI yang disekresi pada hari ke sepuluh sampai seterusnya berwarna putih Kandungan ASI matur relatif konstan tidak menggumpal bila dipanaskan.

2) Involusi uterus :

Tabel 2.12
Involusi uterus normal

Waktu inovasi	Tinggi Fundus
plasenta lahir	Sepusat
7 hari	Pertengahan pusat
14 hari	Tidak teraba
42 hari	Sebesar hamil 2

56 hari	minggu Nomal

Sumber. Manuaba, 2012

3) Lochea normal

Lochea rubra (kruenta) keluar dari hari ke 1-3 hari berwarna, merah dan hitam, lochea sanguinolenta, keluar dari hari ke 3-7 hari, berwarna putih bercampur merah, lochea serosa, keluar dari hari kc 7-14 hari, berwarna kekuningan, lochea alba, keluar setelah hari kc 14, berwarna putih (Manuaba, 2012:138)

Intervensi menurut Sofian (2012:90):

(a) Akan pemeriksaan TTV, KU, laktasi, involusi, dan lochea.

R/ menilai status gizi ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi.

(b) Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya

R/ menyusui banyinya sedini mungkin dapat mencegah paparan substansi/zat dari makanan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan.

(c) Jelaskan pada ibu mengenai senam nifas

R/Latihan yang tepat untuk memulihkan kondisi ibu dan keadaan secara fisiologis maupun psikologis,

(d) Beri konseling ibu tentang KB pascsalin.

R/Untuk menjarangkan anak.

(e) Anjurkan ibu untuk mengimunisasikan bayinya

R/Untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan

Kemungkinan masalah:

1) Masalah I:Gangguan eliminasi Konstipasi dan Retensio Urine

Tujuan : Masalah eliminasi teratasi.

Kriteria : Ibu bisa BAB dan BAK dengan lancar.

Intervensi menurut Purwanti (2012:86), antara lain:

(a) Berikan penjelasan kepada pasien mengenai pentingnya BAB dan BAK sedini mungkin setelah melahirkan.

R/Pasien tidak akan menahan diri untuk BAK maupun BAB jika terasa

(b) yakinkan pasien bahwa jongkok dan mengejan ketika BAB tidak akan mcnimbulkan kerusakan pada luka jahitan

R/Menghilangi rasa takut pada pasien untuk melakukan buang air

(c) Anjurkan pasien untuk banyak minum air putih serta makan sayur dan buah.

R/Membantu memperlancar eliminasi

2) Masalah 2 : Nyeri pada luka jahitan perineum

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, rasa nyeri teratasi

Kriteria : Rasa nycri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu

Intervensi menurut Marmi (2015:128), antara lain:

(a) Observasi luka jahitan perineum.

R/Untuk mengkaji jahitan perineum dan mengctahui adanya infeksi.

b) Ajari ibu untuk mandi dengan menggunakan air hangat

R/Mengurangi sedikit rasa nyeri pada ibu.

c) Ajarkan ibu tentang perawatan perineum yang benar.

R/lbu bisa melakukan perawatan perineum secara benar dan menguraingi kemungkinan terjadinya infeksi.

d) Beri analgesik oral (paracetamol 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu).

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

3) Masalah 3: Kram perut

Tujuan :Masalah kram perut teratasi

Kriteria :Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu.

Intervensi menurut Bahiyatun (2009:55), antara lain:

(a) Anjurkan Ibu mengosongkan kandung kemih secara rutin supaya tidak penuh

R/ Kandung kemih yang penuh menyebabkan kontraksi uterus tidak optimal dan berdampak pada nyeri after pain

(b) sarankan ibu untuk tudung dengan posisi telungkup dan bantal di dibawah perut.

R/ Posisi ini menjaga kontraksi tetap baik dan menghilangkan nyeri

(c) Jika perlu berikan analgesik (parasetamol, asam mefenamat, kodein, atau asetaminofen)

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

4) Masalah 4 : Pembengkakan payudara

Tujuan :Setelah diberi asuhan, masalah pembengkakan payudara teratasi

Kriteria :Payudara tidak bengkak, kulit payudara tidak mengkilat dan tidak merah, payudara tidak nyeri, tidak terasa penuh dan tidak keras

Intervensi menurut Purwati (2012:78), antara lain:

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

R/sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara.

(b) Anjurkan ibu untuk menyusui di kedua payudara

R/Menyusui di salah satu payudara dapat membuat payudara yang lain menjadi bengkak

(c) Gunakan air hangat pada payudara, dengan menempelkan handuk yang hangat pada payudara

R/Air hangat dapat merelaksasi otot payudara supaya tidak tegang

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

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

(e) Letakkan kantong es pada payudara di antara waktu menyusui

R/Kantong es yang dingin dapat membuat otot-otot payudara berkontraksi sehingga rasa nyeri dapat berkurang.

(f) Jika payudara masih terasa penuh, lakukan pengeluaran ASI secara manual

R/Pengsongan payudara secara manual dapat membantu mengurangi pembengkakan payudara.

(g) Berikan terapi paracetamol atau asetaminofen

R/Terapi parasctamol/asetaminofen dapat mengurangi nyeri

5) Masalah 5 : Sub involusio Uteri

Tujuan: Tidak terjadi subinvolusio uteri

Kriteria : Involusi uteri berjalan dengan normal

Intervensi menurut Swantika (2012:38):

(a) Berikan obat antibiotic; uterotonika dan tablet Fe

R/Terapi antibiotik dapat mencegah infeksi, uterotonika dapat merangsang kontraksi uterus dan tablet kekurangan darah pada ibu

(b) Berikan tranfusi darah jika perlu.

R/ Mengatasi kehilangan darah dalam jumlah Besar

D. Pelaksanaan tindakan

Melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratit dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI Nomer 938, 2007)

E. Evaluasi

Menurut Kepmenkes RI No.938/Menkes/NKVII 2007(7) tentang Standar Asuhan Kebidanan. Bidan melakukan evaluasi secara sistemais

dan berkeseimbangan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan pcrubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dilakukan segera setelah selesai melakukan komunikasikan pada klien dan/keluarga. Hasil evaluasi harus ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien:

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melakukan asuhan sesuai kondisi klien
2. Hasil evaluasi segera di catat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
4. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

F. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI No.938/Menkes/NK/VII 2007 (7), sesuai dengan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang di temukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria:

1. Pencatatan dilakukan segera selah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedian (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA.)
2. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

   S :Adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa

   O : Adalah data objcktif, 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 komperehensif.

G. Pelayanan Kebidanan Di Masa Pandemi

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

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

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

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

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

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

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

d. Pelayanan KB tetap dilaksanakan sesuai jadwal dengan membuat perjanjian dengan petugas. (IBI, 2020)

2.1.4 Konsep Dasar Asuhan pada Bayi Baru Lahir

A. Pengkajian data

1. Data subyektif

Berupa data fokus yang dibutuhkan untuk menilai keadaan ibu sesuai dengan kondisinya. Jenis data yang dikumpulkan adalah:

a) Identitas bayi dan orang tua

Identitas sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepas sampai penyerahan bayi (Manuaba, 2012:205)

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 rush*. (Marmi, 2012:207)

c) Riwayat antenatal

Bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu pelahiran. Jumlah kunjungan prenatal dicatat bersama setiap masalah pranatal yang ada. Semua hasil laboratorium dan pengujian pranatal termasuk laporan ultrasonografi, harus ditinjau. Kondisi prenatal dan kondisi intrapartum yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan bayi baru lahir (Varney, 2008)

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. Abnormalitas plasenta dan kedua pembuluh darah tali

pusat dikaitkan dengan peningkatan insiden anomali neonatus (Walsh,2012:368)

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. Bidan harus meninjau catatan kelahiran bayi tentang tanda-tanda vital dan perilaku bayi baru lahir. Perilaku positif antara lain menghisap, kemampuan untuk makan, kesadaran, berkemih, dan mengeluarkan mekonium. Perilaku mengkhawatirkan meliputi gelisah, letargi, aktivitas menghisap yang buruk atau tidak ada, dan tangisan yang abnormal (Varney, 2008)

f) Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua energi berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6. Kebutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan 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 (Marmi, 2012:378)

Tabel 2.13
Kebutuhan Dasar Cairan dan Kalori pada Neonatus

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

Sumber : Saifuddin, 2009

2) Eliminasi

(a) Buang Air Besar (BAB)

Bayi yang pencernaanya normal akan BAB pada 24 jam pertama dan dalam 4 hari. BAB pertama ini disebut mekonium. Feses pertama ini biasanya berwarna hijau kehitaman dan lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel (Marmi, 2012:77)

(b) Buang Air Kecil (BAK)

BAK bayi normalnya mengalami berkemih 7 sampai 10 kali per hari. Untuk menjaga bayi tetap bersih, hangat dan

kering maka setelah BAK harus diganti popoknya. Biasanya terdapat urine dalam jumlah yang kecil pada kandung kemih bayi saat lahir, tetapi ada kemungkinan urine tidak dikeluarkan selama 12-24 jam. (Marmi, 2012:77)

3) Istirahat dan tidur

Bayi baru lahir sampai usia 3 bulan rata-rata bayi tidur selama 16 jam sehari. Pada umumnya bayi terbangun sampai malam hari pada usia 3 bulan. Jumlah waktu tidur bayi berkurang seiring dengan bertambahnya usia bayi. (Marmi, 2012:81)

4) Personal hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urine dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah. Perawatan tali pusat ialah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. Cuci tangan dengan sabun sebelum merawat tali pusat. (Saifudin, 2010)

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. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok basah, suhu ekstrim, dan stimulasi berlebihan (Walsh, 2012:378)

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. (Saifudin, 2009:95)

2. Data Obyektif

a) Keadaan umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu $36,5^0$C–37^0. Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan. (Saifudin, 2010)

b) Tanda-tanda vital

1) Suhu

Suhu tubuh bayi diukur melalui dubur atau ketiak Suhu bayi baru lahir dapat dikaji di berbagai tempat dengan jenis termometer yang berbeda-beda. Dianjurkan bahwa suhu rektal

dan aksila tetap dalam rentang 36,5-37,5°C dan suhu kulit abdomen dalam rentang 36-36,5°C (Varney et al, 2008).Suhu rektal menunjukan suhu inti tubuh, suhu aksila normalnya 1° (lebih dingin dari suhu inti tubuh bayi yaitu 36,5°C – 37,5°C) (Walsh, 2008:369).

2) Pernafasan

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. 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 (Varney, 2008)

3) Nadi

Nadi dipantau disemua titik-titik perifer.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. (Wiknjosastro, 2008)

c) Antropometri

1) 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 (Saifuddin, 2009:138). Berikut disajikan tabel 2.8 mengenai penurunan berat badan sesuai umur

Tabel 2.14
Penurunan Berat Badan Sesuai Umur

Umur	**Penurunan atau kenaikan BB yang dapat diterima dalam bulan pertama**
1 minggu	Turun sampai 10%
2-4 minggu	Naik setidak-tidaknya 160 gram perminggu (setidaknya 15 gram perhari).
1 bulan	Naik setidak-tidaknya 300 gram dalam bulan Pertama
Bila penimbangan dilakukan setiap hari dengan alat	
Minggu Pertama	Tidak ada penurunan berat badan atau kurang dari 10%
Setelah minggu Pertama	Setiap hari terjadi kenaikan pada bayi kecil setidak-tidaknya 20 gram.

Sumber : Wiknjosastro, 2008

2) Panjang badan

Panjang bayi baru lahir paling akurat dikaji jika kepala bayi baru lahir terletang rata terhadap permukaan yang keras. 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 panjang badan bayi normal 40-50 cm. (Walsh, 2008:368)

3) Ukuran Kepala

Menurut Winkjosastro (2008:119) meliputi:

(a) Dimeter suboksipito-breghmatikus: 9,5-10 cm
(b) Diameter oksipito-frontalis : 11-12 cm
(c) Diameter oksipito metalis : 13,5-15 cm
(d) Diameter submento-breghmatika : 9,5-10 cm
(e) Diameter biparietalis : 9,5-10 cm
(f) Diameter bitemporalis : 8-10 cm
(g) Sirkumferensia suboksipito-breghmatika :33-34cm
(h) Sirkumferensia submento-breghmatika: 32-33 cm
(i) Sirkumferensia oksipito frontalis : 33-35 cm
(j) Sirkumfernsia mento-oksipitalis : 34-35,5 cm

4) Lingkar dada : 33-38 cm

5) Lingkar lengan : ± 11 cm

b) Pemeriksaan Fisik

1) Kepala

Raba sepanjang garis sutura dan fontanel untuk mengetahui ukuran dan tampilannya normal. Sutura yang berjarak lebar

mengindikasikan bayi preterm, 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, 2012:56). Bayi yang mengalami seborea akan terdapat ruam tebal berkeropeng berwarna kuning dan terdapat ketombe dikepala (Marmi, 2012:221-223).Ubun-ubun belakang menutup pada minggu ke-6 sampai minggu ke-8. Ubun-ubun depan tetap terbuka hingga bulan ke-18

(Fraser et al, 2009:712).

2) Mata

Pupil harus sama dan reaktif terhadap cahaya, terjadi reflek merah atau orange menunjukan 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 hemorargi. Kemerahan pada konjungtiva dapat mengidentifikasi adanya infeksi (Walsh, 2012:291). Perlu diperhatikan adanya tanda-tanda perdarahan berupa bercak merah yang akan menghilang dalam waktu 6 minggu.

Periksa jumlah, posisi atau letak mata. Periksa adanya strabismus yaitu koordinasi mata yang belum sempurna. Periksa adanya glaukoma kongenital, mulanya akan tampak sebagai pembesaran kemudian sebagai kekeruhan pada kornea. Katarak mata juga akan mudah terlihat yaitu pupil berwarna putih, pupil harus tampak bulat. Periksa juga adanya trauma seperti perdarahan konjungtiva. Periksa adanya sekret pada mata, konjungtivitis oleh kuman gonokokus dapat menjadi panoftalmia dan menyebabkan kebutaan.

3) Hidung

Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm. Periksa adanya pernafasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernafasan. (Marmi, 2012:57)

4) Mulut

Salivasi tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan

saluran cerna (Saifuddin, 2010:137). 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.* (Marmi, 2012:57)

5) Telinga

Pemeriksa dalam hubungan letak dengan mata dan telapak. Tulang kartilago telinga telah sempurna dibentuk (Fraser, 2009:209)

6) Leher

Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhialis. Adanya lipatan kulit yang berlebihan di bagian belakang leher menunjukkan adanya kemungkinan trisomi 21. (Marmi, 2012:57)

7) 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 (Manuaba, 2008:710)

8) 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 rush* akan timbul bintik-bintik merah. (Marmi, 2012:58)

9) Abdomen

Bentuk, penonjolan sekitar tali pusat saat menangis, perdarahan tali pusat, lembek saat menangis (Saifuddin, 2012:137). Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan, jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika. Abdomen membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor lainnya. Dan apabila perut kembung kemungkinan adanya enterokolitis vesikalis,

omfalokel atau ductus omfaloentriskus persisten. (Marmi, 2012:215)

10) Genetalia

(a) Laki-laki

Pada bayi laki-laki periksa penis udah turun di skrotum. Periksa posisi lubang uretra.Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis. Periksa adanya hipospadia dan epispadia

(Marmi, 2012:59)

(b) 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, 2012:59)

11) Anus

Anus berlubang atau tidak . Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya. Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya mekonium plug syndrom, obstruksi saluran cerna. (Marmi, 2012:59)

12) Ekstremitas

Pemeriksaan ini berfungsi untuk menilai adanya gerakan ekstremitas abnormal, simetris, posisi dan gerakan yang abnormal, serta menilai kondisi jari kaki yaitu jumlahnya berlebih atau saling melekat (Aziz,2008:67). Pemeriksaan ekstremitas atas meliputi reflek genggam telapak tangan, ektremitas meliputi reflek patella, reflek plantar dan reflek babynski (Varney, 2008:923)

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 siimetrisitas. Bayi yang lahir dengan presentasi bokong berisiko tinggi untuk mengalami kelainan panggul kongenital. (Marmi, 2008:371)

13) Kulit dan kuku

Bayi matur memiliki garis kulit didaerah 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. 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. (Fraser, 2009:709)

c) Pemeriksaan neurologis

Pemeriksaan neurologis merupakan indikator integritas sistem saraf. Baik respons yang menurun (hipo) maupun yang meningkat (hiper) merupakan penyebab masalah. (Varney, 2007:923)

1) Refleks berledip(*glabellar reflex*)

Pada saat pangkal hidung diketuk secara pelan, bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama. (Marmi, 2012:70)

2) Refleks mencari (*rooting reflex*)

Ketika pipi atau sudut mulut bayi disentuh, bayi akan menoleh ke arah stimulus dan membuka mulutnya. (Marmi, 2012:70)

3) Refleks menghisap (*suckling reflex*)

Benda menyentuh bibir disertai refleks menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat. Dilihat pada waku bayi menyusu. (Marmi, 2012:70)

4) Refleks menelan (*swallowing reflex*)

Kumpulan ASI di dalam mulut bayi mendesak otot-otot di daerah mulut dan faring untuk mengaktifkan refleks menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung bayi (Wiknjosastro, 2008:134)

5) Refleks menoleh(*tonikneck reflex*)

Ekstremitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ektremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi istirahat. Respon ini dapat tidak ada atau lengkap segera setelah lahir

(Marmi, 2012:71)

6) Refleks 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. Refleks ini juga berfungsi untuk menguji kondisi umum bayi serta kenormalan sistem saraf pusatnya. (Marmi, 2012:71)

7) Refleks menggenggam(*grasping reflex*)

Ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari), respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat. (Marmi, 2012:71)

8) Refleks babinsky

Ketika telapak kaki bayi tergores, bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi. (Marmi, 2012:72)

9) Refleks ekstruksi

Cara mengukurnya dengan sentuh lidah dengan spatel lidah. Pada kondisi normal lidah ekstensi ke arah luar bila disentuh dengan jari atau putting. (Marmi, 2012:72)

10) Refleks melangkah *(stepping reflex)*

Bayi akan menggerak-gerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras (Sulistyawati, 2010)

B. Diagnosa Kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2008 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 :

1. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
2. Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien
3. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Diagnosa kebidanan :

Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki- laki/perempuan, keadaan umum baik. Kemungkinan masalah hipoglikemi, hipotermi, ikterik, seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, *oral trush*, *diaper rush* (Marmi, 2012:82)

C. Perencanaan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2008 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan. Dengan kriteria :

1. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi
2. klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif
3. Melibatkan klien/pasien adan atau keluarga
4. Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga

5. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *avidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien
6. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumberdaya serta fasilitas yang ada.

a) Diagnosa kebidanan :

Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin lakilaki/perempuan, keadaan umum baik.

Tujuan : Bayi baru lahir dapat melewati masa transisi dari intrauterin ke ekstrauterin tanpa terjadi komplikasi.

Kriteria :

1) Keadaan umum baik
2) TTV normal menurut Marmi (2012) adalah:

   S : 36,5-37,5 ^{o}C

   N : 120-160 x/menit

   RR : 40-60 x/menit
3) Bayi menyusu kuat
4) Bayi menangis kuat dan bergerak aktif

Intervensi menurut Marmi (2012:88) adalah:

1) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering.

   R/ Tali pusat yang basah atau lembab dapat menyebabkan infeksi
2) Ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orangtua.

R/ Tanda-tanda bahaya bayi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

3) Beri ASI setiap 2 sampai 3 jam.

R/ Kapasitas lambung pada bayi terbatas, kurang dari 30 cc untuk bayi baru lahir cukup bulan. ASI diberikan 2-3 jam sebagai waktu untuk mengosongkan lambung.

(Varney et al, 2008).

4) Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering.

R/ Suhu bayi turun dengan cepat segera setelah lahir. Oleh karena itu, bayi harus dirawat di tempat tidur bayi yang hangat. Bayi harus segera dikeringkan untuk mengurangi pengeluaran panas akibat evaporasi

5) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusu kurang baik.

R/Suhu normal bayi adalah 36^5-37^5 ^oC. Suhu yang tinggi menandakan adanya infeksi

6) Mandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir.

R/ Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah.

b) Potensial masalah

1) Masalah I : Hipoglikemi

Tujuan : Hipoglikemi tidak terjadi

Kriteria menurut Marmi (2012:306) :

(a) Kadar glukosa dalam darah ≥ 45 mg/dL

(b) Tidak ada tanda-tanda hipoglikemi yaitu kejang, letargi, pernapasan tidak teratur, apnea, sianosis, pucat, menolak untuk minum ASI, tangis lemah dan hipotermi

Intervensi menurut (Marmi, 2012:306) adalah:

(1) 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

(2) 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.

(3) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemi.

R/ Tanda-tanda hipoglikemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

(4) Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10 % bagi bayi yang berisiko hipoglikemia.

R/ Nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglikemia.

(5) Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat, dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal.

R/ Tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energi bayi.

2) Masalah II : Hipotermi

Tujuan: Hipotermi tidak terjadi

Kriteria: (a) Suhu bayi 36,5-37,5°C (Marmi, 2012:301)

(b) Tidak ada tanda-tanda hipotermi, seperti bayi tidak mau menetek, tampak lesu, tubuh teraba dingin, denyut jantung bayi menurun, kulit tubuh bayi mengeras.

Intervensi menurut Marmi (2012:301) adalah:

(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.

3) Masalah III : Ikterik

Tujuan : Ikterik tidak terjadi

Kriteria menurut Marmi (2012:279) adalah:

(a) Kadar bilirubin serum tidak kurang dari 12,5 mg/dL

(b) Tidak ada tanda-tanda ikterus, seperti warna kekuning-kuningan pada kulit, mukosa, sklera, dan urine

Intervensi menurut Marmi (2012:284) antara lain:

(1) Mengkaji faktor-faktor risiko.

R/Riwayat prenatal tentang imunisasi Rh, inkompatibilitas ABO, penggunaan aspirin pada ibu, sulfonamida, atau obat-obatan antimikroba, dan cairan amnion berwarna kuning (indikasi penyakit hemolitik tertentu) merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat.

(2) Mengkaji tanda dan gejala klinis ikterik.

R/ Pola penerimaan ASI yang buruk, letargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya refleks moro merupakan tanda-tanda awal ensepalopati bilirubin.

(3) Berikan ASI sesegera mungkin, dan lanjutkan setiap 2-4 jam.

R/ Mekonium memiliki kandungan bilirubin yang tinggi dan penundaan keluarnya mekonium meningkatkan reabsorpsi bilirubin sebagai bagian dari pirau enterohepatik. Jika

kebutuhan nutrisi terpenuhi, akan memudahkan keluarnya mekonium (Varney,et al 2008)).

(4) Jemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit.

R/ Menjemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit akan mengubah senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah diekskresikan.

4) Masalah IV : Seborrhea

Tujuan : Tidak terjadi seborrhea

Kriteria :

(a) Tidak timbul ruam tebal berkeropeng berwarna kuning di kulit kepala.

(b) Kulit kepala bersih dan tidak ada ketombe

Intervensi menurut Marmi (2012:221) :

(1) Cuci kulit kepala bayi menggunakan shampo bayi yang lembut sebanyak 2-3 kali seminggu. Kulit pada bayi belum bekerja secara sempurna.

R/ Shampo bayi harus lembut karena fungsi kelenjar

(2) Oleskan krim *hydrocortisone*.

R/ Krim *hydrocortison* biasanya mengandung asam salisilat yang berfungsi untuk membasmi ketombe.

(3) Untuk mengatasi ketombe yang disebabkan jamur, cuci rambut bayi setiap hari dan pijat kulit kepala dengan sampo secara perlahan.

R/ Pencucian rambut dan pemijatan kulit kepala dapat menghilangkan jamur lewat seriphan kulit yang lepas.

(4) Periksa ke dokter, bila keadaan semakin memburuk.

R/ Penatalaksanaan lebih lanjut.

5) Masalah V : Miliariasis

Tujuan : Miliariasis teratasi.

Kriteria : Tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi cairan diseluruh tubuh.

Intervensi menurut Marmi (2012:229) :

(1) Mandikan bayi secara teratur 2 kali sehari.

R/ Mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat yang berlebihan

(2) Bila berkeringat, seka tubuhnya sesering ungkin dengan handuk, lap kering, atau washlap basah.

R/ Meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat.

(3) Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa mengeringkan terlebih dauhulu.

R/Pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat memperparah miliariasis.

(4) Kenakan pakaian katun untuk bayi.

R/Bahan katun dapat menyerap keringat.

(5) Bawa periksa ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal, luka/lecet, rewel dan sulit tidur.

R/Penatalaksanaan lebih lanjut

6) Masalah VI : Muntah dan gumoh

Tujuan : Bayi tidak muntah dan gumoh setelah minum.

Kriteria : 1) Tidak muntah dan gumoh setelah minum

2) Bayi tidak rewel

Intervensi menurut Marmi (2012) :

(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.

b) Masalah VII : *Oral trush*

Tujuan : *Oral trush* tidak terjadi

Kriteria : Mulut bayi tampak bersih

Intervensi menurut Marmi (2012) :

(a) Bersihkan mulut bayi setelah selesai menyusu menggunakan air matang.

R/Mulut yang bersih dapat meminimalkan tumbuh kembang jamur *candida albicans* penyebab oral trush.

(b) Bila bayi menyusu ibunya, bersihkan putting susu sebelum menyusui.

R/Mencegah timbulnya oral trush

c) Masalah VIII : *Diaper rush*

Tujuan: Tidak terjadi *diaper rush*

Kriteria: Tidak timbul bintik merah pada kelamin dan bokong bayi.

Intervensi menurut Marmi (2012: 215) :

(a) Perhatikan daya tampung 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 rush*.

(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..

(b) 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/2008 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidance 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 mendapatkan persetujuan dari klien atau keluarga (*inform consent*).
3. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidance based*.
4. Melibatkan klien atau pasien.
5. Menjaga privacy klien atau 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

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setalah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi harus ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien. Menurut Kepmenkes RI (2007), evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu sebagai berikut :

S : Data subjektif, mencatat hasil anamnesis

O : Data objektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : Hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P :Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

F. Pelayanan Kebidanan Di Masa Pandemi

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

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

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

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

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

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

d. Ibu diberikan KIE terhadap perawatan bayi baru lahir termasuk ASI ekslusif dan tanda – tanda bahaya pada bayi baru lahir (sesuai yang tercantum pada buku KIA). Apabila ditemukan tanda bahaya pada bayi baru lahir, segera bawa ke fasilitas pelayanan kesehatan. Khusus untuk bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR), apabila ditemukan tanda bahaya atau permasalahan segera dibawa ke Rumah Sakit. (IBI, 2020)

2.1.5 Konsep Dasar Asuhan pada Keluarga Berencana

A. Pengkajian Data

1. Data Subyektif

Berupa datab fokus yang dibutuhkan untuk menilai keadaan ibu sesuai dengan kondisinya jenis data yang dikumpulkan adalah:

a) Biodata

1) Nama

Selain sebagai identitas, upayakan agar bidan memanggil dengan nama panggilan sehingga huvbungan komunikasi antara bidan dan pasien menjadi lebih akrab.

(Ambarwati, 2011: 131).

2) Umur

Wanita dan laki-laki usia < 20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk menjarangkan kehamilan, dan usia >35 tahun untuk mengakhiri kesuburan. (Affandi, 2012: U-8).

3) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontap, suntikan KB, susuk KB, atau AKBK (alat susuk bawah kulit), AKDR (Manuaba, 2010: 592).

4) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak diduga (Mochtar, 2011:194).

5) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Eny, 2011:132).

9) Keluhan utama/Alasan pemakaian

Keluhan utama pada ibu paska salin menurut saifuddin (2006: U-9) adalah ibu usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan dan ibu usia > 35 tahun tidak ingin hamil lagi. . (Affandi, 2012:U-9).

10) Riwayat kesehatan

Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke (Saifuddin, 2010).

11) Riwayat kebidanan

1) Haid

Pada ibu paska salin tidak mengalami menstruasi dan dapat langsung menggunakan KB MAL. Ketika ibu mulai mendapatkan haidnya lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan KB lain disamping MAL. Perdarahan sebelum 58 hari paska persalinan dapat diabaikan (belum dianggap haid) (Saifuddin, 2010: MK-4).

2) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Ibu dengan riwayat keguguran septic dan kehamilan ektopik, tidak diperkenankan menggunakan KB AKDR.Pada ibu paska keguguran ada infeksi pemasangan AKDR ditunda 3 bulan sampai infeksi teratasi. Apabila pada persalinan terjadi perdarahn banyak hingga Hb < 7 gr% maka penggunaan AKDR ditunda hingga anemia teratasi (Saifuddin, 2010:U-53).

12) Riwayat KB

Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada aseptor , paska penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implant, AKDR) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2015:168).

13) Riwayat Kesehatan

1) 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, stroke.
(Saifuddin, 2013: 45)
2) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah <180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (sickle cell). (Saifuddin, 2010 : 55)
3) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progeteron. (Affandi, 2013: U-53)
4) 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 dapat memilih cara kontrasepsi AKDR, tubektomi atau vasektomi pada suami

(Saifuddin, 2014: 275)

5) Ibu dengan penyakit infeksi alat genital (vaginitis, servistis), sedangkan mengalami atau menderita PRP atau abortus septik, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang mempengaruhi kavum uteri, penyakit trofoblas yang ganas, TBC pelvik, kanker alat genital tidak diperkenankan menggunakan AKDR dengan progestin.

(Saifuddin, 2013: 70)

14) Pola Kebiasaan Sehari-hari menurut Hartanto (2015:171) :

1) Nutrisi

KB Hormonal (Implan, suntik, pil) merangsang pusat pengendali nafsu makan dihipotalamus yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak daripada biasanya.

2) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksai otot.

3) Istirahat/Tidur

Ibu peserta KB suntik sering mengalami gangguan tidur karena efek samping dari KB suntik tersebut, mual, pusing, sakit kepala.

4) Aktivitas

Rasa lesu dan tidak bersemangat dalam melakukan aktivitas karena mudah atau sering pusing dan cepat lelah serta depresi.

5) Kehidupan seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido.

6) Personal Hyiegiene

Ibu menjaga menjaga kebersihan genetalia dengan mengganti rutin celana dalam untuk mencegah terjadi infeksi

7) Riwayat ketergantungan

Ibu yang menggunakan obat tuberculosis (rimfapisin), atau obat untuk epilepsy (fenitoin dan barbiturat) tidak boleh menggunakan pil progestin.

2. Data Obyektif

Setelah dibahas data subyektif untuk melengkapi data dalam menegakan diagnosis, maka harus melakukan pengkajian data obyektif melalui pemeriksaaan infeksi, palpasi, auskultasi dan

perkusi secara berurutan. Data-data yang perlu dikaji adalah sebagai berikut :

a) Pemeriksaan Umum

1) Tanda-tanda vital

Suntikan progestin dan implant dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah <180/110 mmHg Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Fraser, 2009:657).

2) Pemeriksaan Antropometri

Untuk pemakaian KB hormonal dapat terjadi kenaikan/penurunan berat badaan sebanyak 1-2 kg. Wanita dengan Indeks Masa Tubuh (IMT) ≥ 30 kg/m^2 merupakan batas maksimal dalam penggunan kontrasepsi hormonal (Saifuddin, 2008:30).

15) Pemeriksaan Fisik

(1)Muka

Timbul hirstutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan didaerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi dan timbul jerawat pada penggunaan kontrasepsi progestin

(Saifuddin, 2008:MK-50).

(2)Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin Dalam pemeriksaan konjungtiva palpebra pucat mengalami anemia yang memungkinkan terjadinya perdarahan hebat (Saifuddin, 2008:MK-75).

(3)Payudara

Pembengkakan pada kelenjar tyroid dan limfe. Untuk pengguna KB MAL Pembesaran payudara simetris, kedua payudara tampak penuh, puting susu menonjol, ASI keluar lancar. Saat selesai menyusui kedua payudara tampak kenyal dan kosong. (Saifuddin, 2010:MK-4).

Pemakaian KB hormonal memiliki kontra indikasi pada ibu yang memiliki kangker payudara Keterbatasan pada pengguna KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara (Saifuddin, 2008:MK-55).

(4)Abdomen

Tidak ada tanda-tanda hamil (hiperpigmentasi areola dan papila, payudara membesar dan tegang), tidak sesak nafas. Efek samping yang umum terjadi dari penggunaan AKDR antara lain mengalami haid yang lebih lama dan banyak,

perdarahan (*spotting*) antar menstruasi, dan komplikasi lain dapat menyebabkan perdarahan hebat pada waktu haid (Saifuddin, 2010:MK-55).

(5)Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenore (Hartanto, 2013:170).Ibu dengan varises di vulva dapat menggunakan AKDR

(Affandi, 2012:MK-77). Efek samping yang umum terjadi dari penggunaan AKDR diantaranya mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (*spotting*) antar menstruasi, dan komplikasi lain dapat terjadi perdarahan hebat pada waktu haid(Affandi, 2012:MK-75).

(6)Ekstermitas

Pada pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan (Affandi, 2012:MK-58).Ibu dengan varises ditungkai dapat menggunakan AKDR (Saifuddin, 2010:MK-77).Untuk kontrasepsi IUD, selain dilakukan pemeriksaan fisik juga dilakukan pemeriksaan inspekulo dan bimanual untuk penapisan

C) Diagnosis Kebidanan

P≥ 1, umur 15-49 tahun, menggunakan KB MAL/AKDR/Kontap /Kontrasepsi Progestin, keadaan umum baik tidak ada/ada kontraindikasi untuk menggunakan kontrasepsi MAL / AKDR / Kontap/Kontrasepsi Progestin, keadaan umum baik, prognosa baik.

D) Perencanaan

Diagnosa: P ≥ 1,umur 15-49 tahun, menggunakan kontrasepsi MAL/AKDR/Kontap/Kontrasepsi Progestin, keadaan umum baik tidak ada/ada kontraindikasi untuk menggunakan kontrasepsi pasca salin, keadaan umum baik, prognosa baik

Tujuan : ibu menjadi peserta KB

Kriteria:

1. Ibu memilih alat kontrasepsi
2. Ibu memakai metode sesuai dengan pilihanya

Intervensi menurut Saifuddin (2010:U-3):

a) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.

R/ Meyakinkan klien membangun rasa percaya diri.

b) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).

R/ Dengan mengetahui informasi tentang diri klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang akan dibutuhkan klien.

c) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi, kontraindikasi.

R/ Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang diinginkan.

d) Bantulah klien menentukan pilihanya.

R/ klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhanya.

e) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.

R/Penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien.

f) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihanya.

R/Penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

g) Persilahkan untuk klien dan suami mengisi *informed consent*.

R/ Setiap tindakan medis yang mengandung resiko harus dengan persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan.

h) Konseling pra pelayanan KB paska salin meliputi cara kerja, cara penggunaan, keuntungan, kerugian,indikasi, kontraindikasi, waktu penggunaan.

R/Jika ibu mendapatkan konseling sebelum pemakaian maka dapat lebih mantap dalam pemakaian metode kontrasepsi.

i) Pelayanan pemakaian alat kontrasepsi yang sesuai dengan pilihan ibu.

R/ Pelayanan yang baik dapat memberikan kenyamanan dan kepercayaan diri klien.

j) Memberikan konseling pasca pelayanan kontrasepsi meliputi penyampaian efek samping penggunaan, yang harus dilakukan jika timbul keluhan dan jadwal kontrol ulang.

R/Konseling pasca pelayanan ibu tidak akan khawatir jika ada efek samping dan kunjungan ulang

1) Masalah 1: *Amenorhea*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria : Ibu bisa beradaptasi dengan keadaanya

Intervensi menurut Saifuddin (2010:U-4) :

(a) Kaji pengetahuan pasien tentang *amenorhea.*

R/Mengetahui tingkat pengetahuan pasien

(b) Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul di dalam rahim.

R/Ibu dapat merasa tenang dengan keadaan kondisinya

(c) Bila terjadi kehamilan hentikan penggunaan KB, bila kehamilan ektopik segera rujuk.

R/Pengguanaan KB pada kehamilan dapat mempengaruhi kehamilan dan kehamilan ektopik lebih besar pada pengguna KB.

2) Masalah 2 : Pusing

Tujuan :Setelah diberikan asuhan, pusing dapat teratasi dan ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya.

Kriteria :Tidak merasa pusing dan mengerti efek samping dari KB hormonal

Intervensi menurut (Mochtar, 2008:33)

(a) Kaji keluhan pusing pasien

R/Membantu menegakkan diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya untuk pengobatan.

(b) Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara

R/Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal.

(c) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

R/Teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri.

3) Masalah 3: Perdarahan bercak/*spotting*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya

Kriteria : Keluhan ibu terhadap masalah bercak/*spotting* berkurang

Intervensi menurut Saifuddin (2010:ML-47) adalah:

(a) Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah

R/Klien mampu mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek menggunakan KB hormonal adalah terjadinya perdarahan bercak/spotting.

4) Masalah 4 : 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 Maritalia (2012:143) :

(a) Lepaskan AKDR jika klien menghendaki

R/Perdarahan yang banyak merupakan komplikasi dari penggunaan AKDR.

(b) Lakukan kolaborasi dengan dokter

R/ Perdarahan yang tidak bisa berhenti harus dilakukan rujukan ke tempat tenaga kesehatan yang lebih berkompeten

5) Masalah 5 : Kenaikan Berat badan

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak khawatir lagi dengan kenaikan berat badannya

Kriteria :Keluhan ibu dengan masalah berat badan berkurang

Intervensi (Maritalia 2012:143) :

(a) Lakukan penyuluhan dan penjelasan tentang efek samping dari KB

R/ Akseptor akan mengerti dengan efek samping dari penggunaan kb

D. Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI No.77, 2008)

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 Kepmenkes RI No. 133 (2007:7). Evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut :

S : Adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa.

O : Adalah obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A :Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P :Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi atau *follow up* dan rujukan.

G. Pelayanan Kebidanan Di Masa Pandemi

a. Jika tidak ada keluhan, akseptor IUD/Implan dapat menunda untuk kontrol ke Bidan. Pelayanan KB baru/kunjungan ulang - membuat janji melalui telepon terlebih dahulu.

b. Melakukan pengkajian komprehensif sesuai standar, dengan kewaspadaan Covid-19. Bidan dapat berkoordinasi dengan RT/RW/Kades untuk informasi ttg status ibu (ODP/PDP/Covid +).

c. Pelayanan KB dilakukan sesuai standar menggunakan APD level 1 atau 2, konseling memotivasi menggunakan MKJP (Metode Kontrasepsi Jangka Panjang), tidak perlu kontrol rutin (kecuali ada keluhan).

d. Kunjungan ulang Akseptor Suntik/Pil tidak dapat diberikan, untuk sementara ibu menggunakan kondom/pantang berkala/senggama terputus, bidan dapat kerjasama dengan PLKB (Petugas Lapangan Keluarga Berencana) untuk distribusi pil.

e. Akseptor, pendamping dan semua tim yang bertugas menggunakan masker dan menerapkan protokol pencegahan covid-19.

f. Konsultasi KB, penyuluhan dan konseling dilakukan secara online, dimotivasi dan didorong untukk beralih menggunakan MKJP (Metode Kontrasepsi Jangka Panjang) sebagai pilihan yg tepat diera New Normal ,dan tidak perlu kontrol rutin. (IBI, 2020)

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONOROGO