

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori (Pengertian dan Proses atau Etiologi)

2.1.1. Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi (Yulistiana, 2015: 81). Manuaba, 2012, mengemukakan kehamilan adalah proses mata rantai yang bersinambungan dan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (*implantasi*) pada uterus, pembentukan placenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Sholichah, Nanik, 2017: 79-80). Manuaba (2010) mengemukakan lama kehamilan berlangsung sampai persalinan aterm (cukup bulan) yaitu sekitar 280 sampai 300 hari (Kumalasari. 2015: 1).

Menurut Departemen Kesehatan RI, 2007, kehamilan adalah masa dimulai saat konsepsi sampai lahirnya janin, lamanya hamil normal 280 hari (40 minggu / 9 bulan 7 hari) di hitung dari triwulan/

trimester pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, trimester/ trimester ke-2 dari bulan ke- 4 sampai 6 bulan, triwulan/ trimester ke-3 dari bulan ke-7 sampai ke-9 (Agustin, 2012: 12)

Kehamilan merupakan masa yang cukup berat bagi seorang ibu, karena itu ibu hamil membutuhkan dukungan dari berbagai pihak, terutama suami agar dapat menjalani proses kehamilan sampai melahirkan dengan aman dan nyaman (Yuliana, 2015:1).

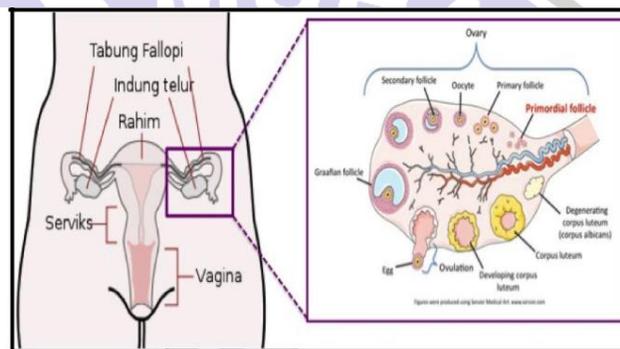
2. Proses Kehamilan

Bertemunya sel sperma laki-laki dan sel ovum matang dari wanita yang kemudian terjadi pembuahan, proses inilah yang mengawali suatu kehamilan. Untuk terjadi suatu kehamilan harus ada sperma, ovum, pembuahan ovum (konsepsi), implantasi (*nidasi*) yaitu perlekatan embrio pada dinding rahim, hingga *plasentasi* / pembentukan plasenta. Dalam proses pembuahan, dua unsur penting yang harus ada yaitu sel telur dan sel sperma. Sel telur diproduksi oleh indung telur atau ovarium wanita, saat terjadi ovulasi seorang wanita setiap bulannya akan melepaskan satu sel telur yang sudah matang, yang kemudian ditangkap oleh rumbai – rumbai (*microfilamen fimbria*) dibawa masuk ke rahim melalui saluran telur (*tuba fallopi*), sel ini dapat bertahan hidup dalam kurun waktu 12-48 jam setelah ovulasi. Berbeda dengan wanita yang melepaskan satu sel telur setiap bulan, hormon pria *testis* dapat terus bekerja untuk menghasilkan sperma. Saat melakukan senggama (*coitus*), berjuta-juta sel sperma (*spermatozoon*) masuk ke dalam rongga rahim melalui saluran telur untuk mencari sel telur yang akan di buahi dan pada akhirnya hanya satu sel sperma terbaik yang bisa membuahi sel telur.

1. Sel Telur (*ovum*)

Sel telur berada di dalam indung telur atau ovarium. Sel telur atau *ovum* merupakan bagian terpenting di dalam indung telur atau ovarium wanita. Setiap bulannya, 1-2 ovum dilepaskan oleh indung telur melalui peristiwa yang disebut *ovulasi*. Ovum dapat dibuahi apabila sudah melewati proses *oogenesis* yaitu proses pembentukan dan perkembangan sel telur didalam ovarium dengan waktu hidup 24-48 jam setelah ovulasi, sedangkan pada pria melalui proses

spermatogenesis yaitu keseluruhan proses dalam memproduksi sperma matang. Sel telur mempunyai lapisan pelindung berupa sel-sel granulose dan zona pellusida yang harus di tembus oleh sperma untuk dapat terjadi suatu kehamilan (Megasari, dkk, 2015: 25). Ovarium terbagi menjadi dua, yaitu sebelah kiri dan kanan, didalamnya terdapat *follicel primary* (folikel ovarium yang belum matang) sekitar 100.000 (Sunarti, 2013: 24). Ovarium berfungsi mengeluarkan sel telur/ *ovum* setiap bulan, dan meghasilkan hormone *estrogen* dan *progesterone*



Gambar 2.1

Letak dan Gambaran Potongan Melintang Ovarium

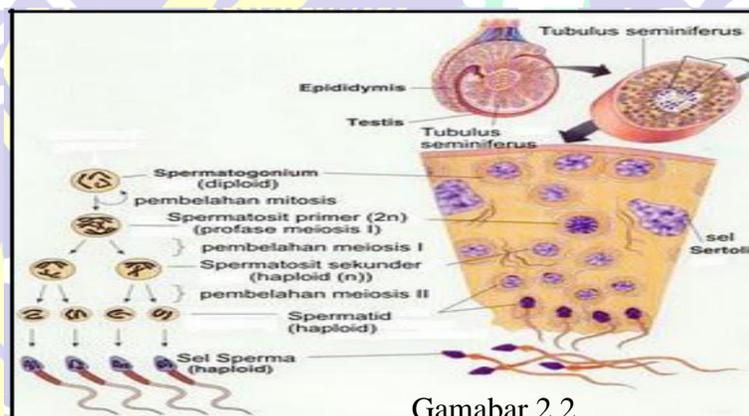
Sumber : kharisma-woman & education. de (diakses 10 Agustus 2017)

Ovarium terletak di dalam daerah rongga perut (*cavitasperitonealis*) pada cekungan kecil di dinding posterior *ligamentum latum*/ ligamen yang melekat pada kedua sisiuterus, dengan ukuran 3cm x 2cm x 1cm dan beratnya 5-8 gram (Megasari, dkk, 2015: 19). Didalam ovarium terjadi siklus perkembangan folikel, mulai dari folikel yang belum matang /folikel primordial menjadi folikel yang sudah masak/ matang (*follicel de graff*). Pada siklus haid, folikel yang sudah matang akan pecah menjadi suatu korpis yang disebut *corpusrubrum* yang mengeluarkan hormon esterogen, saat hormonLH (*luteinizing hormone*) meningkat sebagai sebagai reaksi tubuh akibat naiknya kadar esterogen yang disebut dengan *corpus luteum* / massa jaringan kuning di ovarium yang akanmenghambat kerja hormon FSH (*follicel stimulating hormone*) dengan menghasilkan hormon progesteron dan berdegenerasi, jika

tidak terjadi pembuahan korpus ini akan berubah menjadi *corpus albican*/ badan putih dan siklus baru pun dimulai.

2. Sel Sperma (*spermatozoa*)

Sperma mempunyai bentuk/ susunan yang sempurna yaitu kepala berbenruk lonjong agak gopeng berisi inti (nucleus), diliputi oleh akrosom dan membran plasma. leher sperma menghubungkan kepala dan bagian tengah sperma. Ekor sperma mempunyai panjang kurang lebih 10 kali bagian kepala dan dapat bergetar sehingga sperma dapat bergerak dengan cepat.



Gambar 2.2

Proses Pembentukan Sel Sperma

Sember : <http://jatim.bkkbn.go.id.proses-pembentukan-sperma>

(diakses 18 Agustus 2017).

Sama halnya ovum yang melalui proses pematangan, sperma juga melalui proses pematangan (*spermatogenesis*) yang berlangsung di tubulus seminiferus testis. Meskipun begitu terdapat perbedaanya yang jelas yaitu setelah melalui proses penggandaan/ replikasi DNA dan pembelahan sel dengan jumlah kromosom yang sama (*mitosis*) serta proses pembelahan sel dengan pengurangan materi genetika pada sel anak yang dihasilkan (*meiosis*) yaitu untuk satu oogonium diploid menghasilkan satu ovum haploid matur/ matang, sedangkan untuk satu spermatogonium diploid menghasilkan empat spermatozoa haploid matur. Pada sperma jumlahnya akan berkurang tetapi

tidak habis seperti ovum dan tetap diproduksi meskipun pada lanjut usia. Sperma juga memiliki enzim *hyaluronidase* yang akan melunakkan sel – sel graulosa (sel pelindung ovum) saat berada dituba. Dalam 100 juta sperma pada setiap mililiter air mani yang dihasilkan, rata-rata 3 cc tiap ejakulasi, dengan kemampuan fertilisasi selama 2 – 4 hari, rata-rata 3 hari (Holmes, 2011: 26).

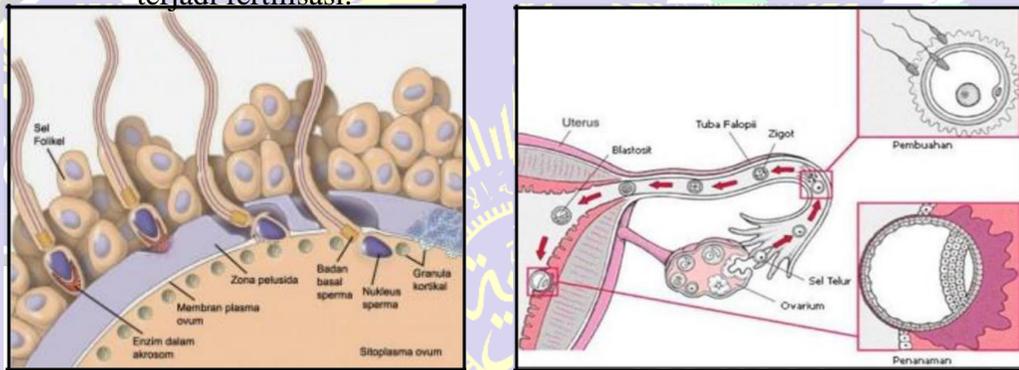
3. Pembuahan Ovum (Konsepsi)

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia konsepsi yaitu percampuran inti sel jantan dan inti sel betina, definisi lain konsepsi/ fertilisasi yaitu pertemuan sel ovum dan sel sperma (*spermatozoon*) dan membentuk zigot (Sunarti, 2013: 31). Konsepsi terjadi sebagai dampak beberapa peristiwa kompleks yang mencakup proses pematangan akhir spermatozoa dan oosit, transpor gamet didalam saluran genetalia wanita, selanjutnya pelepasan gamet pria dan wanita, pembentukan jumlah kromosom diploid (Holmes, 2011:17). Sebelum terjadinya konsepsi dua proses penting juga terjadi, yang pertama *ovulasi* (runtuhnya/ lepasnya ovum dari ovarium/ indung telur sebagai hasil pengeluaran dari folikel dalam ovarium yang telah matang (*matur*). Ovum yang sudah dilepaskan selanjutnya masuk kedalam uterus (*tuba fallopi*) dibantu oleh rumbai – rumbai (*microfilamen fimbria*) yang menyapunya hingga ke tuba. Ovum siap dibuahi setelah 12 jam dan hidup selama 48 jam (Sunarti, 2013: 32), apabila dalam kurun waktu tersebut gagal bertemu sperma, maka ovum akan mati dan hancur. Kedua *inseminasi* yaitu pemasukan sperma (*ekspulsi semen*) dari uretra pria kedalam genetalia/ vagina wanita. Berjuta-juta sperma masuk kedalam saluran reproduksi wanita setiap melakukan *ejakulasi semen* / pemancaran cairan mani. Dengan menggerakkan ekor dan bantuan kontraksi muskular yang ada, sperma terus bergerak menuju tuba melalui uterus. Dari berjuta-juta sperma yang masuk hanya beberapa ratus ribu yang dapat meneruskan ke uterus menuju *tubafallopi*, dan hanya beberapa ratus yang hanya sampai pada *ampulla tuba* (Sunarti, 2013: 32). Bila ovulasi terjadi pada haritersebut, ovum dapat segera di buahi oleh sperma yang memiliki cukup banyak enzim *hialuronidase* (enzim yang menembus selaput yang melindungi ovum). Hanya ada satu dari ratusan sperma yang dapat membuahi ovum dan membentuk zigot.

4. Fertilisasi

Menurut Kamus Saku Kedokteran Dorlan definisi fertilisasi (*fertilization*) yaitu penyatuan gamet jantan dan betina untuk membentuk zigot yang diploid dan menimbulkan terbentuknya individu baru. Fertilisasi adalah proses ketika gamet pria dan wanita bersatu, yang berlangsung selama kurang lebih 24 jam, idealnya proses ini terjadi di *ampula tuba* yaitu tabung kecil yang memanjang dari uterus ke ovarium pada sisi yang sama

sebagai jalan untuk *oosit* menuju rongga uterus juga sebagai tempat biasanya terjadi fertilisasi.



Gambar 2.3

Tahap Sperma Memasuki Ovum

(Sumber: <http://hypnobirththingsurabaya.com> (diakses 18 Agustus 2017)).

Sebelum keduanya bertemu, terdapat tiga fase yang terjadi diantaranya:

a. Fase Penembusan Korona Radiata

Dari 200-300 juta hanya sekitar 300-500 yang sampai di tuba fallopi yang bisa menembus korona radiata karena sudah mengalami proses kapasitasi,

b. Fase Penembusan Zona Pellusida

Yaitu sebuah perisai glikoprotein di sekeliling ovum yang mempermudah dan mempertahankan pengikatan sperma dan menginduksi reaksi akrosom. Spermatozoa yang bisa menempel di zona pellusida, tetapi hanya satu yang memiliki kualitas terbaik mampu menembus oosit

c. Fase Penyatuan Oosit dan Membran Sel Sperma

Setelah menyatu maka akan dihasilkan zigot yang mempunyai kromosom diploid dan terbentuk jenis kelamin baru (Megasari, dkk, 2015: 27).

Zigot yang terdiri atas bahan genetik dari wanita dan pria, pada manusia terdapat 46 kromosom dengan rincian 44 dalam bentuk *autosom* (kromosom yang bukan kromosom seks) sedangkan lainnya sebagai kromosom pembawa tanda seks, pada seorang pria satu kromosom X dan satu kromosom Y. Sedangkan pada wanita dengan tanda seks kromosom X. Jika *spermatozoon* kromosom X bertemu, terjadi jenis kelamin wanita dan sedangkan bila kromosom seks Y bertemu, terjadi jenis kelamin pria, sehingga yang menentukan jenis kelamin adalah kromosom dari pria/ pihak suami (Sunarti, 2013: 32). Sekitar 24 jam setelah konsepsi, zigot mengalami pembelahan menjadi 4 sel, 8 sel hingga 16 sel yang disebut *blastomer* (sel yang dihasilkan dari pembelahan ovum yang sudah dibuahi). Setelah tiga hari sel-sel tersebut akan membelah membentuk buah arbei dari 16 sel tersebut atau disebut dengan *morula* dalam waktu empat hari. Saat morula masuk kedalam rongga rahim, cairan mulai menembus *zona pellusida* lalu masuk kedalam ruang sel yang ada dimassa sel dalam. Berangsur – angsur ruang antar sel menyatu dan akhirnya terbentuklah sebuah rongga (*blastocoele*) biasa disebut blastokista dalam waktu lima hari. Pada sel bagian dalam disebut embrioblas dan bagian luar disebut trofoblas. Seiring bergulirnya blastula menuju rongga uterus, zona pellusida/ membran luar blastula akan menipis dan akhirnya menghilang sehingga trofoblas dapat memasuki dinding rahim/ endometrium dan siap berimplantasi di dalam dinding uterus.

5. Implantasi (*nidasi*)

Pada hari keenam, lapisan trofoblas blastosis bersentuhan dengan endometrium uterus, biasanya terjadi di dinding posterior atas dan mulai berimplantasi. Pada lapisan luar sel (*trofoblas*), dapat mengeluarkan enzim proteolitik (enzim yang kaya protein) yang melarutkan sebagian endometrium. Jaringan endometrium banyak mengandung sel-sel desidua yaitu sel-sel besar yang banyak mengandung glikogen dan mudah dihancurkan oleh trofoblas, lalu sel-sel trofoblas (*sinsitiotrofoblas*) menyekresi enzim yang mengikis endometrium untuk membantu penyediaan nutrisi bagi embrio yang tengah berkembang serta membantu perlekatan embrio pada endometrium. Blastula berisi massa sel dalam (*inner cell mass*) akan mudah masuk ke dalam desidua, menyebabkan luka yang kemudian sembuh dan menutup lagi. Saat nidasi terjadi sedikit perdarahan akibat luka desidua (tanda *hartman*) (Megasari, dkk. 2015: 28).

3. Tanda – Tanda Kehamilan

Ada 2 tanda yang menunjukkan seorang wanita mengalami suatu kehamilan, tanda pasti dan tanda tidak pasti. Tanda tidak pasti dibagi menjadi dua, pertama tanda subjektif (*presumptif*) yaitu dugaan atau perkiraan seorang wanita mengalami suatu kehamilan, kedua tanda objektif (*probability*) atau kemungkinan hamil.

a. Tanda Pasti

1) Terdengar Denyut Jantung Janin (DJJ)

Denyut jantung janin dapat didengarkan dengan stetoskop *Laennec*/stetoskop *Pinard* pada minggu ke 17-18. Sertadapat didengarkan dengan stetoskop ultrasonik (*Doppler*) sekitar minggu ke 12. Auskultasi pada janin dilakukan dengan mengidentifikasi bunyi-bunyi lain yang menyertai seperti bising tali pusat, bising uterus, dan nadi ibu (Kumalasari, 2015: 3).

2) Melihat, meraba dan mendengar pergerakan anak saat melakukan pemeriksaan,

3) Melihat rangka janin pada sinar *rontgen* atau dengan USG (Sunarti, 2013: 60).

b. Tanda – Tanda Tidak Pasti

1) Tanda Subjektif (Presumtif/ Dugaan Hamil)

a) Amenorrhea (Terlambat datang bulan)

Yaitu kondisi dimana wanita yang sudah mampu hamil, mengalami terlambat haid/ datang bulan. Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel degraaf dan ovulasi. Pada wanita yang terlambat haid dan diduga hamil, perlu ditanyakan hari pertama haid terakhirnya (HPHT). supaya dapat ditaksir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan (TTP) yang dihitung dengan menggunakan rumus Naegele yaitu TTP : (hari pertama HT + 7), (bulan - 3) dan (tahun + 1) (Kumalasari, 2015: 12).

b) Mual (*nausea*) dan Muntah (*vomiting*)

Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan menimbulkan mual muntah yang terjadi terutama pada pagi hari yang disebut dengan *morning sickness*. Akibat mual dan muntah ini nafsu makan menjadi berkurang. Dalam batas yang fisiologis hal ini dapat diatasi Dalam batas tertentu hal ini masih fisiologis Untuk mengatasinya ibu dapat diberi makanan ringan yang mudah dicerna dan tidak berbau menyengat (Kumalasari, 2015: 2).

c) Mengidam

Wanita hamil sering makan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut dengan mengidam, seringkali keinginan makan dan minum ini sangat kuat pada bulan – bulan pertama kehamilan. Namun hal ini akan berkurang dengan sendirinya seiring bertambahnya usia kehamilan.

d) *Syncope* (pingsan)

Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan syncope atau pingsan bila berada pada tempat-tempat ramai yang sesak dan padat. Keadaan ini akan hilang sesudah kehamilan 16 minggu (Kumalasari, 2015: 2).

e) Perubahan Payudara

Akibat stimulasi prolaktin dan HPL, payudara mensekresi kolostrum, biasanya setelah kehamilan lebih dari 16 minggu (Sartika, 2016: 8). Pengaruh estrogen – progesteron dan somatotropin menimbulkan deposit lemak, air dan garam pada payudara. Payudara membesar dan tegang, ujung saraf tertekan menyebabkan rasa sakit terutama pada hamil pertama (Kumalasari, 2015: 2). Selain itu, perubahan lain seperti pigmentasi, puting susu, sekresi kolostrum dan pembesaran vena yang semakin bertambah seiring perkembangan kehamilan.

f) Sering miksi

Sering buang air kecil disebabkan karena kandung kemih tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Gejala ini akan hilang pada triwulan kedua kehamilan. Pada akhir kehamilan, gejala ini kembali karena kandung kemih ditekan oleh kepala janin (Prawirohardjo, 2011: 100).

g) Konstipasi atau obstipasi

Pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltik usus (tonus otot menurun) sehingga kesulitan untuk BAB (Sunarsih, 2011: 111).

h) Pigmentasi kulit

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

- a) Daerah pipi : *Cloasma gravidarum* (penghitaman pada daerah dahi, hidung, pipi, dan leher)
- b) Daerah leher : Terlihat tampak lebih hitam
- c) Dinding perut : *Strie livide/ gravidarum* yaitu tanda yang dibentuk akibat serabut-serabut elastis lapisan kulit terdalam terpisah dan putus/ merenggang, bewarna kebiruan, kadang dapat menyebabkan rasa gatal (*pruritus*), *linea alba* atau garis keputihan di perut menjadi lebih hitam (*linea nigra* atau garis gelap vertikal mengikuti garis perut (dari pusat-simpisis) (Sunarti, 2013: 45)..
- d) Sekitar payudara : hiperpigmentasi areola mammae sehingga terbentuk areola sekunder. Pigmentasi areola ini berbeda pada tiap wanita, ada

yang merah muda pada wanita kulit putih, coklat tua pada wanita kulit coklat, dan hitam pada wanita kulit hitam. Selain itu, kelenjar montgomeri menonjol dan pembuluh darah menifes sekitar payudara.

e) Sekitar pantat dan paha atas : terdapat striae akibat pembesaran bagian tersebut.

f) Epulis

Hipertropi papilla gingivae/ gusi, sering terjadi pada trimester pertama.

g) Varises (penampakan pembuluh darah vena)

Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pelebaran pembuluh darah terutama bagi wanita yang mempunyai bakat. Varises dapat terjadi di sekitar genitalia eksterna, kaki dan betis serta payudara. Penampakan pembuluh darah ini dapat hilang setelah peralihan (Hani, 2011: 79).

a. Tanda Obyektif (Probability/ Kemungkinan)

1. Pembesaran Rahim/ Perut

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

2. Perubahan Bentuk dan Konsistensi Rahim

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

3. Perubahan Pada Bibir Rahim

Perubahan ini dapat dirasakan pada saat pemeriksaan dalam, hasilnya akan teraba keras seperti meraba ujung hidung, dan bibir rahim teraba lunak seperti meraba bibir atau ujung bawah daun telinga (Sunarti, 2013: 62).

4. Kontraksi *Braxton Hicks*

Kontraksi rahim yang tidak beraturan yang terjadi selama kehamilan, kontraksi ini tidak terasa sakit, dan menjadi cukup kuat menjelang akhir

kehamilan. Pada waktu pemeriksaan dalam, terlihat rahim yang lunak seakan menjadi keras karena berkontraksi.

5. Adanya *Ballotement*

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

6. Tanda *Hegar* dan *Goodells*

Tanda *hegar* yaitu melunaknya isthmus uteri (daerah yang mempertemukan leher rahim dan badan rahim) karena selama masa hamil, dinding –dinding otot rahim menjadi kuat dan elastis sehingga saat di lakukan pemeriksaan dalam akan teraba lunak dan terjadi antara usia 6-8 minggu kehamilan dan tanda *goodells* yaitu melunaknya serviks akibat pengaruh hormonesterogen yang menyebabkan massa dan kandungan air meningkat sehingga membuat serviks menjadi lebih lunak (Kumalasari, Intan. 2015: 4).

7. Tanda *Chadwick*

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

8. *Hyperpigmentasi* Kulit

Bintik –bintik hitam (*hyperpigmentasi*) pada muka disebut *chloasma gravidarum*. *Hyperpigmentasi* ini juga terdapat pada *areola mammae* atau lingkaran hitam yang mengelilingi putingsusu, pada *papilla mammae* (puting susu) dan di perut. Pada wanita yang tidak hamil hal ini dapat terjadi kemungkinan disebabkan oleh faktor alergi makanan, kosmetik, obat-obatan seperti pil KB (Sunarti, 2013: 63).

Beberapa test yang dapat dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya suatu kehamilan yaitu:

1. Tes Urine

Tes urine dapat dilakukan dirumah atau dilaboratorium. *Tes Pack* atau alat tes kehamilan yang banyak digunakan oleh pasangan suami istri secara mandiri dengan mudah, meskipun terdapat banyak macam jenis tes pack baik yang berbentuk strip (sekali pakai), berbentuk pena, atau batangan kecil tetapi pada prinsipnya cara kerja tes pack tersebut sama, yaitu untuk mengetahui ada tidaknya peningkatan hormon kehamilan HCG (*Human Chorionicgonadotropin*) di dalam tubuh. Jika memang hamil, hormon initerdapat di dalam urine dan darah. Peningkatan HCG terjadi kurang lebih satu minggu setelah ovulasi, sehingga disarankan agar melakukan tes minimal tujuh hari supaya hasil yang diperoleh lebih akurat. Selain cara mendapatkannya yang mudah, penggunaanya juga mudah yaitu dengan cara mencelupkan atau menetesinya dengan urin pengguna, tunggu selama beberapa menit hingga muncul tanda positif negatif atau berapa jumlah strip yang muncul (sesuai petunjuk penggunaan sebelum menggunakannya). Tes ini sebaiknya dilakukan di pagi hari, karena saat pagi hari (bangun tidur) urine dalam keadaan murni belum tercampur oleh zat-zat makanan yang dikonsumsi (Siswosuharjo, Suwigno & Fitria C. 2011: 28-29).

2. Tes Darah

Prinsipnya sama dengan tes urine yaitu menguji adanya HCG dalam tubuh. Bedanya, tes darah ini tidak dapat dilakukan sendiri dirumah, melainkan dilakukan di laboratorium dengan jalan mengambil contoh darah. Jika terdapat peningkatan HCG didalam darah, maka dinyatakan positif hamil, demikian juga seterusnya.

3. Tes USG (*Ultra Sonography*)

Tes ini di lakukan oleh seorang dokter dengan memastikan kehamilan melalui USG yang dapat melihat bagian dalam tubuh manusia. Dari gambaran yang ditampilkan alat tersebut, dokter akan melihat didalam rahim terdapat embrio atau tidak. Jika kehamilan sudah berjalan enam minggu, alat ini sangat

membantu dokter dalam menganalisis suatu kehamilan. Selain melihat ada tidaknya embrio, penggunaan USG juga dapat digunakan untuk mengetahui taksiran persalinan, perkiraan usia kehamilan, serta perkiraan berat badan dan panjang janin (Siswosuharjo, Suwignyo & Fitria C. 2011: 30).

4. Perubahan Fisiologis dalam Masa Kehamilan

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

1. Perubahan Sistem Reproduksi

a. Vagina dan Vulva

Vagina sampai minggu ke-8 terjadi peningkatan *vaskularisasi* atau penumpukan pembuluh darah dan pengaruh hormon estrogen yang menyebabkan warna kebiruan pada vagina yang disebut dengan tanda *Chadwick*. Perubahan pada dinding vagina meliputi peningkatan ketebalan mukosa vagina, pelunakan jaringan penyambung, dan hipertrofi (pertumbuhan abnormal jaringan) pada otot polos yang merenggang, akibat perenggangan ini vagina menjadi lebih lunak. Respon lain pengaruh hormonal adalah sekresi sel-sel vagina meningkat, sekresi tersebut berwarna putih dan bersifat sangat asam karena adanya peningkatan PH asam sekitar (5,2 – 6). Keasaman ini berguna untuk mengontrol pertumbuhan bakteri patogen/ bakteri penyebab penyakit (Kumalasari, Intan. 2015 : 4)

b. Uterus/ Rahim

Perubahan yang amat jelas terjadi pada uterus/ rahim sebagai ruang untuk menyimpan calon bayi yang sedang tumbuh.

Perubahan ini disebabkan antara lain:

- 1) Peningkatan vaskularisasi dan dilatasi pembuluh darah

2) Hipertrofi dan hiperplasia (pertumbuhan dan perkembangan jaringan abnormal) yang menyebabkan otot-otot rahim menjadi lebih besar, lunak dan dapat mengikuti pembesaran rahim karena pertumbuhan janin.

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

Ukuran uterus sebelum hamil sekitar 8 x 5 x 3 cm dengan berat 50 gram (Sunarti, 2013: 43). Uterus bertambah berat sekitar 70-1.100 gram selama kehamilan dengan ukuran uterus saat umur kehamilan aterm adalah 30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas > 4.000 cc. Pada perubahan posisi uterus di bulan pertama berbentuk seperti alpukat, empat bulan berbentuk bulat, akhir kehamilan berbentuk bujur telur. Pada rahim yang normal/ tidak hamil sebesar telur ayam, umur dua bulan kehamilan sebesar telur bebek, dan umur tiga bulan kehamilan sebesar telur angsa (Kumalasari, Intan. 2015: 5). Dinding – dinding rahim yang dapat melunak dan elastis menyebabkan fundus uteri dapat didefleksikan yang disebut dengan *Mc.Donald*, serta bertambahnya lunak korpus uteridan serviks di minggu kedelapan usia kehamilan yang dikenal dengan tanda *Hegar*. Perhitungan lain berdasarkan perubahan tinggi fundus menurut Kusumawati (2011) dalam Sartika, Nita. (2016: 9) dengan jalan mengukur tinggi fundus uteri dari simfisis maka diperoleh, usia kehamilan 22-28 minggu : 24-26 cm, 28 minggu : 26,7 cm, 30 minggu : 29-30 cm, 32 minggu : 29,5-30 cm, 34 minggu : 30 cm, 36 minggu : 32 cm, 38 minggu : 33 cm, 40 minggu : 37,7 cm.

c. Serviks

Akibat pengaruh hormon estrogen menyebabkan massa dan kandungan air meningkat sehingga serviks mengalami peningkatan *vaskularisasi* dan *oedem* karena meningkatnya suplai darah dan terjadi penumpukan pada pembuluh darah menyebabkan serviks menjadi lunak tanda (*Goodell*) dan berwarna kebiruan (*Chadwic*) perubahan ini dapat terjadi pada tiga bulan pertama usia kehamilan.

d. Ovarium

Manuaba mengemukakan dengan adanya kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia 16 minggu (Sinta, Janing. 2012. www.bidanshare.wordpress.com diakses 1 September 2017). Pada kehamilan ovulasi berhenti, *corpus luteum* terus tumbuh hingga terbentuk plasenta yang mengambil alih pengeluaran hormon estrogen dan progesteron.

e. Kulit

Pada kulit terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh *Melanocyte StimulatingHormone* atau hormon yang mempengaruhi warna kulit pada lobus hipofisis anterior dan pengaruh kelenjar suprarenalis (kelenjar pengatur hormon adrenalin). Hiperpigmentasi ini terjadi pada daerah perut (*striaegravidarum*), garis gelap mengikuti garis diperut (*linia nigra*), areola mama, papilla mammae, pipi (*cloasmagravidarum*). Setelah persalinan hiperpigmentasi ini akan berkurang dan hilang.

f. Payudara

Perubahan ini pasti terjadi pada wanita hamil karena dengan semakin dekatnya persalinan, payudara menyiapkan diri untuk memproduksi makanan pokok untuk bayi baru lahir. Perubahan yang terlihat diantaranya:

- 1) Payudara membesar, tegang dan sakit hal ini dikarenakan karena adanya peningkatan pertumbuhan jaringan alveoli dan suplai darah yang meningkat akibat perubahan hormon selama hamil.
- 2) Terjadi pelebaran pembuluh vena dibawah kulit payudara yang membesar dan terlihat jelas.
- 3) Hiperpigmentasi pada areola mammae dan puting susu serta muncul areola mammae sekunder atau warna tampak kehitaman pada puting susu yang menonjol dan keras.
- 4) Kelenjar *Montgomery* atau kelenjar lemak di daerah sekitar puting payudara yang terletak di dalam areola mamame membesar dan dapat

terlihat dari luar. Kelenjar ini mengeluarkan banyak cairan minyak agar puting susu selalu lembab dan lemas sehingga tidak menjadi tempat berkembang biak bakteri.

- 5) Payudara ibu mengeluarkan cairan apabila di pijat. Mulai kehamilan 16 minggu, cairan yang dikeluarkan bewarna jernih. Pada kehamilan 16 minggu sampai 32 minggu warna cairan agak putih seperti air susu yang sangat encer. Dari kehamilan 32 minggu sampai anak lahir, cairan yang keluar lebih kental, berwarna kuning, dan banyak mengandung lemak. Cairan ini di sebut kolostrum (Saminem. 2011: 2-3).

2. Sistem Sirkulasi Darah (Kardiovaskular)

Volume darah semakin meningkat karena jumlah serum lebih besar daripada pertumbuhan sel darah sehingga terjadi *hemodelusi* atau pengenceran darah. Volume darah ibumeningkat sekitar 30%-50% pada kehamilan tunggal, dan 50% pada kehamilan kembar, peningkatan ini dikarenakan adanya retensi garam dan air yang disebabkan sekresi *aldosteron* dari hormon *adrenal* oleh estrogen. *Cardiac output* atau curah jantung meningkat sekitar 30%, pompa jantung meningkat 30% setelah kehamilan tiga bulan dan kemudian melambat hingga umur 32 minggu. Setelah itu volume darah menjadi relatif stabil (Kumalasari, Intan. 2015: 5). Jumlah sel darah merah semakin meningkat, hal ini untuk mengimbangi pertumbuhan janin dalam rahim, tetapi penambahan sel darah tidak seimbang dengan peningkatan volume darah sehingga terjadi hemodelusi yang disertai anemia fisiologis (Saminem. 2011: 4). Dengan terjadinya hemodelusi, kepekatan darah berkurang sehingga tekanan darah tidak udah tinggi meskipun volume darah bertambah.

3. Perubahan Sistem Pernafasan (*Respirasi*)

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

zat asam (pertukaran oksigen dan karbondioksida) untuk kebutuhan ibu dan janin.

4. Perubahan Sistem Perkemihan (*Urinaria*)

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

5. Perubahan Sistem Endokrin

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

6. Perubahan Sistem Gastrointestinal

Perubahan pada sistem gasrointestinal tidak lain adalah pengaruh dari faktor hormonal selama kehamilan. Tingginya kadar progesteron mengganggu keseimbangan cairan tubuh yang dapat meningkatkan kolesterol darah dan memperlambat kontraksi otot-otot polos, hal ini mengakibatkan gerakan usus (*peristaltik*) berkurang dan bekerja lebih lama karena adanya desakan akibat tekanan dari uterus yang membesar sehingga pada ibu hamil terutama pada kehamilan trimester 3 sering mengeluh konstipasi/sembelit. Selain itu adanya

pengaruh estrogen yang tinggi menyebabkan pengeluaran asam lambung meningkat dan sekresi kelenjar air liur (*saliva*) juga meningkat karena menjadi lebih asam dan lebih banyak. Menyebabkan daerah lambung terasa panas bahkan hingga dada atau sering disebut *heartburn* yaitu kondisi dimana makanan terlalu lama berada dilambung karena relaksasi spingter ani di kerongkongan bawah yang memungkinkan isi lambung kembali ke kerongkongan (Kumalasari, Intan. 2015: 7). Keadaan lain menimbulkan rasa mual dan pusing /sakit kepala pada ibu terutama di pagi hari (*morning sickness*) jika disertai muntah yang berlebihan hingga mengganggu aktivitas ibu sehari-hari disebut : *Hyperemesis gravidarum* (Sunarti. 2013: 47).

5. Perubahan Psikologis dalam Masa Kehamilan

1. Trimester I

Kehamilan mengakibatkan banyak perubahan dan adaptasi pada ibu hamil dan pasangan. Trimester pertama sering dianggap sebagai periode penyesuaian, penyesuaian seorang ibu hamil terhadap kenyataan bahwa dia sedang hamil. Fase ini sebagian ibu hamil merasa sedih dan ambivalen. Ibu hamil mengalami kekecewaan, penolakan, kecemasan, dan depresi terutama hal itu sering kali terjadi pada ibu hamil dengan kehamilan yang tidak direncanakan. Namun, berbeda dengan ibu hamil yang hamil dengan direncanakan dia akan merasa senang dengan kehamilannya. Masalah hasrat seksual ditrimester pertama setiap wanita memiliki hasrat yang berbeda-beda, karena banyak ibu hamil merasa kebutuhan kasih sayang besar dan cinta tanpa seks.

2. Trimester II

Menurut Ramadani & Sudarmiati (2013), Trimester kedua sering dikenal dengan periode kesehatan yang baik, yakni ketika ibu hamil merasa nyaman dan bebas dari segala ketidaknyamanan. Di trimester kedua ini ibu hamil akan mengalami dua fase, yaitu fase *pra-quickening* dan *pasca-quickening*. Di masa fase *pra-quickening* ibu hamil akan mengalami lagi dan mengevaluasi kembali semua aspek hubungan yang dia alami dengan ibunya sendiri. Di trimester kedua sebagian ibu hamil akan mengalami

kemajuan dalam hubungan seksual. Hal itu disebabkan di trimester kedua relatif terbebas dari segala ketidaknyamanan fisik, kecemasan, kekhawatiran yang sebelumnya menimbulkan ambivalensi pada ibu hamil kini mulai mereda dan menuntut kasih sayang dari pasangan maupun daeudari keluarganya (Rustikayanti, 2016: 63).

3. Trimester III

Kehamilan pada trimester ketiga sering disebut sebagai fase penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini ibu hamil mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga dia menjadi tidak sabar dengan kehadiran seorang bayi. Ibu hamil kembali merasakan ketidaknyamanan fisik karena merasa canggung, merasa dirinya tidak menarik lagi. Sehingga dukungan dari pasangan sangat dibutuhkan. Peningkatan hasrat seksual yang pada trimester kedua menjadi menurun karena abdomen yang semakin membesar menjadi halangan dalam berhubungan (Rustikayanti, 2016: 63).

6. Kebutuhan Dasar Pada Ibu Hamil

Agar janin dapat berkembang secara optimal, maka dalam proses pertumbuhan dan perkembangannya perlu dipenuhi oleh zat gizi yang lengkap, baik berupa vitamin, mineral, kalsium, karbohidrat, lemak, protein dan mineral. Oleh karena itu selama proses kehamilan seorang ibu hamil perlu mengonsumsi makanan dengan kualitas gizi yang sehat dan seimbang, karena pada dasarnya selama kehamilan berbagai zat gizi yang kita konsumsi akan berdampak langsung pada kesehatan dan perkembangan janin ibu sendiri. Selain gizi yang cukup, kebutuhan dasar selama ibu hamil juga harus diperhatikan, karena hal ini sangat berpengaruh terhadap kondisi ibu baik fisik maupun psikologisnya mengingat reaksi terhadap perubahan selama masa kehamilan antara satu dengan ibu hamil lainnya dalam penerimaannya tidaklah sama. Menurut Romauli (2011) kebutuhan dasar ibu hamil diantaranya:

1. Kebutuhan Ibu Hamil Trimester I

a) Diet dalam kehamilan Ibu dianjurkan untuk makan makanan yang mudah dicerna dan makan makanan yang bergizi untuk menghindari adanya rasa mual dan muntah begitu pula nafsu makan yang menurun. Pasien dianjurkan untuk mengkonsumsi makanan yang mengandung zat besi (150 mg besi sulfat, 300 mg besi glukonat), asam folat (0,4 - 0,8 mg/hari), kalori ibu hamil umur 23-50 tahun perlu kalori sekitar 23000 kkal), protein (74 gr/hari), vitamin dan garam mineral (kalsium, fosfor, magnesium, seng, yodium). Makan dengan porsi sedikit namun sering dengan frekuensi sedang. Ibu hamil juga harus cukup minum 6-8 gelas sehari.

b) Pergerakan dan gerakan badan

Selain menyehatkan badan, dengan bergerak secara tidak langsung hal ini meminimalkan rasa malas pada ibu untuk melakukan aktivitas-aktivitas yang tidak terlalu berat bagi ibu selama hamil, bergerak juga mendukung sistem kerja tubuh ibu selama hamil sehingga ibu yang memiliki nafsu makan yang tinggi dan berat badan yang lebih dapat terkontrol dan meminimalkan terjadinya obesitas/ kegemukan selama hamil. Pergerakan badan ibu sebagai bentuk olahraga tubuh juga bermanfaat melatih otot-otot dalam ibu menjadi lebih fleksibel/ lentur sehingga memudahkan jalan untuk calon bayi ibu saat memasuki proses persalinan.

Hygiene dalam kehamilan Ibu hamil boleh mengerjakan pekerjaan sehari-hari akan tetapi jangan terlalu lelah sehingga harus di selingi dengan istirahat. Istirahat yang dibutuhkan ibu 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Ibu dianjurkan untuk menjaga kebersihan badan untuk mengurangi kemungkinan infeksi, setidaknya ibu mandi 2-3 kali sehari, kebersihan gigi juga harus dijaga kebersihannya untuk menjamin perencanaan yang sempurna.

c) Koitus

Pada umumnya koitus diperbolehkan pada masa kehamilannya jika dilakukan dengan hati-hati. Pada akhir kehamilan, sebaiknya dihentikan karena dapat menimbulkan perasaan sakit dan perdarahan. Pada ibu yang mempunyai riwayat abortus, ibu dianjurkan untuk koitusnya di tunda sampai dengan 16 minggu karena pada waktu itu plasenta telah berbentuk. Pola seksual pada trimester III saat persalinan semakin dekat, umumnya hasrat libido kembali menurun, bahkan lebih drastis dibandingkan dengan saat trimester pertama. Perut yang makin membuncit membatasi gerakandan posisi nyaman saat berhubungan intim. Pegal dipunggung dan pinggul, tubuh bertambah berat dengan cepat, nafas lebih sesak (karena besarnya janin mendesak dada dan lambung). Selain hal fisik, turunnya libido juga berkaitan dengan kecemasan dan kekhawatiran yang meningkat menjelang persalinan. Sebenarnya tidak ada yang perlu dirisaukan jika kehamilan tidak disertai faktor penyulit. Hubungan seks sebaiknya lebih diutamakan menjaga kedekatan emosional daripada rekreasi fisik karena pada trimester terakhir ini, dapat terjadi kontraksi kuat pada wanita hamil yang diakibatkan karena orgasme. Hal tersebut dapat berlangsung biasanya sekitar 30 menit hingga terasa tidak nyaman. Jika kontraksi berlangsung lebih lama, menyakitkan, menjadi lebih kuat, atau ada indikasi lain yang menandakan bahwa proses kelahiran akan mulai. Akan tetapi, jika tidak terjadi penurunan libido pada trimester ketiga ini, hal itu normal saja. Ibu hamil berhak mengetahui pola seksual karena dapat terjadi kontraksi kuat pada wanita hamil yang diakibatkan karena orgasme.

d) Ibu diberi imnisasi TT1 dan TT2 (Sartika, Nita. 2016: 16).

2. Kebutuhan ibu hamil trimester II

a. Pakaian

Selama kehamilan Ibu dianjurkan untuk mengenakan pakaian yang nyaman digunakan dan yang berbahan katun untuk mempermudah penyerapan keringat. Menganjurkan ibu untuk tidak menggunakan sandal

atau sepatu yang berhak tinggi karena dapat menyebabkan nyeri pada pinggang.

b. Pola Makan

Nafsu makan meningkat dan pertumbuhan yang pesat makan ibu dianjurkan untuk mengkonsumsi protein, vitamin, juga zat besi. saat hamil kebutuhan zat besi sangat meningkat. Ibu hamil dianjurkan mengkonsumsi 90 tablet Fe selama hamil. Besarnya angka kejadian anemia ibu hamil disebabkan karena kurangnya mengkonsumsi tablet Fe. Efek samping tablet Fe adalah kadang terjadi mual karena bau tablet tersebut, muntah, perut tidak enak, susah buang air besar, tinja berwarna hitam, namun hal ini tidak berbahaya. Waktu yang dianjurkan minum tablet Fe adalah pada malam hari menjelang tidur, hal ini untuk mengurangi rasa mual yang timbul setelah ibu meminumnya.

c. Ibu diberi imunisasi TT3.

3. Kebutuhan ibu hamil trimester III

a. Nutrisi

Kecukupan gizi ibu hamil di ukur berdasarkan kenaikan berat badan. Kalori ibu hamil 300-500 kalori lebih banyak dari sebelumnya. Kenaikan berat badan juga bertambah pada trimester ini antara 0,3-0,5 kg/minggu. Kebutuhan protein juga 30 gram lebih banyak dari biasanya.

b. Seksual,

Hubungan seksual pada trimester 3 tidak berbahaya kecuali ada beberapa riwayat berikut yaitu:

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

Walaupun ada beberapa indikasi tentang bahaya jika melakukan hubungan seksual pada trimester III bagi ibu hamil, namun faktor lain yang lebih dominan yaitu turunnya rangsangan libido pada trimester ini yang membuat kebanyakan ibu hamil tidak tertarik untuk berhubungan

intim dengan pasangannya, rasa nyama yang sudah jauh berkurang disertai ketidaknyamanan seperti pegal/ nyeri di daerah punggung bahkan terkadang ada yang merasakan adanya kembali rasa mual seperti sebelumnya, hal inilah yang mempengaruhi psikologis ibu di trimester III.

c. Istirahat Cukup

Istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani, rohani, untuk kepentingan kesehatan ibu sendiri dan tumbuh kembang janinya di dalam kandungan. Kebutuhan tidur yang efektif yaitu 8 jam/hari.

d. Kebersihan Diri (Personal Hygiene)

Penting bagi ibu menjaga kebersihan dirinya selama hamil, hal ini dapat mempengaruhi fisik dan psikologis ibu. Kebersihan lain yang juga penting di jagayaitu persiapan laktasi, serta penggunaan bra yang longgar dan menyangga membantu memberikan kenyamanan dan keamanan bagi ibu.

e. Mempersiapkan kelahiran dan kemingkinan darurat

Bekerja sama dengan ibu, keluarganya, serta masyarakat untuk mempersiapkan rencana kelahiran, termasuk mengidentifikasi penolong dan tempat persalinan, serta perencanaan tabungan untuk mempersiapkan biaya persalinan. Bekerja sama dengan ibu, keluarganya dan masyarakat untuk mempersiapkan rencana jika terjadi komplikasi, termasuk: Mengidentifikasi kemana harus pergi dan transportasi untuk mencapai tempat tersebut, Mempersiapkan donor darah, Mengadakan persiapan financial, Mengidentifikasi pembuat keputusan kedua jika pembuat keputusan pertama tidak ada ditempat.

f. Memberikan konseling tentang tanda-tanda persalinan

Beberapa tanda-tanda persalinan yang harus

1) Rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur.

- 2) Keluar lendir bercampur darah (show) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada servik.
- 3) Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya.
- 4) Pada pemeriksaan dalam servik mendatar dan pembukaan telah ada.

7. Tanda – Tanda Bahaya Ibu Hamil

1. Pengertian Tanda Bahaya Kehamilan

Tanda bahaya kehamilan adalah tanda-tanda yang mengindikasikan adanya bahaya yang bisa terjadi selama kehamilan, jika tidak dilaporkan atau tidak segera terdeteksi dapat menyebabkan kematian pada ibu (Asrinah, 2011: 154). Menurut Pillitteri (2011), tanda bahaya kehamilan yang dapat muncul antara lain perdarahan pervagina, edema pada wajah dan tangan, demam tinggi, ruftur membran, penurunan pergerakan janin, dan muntah persistens (Isdiaty, Nur, 2013: 19). Tanda bahaya kehamilan, menurut Yuni dkk (2011) diantaranya terdapat perdarahan pervaginam, mengalami sakit kepala yang berat, penglihatan mata kabur, terdapat bengkak di wajar dan jari-jari tangan, keluarnya cairan pervaginam, gerakan janin tidak terasa, dan nyeri abdomen yang hebat (Sartika, 2016: 15).

2. Macam – Macam Tanda Bahaya Kehamilan

1) Tanda Bahaya Kehamilan Muda

a) *Hyperemesis Gravidarum*

Maulana (2011), mendefinisikan hyperemesis gravidarum sebagai suatu keadaan yang dikarakteristikan dengan rasa mual dan muntah yang berlebihan, kehilangan berat badan dan gangguan keseimbangan elektrolit, ibu terlihat lebih kurus, turgor kulit berkurang dan mata terlihat cekung. Jika tidak ditangani segera masalah yang timbul seperti peningkatan asam lambung yang selanjutnya dapat menjadi gastritis. Peningkatan asam lambung akan semakin memperparah hyperemesis gravidarum (Rahma, 2016: 52). Menurut Ningsih (2012), mual muntah yang timbul terjadi karena adanya perubahan berbagai hormon dalam tubuh pada awal kehamilan. Presentase hormon hCG akan meningkat sesuai dengan pertumbuhan

plasenta. Diperkirakan hormon inilah yang mengakibatkan muntah melalui rangsangan terhadap otot polos lambung. Sehingga semakin tinggi hormon hCG, semakin cepat pula merangsang muntah (Rahma, 2016:52). Menurut Manuaba (2011), mengemukakan dampak yang terjadi pada hyperemesis gravidarum yaitu menimbulkan konsumsi O₂ menurun, gangguan fungsi sel liver hingga terjadi ikterus. Mual muntah yang berkelanjutan dapat menimbulkan gangguan fungsi alat-alat vital dan menimbulkan kematian (Rahma, 2016: 52). Hyperemesis gravidarum juga dikaitkan dengan peningkatan resiko untuk Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), kelahiran Prematur, kecil usia kehamilan, serta kematian pada perinatal. Klasifikasi hyperemesis gravidarum menurut Manuaba (2011), yaitu:

1) Tingkat I

Hyperemesis gravidarum tingkat I ditandai dengan muntah yang terus menerus disertai dengan penurunan nafsu makan dan minum.

2) Tingkat II

Pada hyperemesis gravidarum tingkat II, pasien memuntahkan semua yang dimakan dan diminum, berat badan cepat menurun, dan ada rasa haus yang hebat.

3) Tingkat III

Hyperemesis gravidarum tingkat III sangat jarang terjadi. Keadaan ini sangat merupakan kelanjutan dari hyperemesis tingkat II yang ditandai dengan muntah yang berkurang atau bahkan berhenti, tetapi kesadaran menurun (delirium sampai koma) hingga mengalami ikterus, sianosis, nistagmus, gangguan jantung dan dalam urin ditemukan bilirubin dan protein (Rahma, 2016: 52).

b) Perdarahan Pervaginam

Perdarahan yang terjadi pada masa awal kehamilan kurang dari 22 minggu. Pada awal kehamilan, ibu mungkin akan mengalami

perdarahan yang sedikit (spotting) di sekitar waktu pertama terlambat haidnya. Perdarahan ini adalah perdarahan implantasi (penempelan hasil konsepsi pada dinding rahim) yang dikenal dengan tanda Hartman dan ini normal terjadi. Pada waktu yang lain dalam kehamilan, perdarahan ringan mungkin terjadi pertanda servik yang rapuh (erosi). Perdarahan dalam proses ini dapat dikatakan normal namun dapat diindikasikan terdapat tanda-tanda infeksi. Perdarahan pervaginam patologis dengan tanda-tanda seperti darah yang keluar berwarna merah dengan jumlah yang banyak, serta perdarahan dengan nyeri yang hebat. Perdarahan ini dapat disebabkan karena abortus, kehamilan ektopik atau mola hidatidosa. Abortus adalah penghentian atau pengeluaran hasil konsepsi pada kehamilan < 20 minggu dengan berat janin < 500 gram atau sebelum plasenta selesai (Kusmiyati, 2011). Jenis-jenis abortus menurut Kusumawati (2014) , diantaranya:

- 1)Abortus spontan adalah abortus yang terjadi secara alamiah tanpa interval luar (buatan) untuk mengakhiri kehamilan tersebut.
- 2)Abortus provokatus (induced abortion) adalah bentuk abortus yang disengaja, baik dengan memakai obat-obatan mau pun alat-alat.
- 3)Abortus medisinalis adalah abortus yang terjadi karena indikasi medis seperti riwayat penyakit jantung, hipertensi, dan kanker.
- 4)Abortus kriminalis adalah abortus yang terjadi oleh karena tindakan-tindakan yang tidak legal atau tidak berdasarkan indikasi medis.
- 5)Abortus inkompletus (keguguran bersisa) adalah bentuk abortus dimana hanya sebagian dari hasil konsepsi yang dikeluarkan, yang tertinggal adalah desidua atau plasenta. Perdarahan berlangsung banyak, dan dapat membahayakan ibu.

6)Abortus imminens

Abortus yang mengancam terjadi di mana perdarahan kurang dari 20 minggu, dengan atau tanpa kram perut bagian bawah tanpa dilatasi serviks.

7) Abortus insipiens adalah abortus yang sedang berlangsung dimana ekspulsi hasil konsepsi belum terjadi tetapi telah ada dilatasi serviks. Kondisi ini ditandai pada wanita hamil dengan perdarahan banyak, disertai nyeri kram perut bagian bawah.

8) Abortus tertunda (*missed abortion*). Menurut WHO, *missed abortion* adalah kondisi dimana embrio atau janin nonviable tetapi tidak dikeluarkan secara spontan dari janin (kurun waktu sekitar 8 minggu).

c) *Mola hidatidosa*

Menurut Kemenkes RI (2013), mola hidatidosa adalah bagian dari penyakit trofoblastik gestasional, yang disebabkan oleh kelainan pada *villi khorionok* yang disebabkan oleh poliferasi trofoblastik dan edem. Diagnosa mola hidatidosa dapat ditegakkan melalui pemeriksaan USG. Beberapa tanda gejala mola hidatidosa menurut Varney (2011), yaitu:

- 1) Terdapat mual dan muntah yang menetap, terkadang sering kali menjadi parah,
- 2) Terdapat perdarahan uterus pada minggu ke-12 disertai bercak darah dan perdarahan hebat, namun biasanya berupa rabas yang bercampur darah, dan cenderung berwarna merah,
- 3) Tampak ukuran uterus yang membesar namun tidak ada perkembangan/ aktivitas janin,
- 4) Terdapat nyeri tekan pada ovarium,
- 5) Tidak ada denyut jantung janin,
- 6) Saat palpasi, bagian-bagian janin tidak diteraba/ tidak ditemukan,
- 7) Komplikasi hipertensi akibat kehamilan, preeklampsi/ eklampsi sebelum usia kehamilan 24 minggu.

d) *Kehamilan Ektopik*

Kehamilan ektopik adalah kehamilan ketika implantasi dan pertumbuhan hasil konsepsi berlangsung diluar endometrium kavum uteri. Hampir 95% kehamilan ektopik terjadi diberbagai segmen tuba

falopi, dan 5% sisanya terdapat di ovarium, rongga peritoneum dan didalam serviks. Jika terjadi ruptur disekitar lokasi implantasi kehamilan, maka akan terjadi keadaan perdarahan pasif dan nyeri abdomen akut yang disebut kehamilan ektopik terganggu (RI, Kemenkes, 2013: 114). Faktor-faktor predisposisi kehamilan ektopik meliputi riwayat kehamilan ektopik sebelumnya, riwayat operasi tubektomi, penggunaan IUD, infertilitas, riwayat abortus dan riwayat inseminasi buatan/ teknologi bantuan reproduktif (*assisted reproductive technology/ ART*). Gejala awal yang ditimbulkan yaitu perdarahan pervaginam dan bercak darah, kadang disertai nyeri panggul (Varney, 2011). Diagnosa kehamilan ektopik dapat ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan USG.

e) *Anemia*

WHO menetapkan standar hemoglobin (Hb 11%) pada ibu hamil, jika kurang dari standar maka dikatakan mengalami anemia. Depkes RI (2011) mengklasifikasikan anemia pada ibu hamil berdasarkan berat badannya dikategorikan sebagai anemia ringan dan berat. Anemia ringan apabila kadar Hb dalam darah yaitu 8 gr% hingga kurang dari 11 gr%. Anemia berat apabila kadar Hb dalam darah kurang dari 8 gr% (Nurhidayati, 2013: 4). Komplikasi anemia pada ibu hamil dapat menyebabkan terjadinya missed abortion, kelainan kongenital, abortus/ keguguran serta dampak pada janin menyebabkan berat lahir rendah. Macam-macam anemia dalam kehamilan meliputi:

- (1) Anemia defisiensi zat besi. Anemia yang ditandai dengan keluhan lemas, pucat dan mudah pingsan, karena kekurangan zat besi dalam darah dan kadar Hb < 11 gr%. Dapat ditanggulangi dengan mengkonsumsi makanan yang kaya zat besi seperti sayur-sayuran dan daging.
- (2) Anemia megaloblastik. Anemia yang terjadi karena kelainan proses pembentukan DNA sel darah merah yang disebabkan kekurangan (defisiensi) vitamin B12 dan asam folat.

(3) Anemia hipoplastik. Anemia yang terjadi karena kelainan sumsum tulang yang kurang mampu membuat sel-sel darah baru.

(4) Anemia hemolitik. Anemia yang terjadi karena kerusakan sel darah merah yang berlangsung lebih cepat dari pembuatannya.

4) Hipertensi Gravidarum

Menurut Bobak (2011), hipertensi didefinisikan sebagai peningkatan tekanan sistolik dan distolik sampai atau melebihi 140/ 90 mmHg. Ibu hamil yang mengalami kenaikan tekanan sistolik sebanyak 30 mm Hg atau diastolik sebanyak 15 mmHg perlu dipantau lebih lanjut (Lindarwati, 2012: 4). Hipertensi disebabkan oleh peningkatan tekanan darah yang dipengaruhi oleh faktor perubahan curah jantung, sistem saraf simpatis, autoregulasi, dan pengaturan hormon. Hipertensi dalam kehamilan dibagi menjadi 5 yaitu: hipertensi kronis, preeklamsia, superimposed, hipertensi gestasional dan eklamsia. Hipertensi gestasional ditegakkan pada wanita yang tekanan darahnya mencapai 140/ 90 mmHg atau lebih untuk pertama kali selama kehamilan, tetapi belum mengalami proteinuria. Hipertensi gestasional disebut hipertensi transien apabila tidak terjadi preeklampsia dan tekanan darah kembali normal dalam 12 minggu postpartum. Hipertensi gestasional dapat memperlihatkan tanda-tanda lain yang berkaitan dengan preeklampsia, seperti nyeri kepala, nyeri epigastrium, trombotipenia (Lindarwati, 2012: 4).

2) Tanda Bahaya Kehamilan Lanjut

(a) Perdarahan Pervaginam

Perdarahan pada masa kehamilan lanjut setelah 22 minggu sampai sebelum persalinan. Perdarahan pervaginaan dikatakan tidak normal bila ada tanda-tanda seperti keluarnya darah merah segar atau kehitaman dengan bekuan, perdarahan kadang banyak kadang tidak terus menerus, perdarahan disertai rasa nyeri. Perdarahan semacam ini bisa berarti plasenta previa, solusio plasenta, ruptur uteri, atau dicurigai adanya gangguan pembekuan darah (Kusumawati, 2014).

(1) Plasenta Previa

Plasenta previa didefinisikan sebagai plasenta yang berimplantasi diatas atau mendekati ostium serviks interna. Beberapa faktor predisposisi yang menyebabkan terjadinya plasenta previa diantaranya kehamilan ibu sudah usia lanjut (> 22 minggu), multiparitas, serta mempunyai riwayat seksio caesaria sebelumnya. Gejala umum yang terjadi pada kasus plasenta previa seperti terjadi perdarahan tanpa rasa nyeri secara tiba-tiba dan kapan saja, uterus tidak berkontraksi dan bagian terendah janin tidak masuk pintu atas panggul. Jenis-jenis plasenta previa diantaranya:

- (a) Plasenta previa totalis yaitu posisi plasenta menutupi ostium internal secara keseluruhan,
- (b) Plasenta previa parsialis yaitu posisi plasenta yang menutupi ostium interna sebagian saja,
- (c) Plasenta previa marginalis yaitu posisi plasenta yang berada di tepi ostium interna,
- (d) Plasenta previa letak rendah. yaitu posisi plasenta yang berimplantasi di segmen bawah uterus.

(2) Solusio Plasenta

Pada persalinan normal, plasenta akan lepas setelah bayi lahir, namun karena keadaan abnormal plasenta dapat lepas sebelum waktunya atau yang disebut solusio plasenta. Beberapa faktor komplikasi sebagai penyebab solusio plasenta yaitu hipertensi, adanya trauma abdominal, kehamilan gemelli, kehamilan dengan hidramnion, serta defisiensi zat besi. Tanda gejala yang ditimbulkan seperti terjadinya perdarahan dengan nyeri yang menetap, hilangnya denyut jantung janin (gawat janin), uterus terus menegang dan kanin naik, perdarahan yang keluar tidak sesuai dengan beratnya syok.

(3) Ruptur Uteri

Ruptur uteri adalah robeknya dinding uterus pada saat kehamilan/persalinan, pada saat umur kehamilan lebih dari 28 minggu. Klasifikasi ruptur uteri yaitu:

(a) Menurut keadaan robekan

- Ruptur uteri inkomplit (*subperitoneal*). Yaitu keadaan ruptur yang hanya terjadi pada dinding uterus yang robek sedangkan lapisan serosa (peritoneum) tetap utuh,
- Ruptur uteri komplit (*transperitoneal*). Yaitu keadaan ruptur selain pada dinding uterus yang robek, lapisan serosa (peritoneum) juga robek sehingga dapat berada di rongga perut.

Ruptur uteri pada waktu kehamilan (ruptur uteri gravidarum) yang terjadi karena dinding uterus lemah yang disebabkan oleh adanya bekas sectio caesaria, bekas mioma uteri, bekas kuratase/ plasenta manual. Sepsis post partum, atau terjadi hipoplasia uteri/ uterus abnormal (Dewi, 2015: 111).

1) Sakit kepala

Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah serius adalah sakit kepala hebat, menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Terkadang karena sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre eklamsi. Perubahan visual (penglihatan) secara tiba-tiba (pandangan kabur) dapat berubah pada masa kehamilan (Kusumawati, 2014). Nyeri kepala hebat pada masa kehamilan dapat menjadi tanda gejala preeklamsi, dan jika tidak diatasi dapat menyebabkan komplikasi kejang maternal, stroke, koagulopati hingga kematian. Sehingga perlu dilakukan pemeriksaan lengkap baik oedem pada tangan/ kaki, tekanan darah, dan protein urin ibu sejak dini.

2) Penglihatan Kabur

Akibat pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan dapat berubah selama masa kehamilan. Perubahan ringan (minor) adalah perubahan yang normal. Jika masalah visual yang mengindikasikan perubahan mendadak, misalnya pandangan menjadi kabur dan berbayang disertai rasa sakit kepala yang hebat, ini sudah menandakan gejala preeklamsi (Pantiawati, 2011). Penglihatan kabur dikarenakan sakit kepala hebat, sehingga terjadi oedem pada otak dan meningkatkan resistensi otak yang mempengaruhi sistem saraf pusat yang dapat menimbulkan kelainan selebral, dan gangguan penglihatan.

3) Nyeri Perut Hebat

Nyeri pada daerah abdomen yang tidak berhubungan dengan persalinan normal adalah suatu kelainan. Nyeri abdomen yang mengindikasikan mengancam jiwa adalah nyeri perut yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat, terkadang dapat disertai dengan perdarahan lewat jalan lahir. Hal ini bisa berarti appendicitis (radang usus buntu), kehamilan ektopik (kehamilan di luar kandungan), abortus (keguguran), penyakit radang panggul, persalinan preterm, gastritis (maag), solutio placenta, penyakit menular seksual, infeksi saluran kemih atau infeksi lain (Kusumawati, 2014).

4) Bengkak Pada Muka dan Ekstremitas

Hampir separuh dari ibu-ibu hamil akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat atau dengan meninggikan kaki lebih tinggi daripada kepala. Bengkak yang menjadi masalah serius yaitu ditandai dengan:

- (1) Muncul pembengkakan pada muka, tangan dan ekstremitas lainnya,

- 
- (2) Bengkak tidak hilang setelah beristirahat,
- (3) Bengkak disertai dengan keluhan fisik lainnya. Hal ini merupakan pertanda dari anemia, gangguan fungsi ginjal, gagal jantung ataupun pre eklampsia. Gejala anemia dapat muncul dalam bentuk oedema (bengkak) karena dengan menurunnya kekentalan darah pada penderita anemia, disebabkan oleh berkurangnya kadar hemoglobin (Hb, sebagai pengangkut oksigen dalam darah). Pada darah yang rendah kadar Hb-nya, kandungan cairannya lebih tinggi dibandingkan dengan sel-sel darah merahnya (Kusumawati, 2014).
- (4) Bayi kurang bergerak seperti biasa, Ibu hamil mulai dapat merasakan gerakan bayinya pada usia kehamilan 16-18 minggu (multigravida, sudah pernah hamil dan melahirkan sebelumnya) dan 18-20 minggu (primigravida, baru pertama kali hamil). Jika janin tidur, gerakannya akan melemah. Janin harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam (10 gerakan dalam 12 jam). Gerakan janin akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring/beristirahat, makan dan minum. (Kusumawati, 2014). Jika ibu tidak merasakan gerakan janin sesudah usia 22 minggu/ memasuki persalinan, maka perlu diwaspadai terjadinya gawat janin atau kematian janin dalam uterus.
- (5) Ketuban Pecah Sebelum Waktunya
Dinamakan ketuban pecah sebelum waktunya apabila terjadi sebelum persalinan yang disebabkan karena berkurangnya kekuatan membran/ peningkatan tekanan uteri yang juga dapat disebabkan adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina dan serviks yang dapat dinilai dari cairan ketuban di vagina. Pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada kehamilan 37 minggu preterm maupun kehamilan aterm.

(6) Demam Tinggi

Jika suhu ibu hamil berada pada $> 38^{\circ}\text{C}$ dalam kehamilan, ini menandakan ibu dalam masalah. Demam pada kehamilan merupakan manifestasi tanda gejala infeksi kehamilan. Penangannya dapat dengan memiringkan bida ibu kerag kekiri, cukupi kebutuhan cairan ibu dan kompres hangat guna menurunkan suhu

ibu. komplikasi yang ditimbulkan jika ibu mengalami demam tinggi yaitu sistitis (infeksi kandung kencing) serta infeksi saluran kemih atas.

8. Asuhan Kehamilan (*Antenatal Care*)

Manuaba (1998) mendefinisikan *Antenatal care* (ANC) adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil. Dengan demikian, mampu menghadapi persalinan, kala nifas, pemberian ASI, dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar/ normal (Kumalasari, 2015:

8). Tujuan asuhan kehamilan menurut Mansjoer (2011), diantaranya:

- 1) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi,
- 2) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu serta bayi,
- 3) Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan/ komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan,
- 4) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin,
- 5) Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif,
- 6) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal (Kumalasari, 2015: 9). Untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar, ibu hamil

hendaknya sedikitnya melakukan empat kali kunjungan selama periode antenatal, yaitu:

- 1) Satu kali kunjungan selama trimester 1 (< 14 minggu),
- 2) Satu kali kunjungan selama trimester kedua (antara minggu 14-28),
- 3) Dua kali kunjungan selama trimester ketiga (antara minggu ke- 28-36 dan sesudah minggu ke-36),
- 4) Perlu segera memeriksakan kehamilan bila dirasakan ada gangguan atau bila janin tidak bergerak lebih dari 12 jam (Kumalasari, 2015: 9).

Pelayanan Kebidanan saat Pandemi pada kehamilan

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

2.1.2 Persalinan

1. Pengertian

Sulistyawati mengemukakan persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini di mulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Sholichah, Nanik 2017: 80). Ahli lain, Varney mengemukakan persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu, di mulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks, dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Fritasari, 2013: 15).

Persalinan adalah peristiwa fisiologis yang melibatkan rangkaian perubahan sekuensial dan terpadu di dalam miometrium, desiduas, dan serviks uterus yang terjadi secara bertahap selama beberapa hari sampai minggu. Perubahan jaringan ikat biokimia di serviks uterus muncul untuk mendahului kontraksi rahim dan pelebaran serviks, dan semua kejadian ini biasanya terjadi sebelum pecahnya membran janin. Dengan kata lain proses persalinan proses pengeluaran janin yang matang dan telah melewati masa kehamilan normal (Asgari, et al, 2013: 214).

Persalinan adalah suatu proses yang alami, peristiwa normal, namun bila tidak dikelola dengan tepat dapat berubah menjadi abnormal. Setiap individu berhak untuk dilahirkan secara sehat, oleh karena itu, setiap wanita usia subur (WUS), ibu hamil (bumil), ibu bersalin (bulin), dan bayinya berhak mendapatkan pelayanan yang berkualitas. Persalinan merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia dimana angka kematian Ibu bersalin yang masih cukup tinggi. Keadaan ini disertai dengan komplikasi yang mungkin saja timbul selama persalinan, sehingga memerlukan pengetahuan dan keterampilan yang baik dalam bidang kesehatan, dalam meningkatkan kualitas sumber daya manusia dan menurunkan angka kematian, kesakitan ibu dan perinatal (Purwandari, dkk, 2014: 47). Persalinan normal yaitu persalinan yang dimulai secara spontan (dengan

kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir), beresiko rendah pada awal persalinan dan presentasi belakang kepala pada usia kehamilan antara 37-42 minggu setelah persalinan ibu maupun bayi berada dalam kondisi baik (WHO). Definisi lain mengenai persalinan dan kelahiran normal menurut Damayanti, Ika Putri, dkk. 2014: 2) yaitu proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam. Tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin.

2. Jenis - Jenis Persalinan

- a. Persalinan Spontan, yaitu persalinan yang prosesnya berlangsung dengan kekuatan ibunya sendiri (Oktarina, Mika. 2016: 2).
- b. Persalinan Buatan, yaitu persalinan yang prosesnya berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar misalnya dengan *forceps/ vakum*, atau dilakukan operasi *sectio caesarea*.
- c. Persalinan Anjuran, yaitu persalinan yang dibantu dengan jalan rangsangan misalnya pemberian pitocin atau prostaglandin. Umumnya persalinan terjadi bila bayi sudah cukup besar untuk hidup diluar, namun tidak sedemikian besarnya sehingga menimbulkan kesulitan dalam persalinan. Sama halnya pada persalinan yang tidak segera dimulai dengan sendirinya namun baru dapat berlangsung dengan dilakukan amniotomi/ pemecahan ketuban (Damayanti, Ika Putri dkk 2014: 4).

3. Sebab – Sebab Terjadinya Persalinan

Bagaimana terjadinya persalinaan belum duketahui dengan pasti, sehingga menimbulkan beberapa teori.

a. Faktor – Faktor Hormonal Yang Menyebabkan Persalinan

1) Rasio Estrogen Terhadap Progesteron

Progesteron menghambat kontraksi uterus selama kehamilan, sehingga ekspulsi fetus tidak terjadi. Sedangkan esterogen dapat meningkatkan kontraksi uterus karena estrogen meningkatkan jumlah otot-otot saling berhubungan satu samalain (*gap injection*) antara sel-sel otot polos uterus yang berdekatan saat permulaan inpartu. Dalam kehamilan estrogen dan progesteron diekskresikan dalam jumlah yang secara progresif terus

meningkat dari bulan kebulan. Tetapi mulai bulan ke-7 dan seterusnya estrogen terus meningkat tetapi progesteron tetap konstan atau mungkin sedikit menurun. Oleh karena itu diduga bahwa rasio estrogen dan progesteron yang menyebabkan terjadinya persalinan.

2) Pengaruh Oksitosin Pada Uterus

Oksitosin adalah hormon yang dihasilkan oleh *Neurohipofisis Posterior* yang dapat menyebabkan kontraksi uterus. Yaitu dimana terjadi:

- a) Otot –otot terus meningkatkan reseptor-reseptor oksitodin dan meningkatkan responnya terhadap oksitosin,
- b) Kecepatan sekresi oksitosin oleh neuro hipofisis meningkat pada waktu persalinan,
- c) Regangan serviks atau iritasi serviks pada waktu persalinan dapat menyebabkan refleks neurogenik yang mengakibatkan neurohipofisis meningkat sekresi oksitosinnya.

3) Pengaruh Hormon Fetus pada Uterus

Kelenjar hipofisis pada fetus juga mensekresikan oksitosin yang jumlahnya semakin meningkat seiring dengan bertambahnya usia kehamilan. kelenjar adrenal fetus menghasilkan hormon kortisol yang dapat menstimulasi uterus. Membran fetus menghasilkan prostaglandin yang tinggi pada waktu persalinan, prostaglandin dapat meningkatkan intensitas kontraksi uterus (Damayanti, Ika Putri, dkk. 2014: 4-6).

b. Teori Yang Berkaitan Dengan Mulai Terjadinya Kekuatan His

Beberapa teori yang menyatakan kemungkinan proses perasalinan (Damayanti, Ika Putri, dkk. 2014: 7-9) yaitu:

a. Teori Kerenggangan

- 1) Otot rahim mempunyai kemampuan merenggang dalam batas tertentu
- 2) Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai,
- 3) Contohnya pada hamil ganda sering terjadi kontraksi setelah kerenggangan tertentu, sehingga menimbulkan proses persalinan.

b. Teori Penurunan Progesteron

- 1) Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu.
- 2) Produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin,
- 3) Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu. Dengan penurunan hormon progesteron menjelang persalinan dapat terjadi kontraksi. Kontraksi otot rahim ini menyebabkan :

- 1) Turunnya kepala lalu masuk pintu atas panggul terutama pada primigravida pada minggu ke- 36 dapat menimbulkan sesak dibagian bawah, diatas simpisis pubis dan sering ingin kencing atau susah kencing karena kandung kemih tertekan kepala.
- 2) Perut melebar karena fundus uteri turun
- 3) Terjadi perasaan sakit di daerah pinggang, hal ini dikarenakan kontraksi ringan otot rahim dan tetekannya pleksus Frankenhauser yang terletak disekitar serviks
- 4) Terjadi perlunakan serviks karena terdapat kontraksi otot rahim,
- 5) Terjadi pengeluaran lendir dimana lendir penutup serviks dilepaskan.

c. Teori Oksitosin Internal

- 1) Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar *hipofisis post posterior*,
- 2) Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*.
- 3) Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya aktivitas, sehingga persalinan dapat dimulai.

d. Teori Prostaglandin

- 1) Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur hamil 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua,
- 2) Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga konsepsi dikeluarkan,

3) Prostaglandin dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan.

e. Teori Hipotalamus Pituitari

- 1) Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan anensefalus sering terjadi keterlambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus.
- 2) Pemberian kortikosteroid yang dapat menyebabkan maturitas janin, induksi/ lulanya persalinan
- 3) Dari hal diatas menunjukkan hubungan antara pituitari dengan persalinan (Damayanti, Ika Putri, dkk. 2014: 7-8).

c. Permulaanya Persalinan

Tanda persalinan sudah dekat yaitu:

a. Adanya *Lightening*

Menjelang minggu ke-36 pada primigravida, terjadinya penurunan fundus uterus karena kepala bayi sudah masuk ke dalam panggul. Beberapa penyebabnya yaitu:

- 1) Adanya kontraksi Braxton Hicks
- 2) Terjadi ketegangan dinding perut
- 3) Terjadi ketengan ligamentum rotumdum
- 4) Adanya gaya berat janin, kepala kearah bawah uterus

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

- 1) Terasa ringan dibagian atas dan rasa sesak berkurang
- 2) Dibagian bawah terasa penuh dan mengganjal
- 3) Kesulitan saat berjalan
- 4) Serta merasa sering berkemih

Faktor – faktor yang berperan dalam persalinan menurut Manuaba (2011) dalam Fritasari, Defi2013: 22) yaitu:

- 1) Power : Kekuatan his adekuat dan tambahan kekuatan mengejan
- 2) Passage : Jalan lahir tulang, jalan lahir otot
- 3) Passanger : Janin, plasenta dan selaput ketuban.

b. Terjadinya His Permulaan

Pada ibu hamil kontraksi *braxton his* sering dirasakan sebagai keluhan karena rasa sakit yang dimbulkannya. Biasanya keluhan yang dirasakan berupa sakit pinggang yang mengganggu, terutama pada pasien dengan ambang rasa sakit yang dirasakannya. Adanya perubahan kadar hormon estrogen, dan progesteron menyebabkan oksitosin semakin meningkat dan dapat menjalankan fungsinya dengan efektif untuk menimbulkan kontraksi / his permulaan. His permulaan ini disalah artikan oleh admin

4. Tanda – Tanda Persalinan

Tanda-tanda persalinan diantaranya :

a. Adanya Kontraksi Rahim

Menurut Rose (2011) secara umum tanda awal bahwa ibu hamil untuk melahirkan adalah mengejangnya rahim atau dikenal dengan istilah kontraksi. Kontraksi tersebut berirama, teratur, dan involuter, umumnya kontraksi bertujuan untuk menyiapkan mulut lahir untuk membesar dan meningkatkan aliran darah di dalam plasenta (Fritasari, 2013: 16-17).

b. Keluarnya Lendir Bercampur Darah

Lendir di sekresi sebagai hasil poliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan. Lendir mulanya menyumbat leher rahim, sumbatan yang tebal pada mulut rahim terlepas, sehingga menyebabkan keluarnya lendir berwarna kemerahan bercampur darah dan terdorong keluar oleh kontraksi yang membuka mulut rahim yang menandakan bahwa mulut rahim menjadi lunak membuka. Leher inilah yang di maksud *blood slim* (Fritasari, 2013: 19).

c. Keluarnya Air Ketuban

Menurut Maulana, 2011, proses penting menjelang persalinan adalah pecahnya air ketuban. Selama sembilan bulan masa gestasi bayi aman melayang dalam cairan amnion. Keluarnya air-air dan jumlahnya cukup banyak, berasal dari ketuban yang pecah akibat kontraksi yang makin sering terjadi (Fritasari, 2013: 20-21).

d. Pembukaan Serviks

Membukanya leher rahim sebagai respon terhadap kontraksi yang berkembang. Tanda ini dapat dirasakan oleh pasien tetapi dapat diketahui

dengan pemeriksaan dalam (*vagina toucher*), petugas akan melakukan pemeriksaan untuk menentukan pematangan, penipisan, dan pembukaan leher rahim (Sumkin, 2011 dalam Fritasari 2013: 21).

Tanda – tanda persalinan menurut Kumalasari (2015), diantaranya:

- a. Rasa sakit karena adanya kontraksi uterus yang progresif, teratur, yang meningkat kekuatan frekuensi dan durasi,
- b. Rabas vagina yang mengandung darah (*bloody show*),
- c. Kadang – kadang ketuban pecah spontan,
- d. Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan pembukaan telah ada.
- e. Tanda Persalinan Palsu

Menurut Stoppard, 2011, mengemukakan kontraksi ini terjadi pada trimester tiga dan sering salah memperkirakan kontraksi *Broxton Hicks* yang kuat sebagai kontraksi awal persalinan. Kontraksi Broxton Hiks yang kuat disalah artikan sebagai tanda datangnya persalinan. Dan ini di kenal dengan persalinan palsu. Menghitung waktu awal kontraksi selama lebih dari satu jam dan jika kontraksi tersebut terjadi berdekatan satu sama lain dan berlangsung lama, mungkin persalinan (Fritasari, 2013: 21-22).

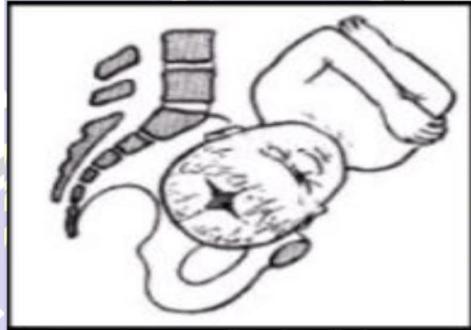
5. Mekanisme Persalinan

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

1. Engagement

Kepala biasanya masuk ke panggul pada posisi transversal/ pada posisi yang sedikit berbeda dari posisi ini sehingga memanfaatkan diameter terluas panggul. Engagement dikatakan terjadi ketika bagian terluas dari bagian presentasi janin berhasil masuk ke pintu atas panggul. Engement terjadi pada sebagian besar wanita nulipara sebelum persalinan, namun tidak terjadi

pada sebagian besar wanita multipara. Bilangan perlimaan kepala janin yang dapat dipalpasi melalui abdomen sering digunakan untuk menggambarkan apakah engagement telah terjadi. Jika lebih dari 2/5 kepala janin dapat dipalpasi melalui abdomen, kepala belum *engaged*.



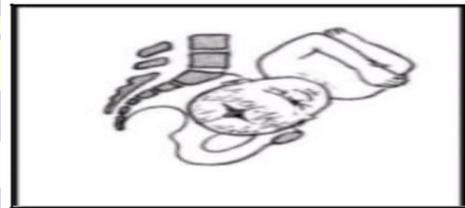
Gambar 2.4

Proses masuknya bagian terbesar kepala janin kedalam pintu atas panggul.

(Sumber: Sutopo, 2014.http://www.slideshare.net/HendrikLidapraja/meknisme-persalinan-belakang-kepala?from_m_app=androidsew diakses tanggal 18 januari 2018).

2. Penurunan (Descent)

Selama kala I persalinan, kontraksi dan retraksi otot uterus memberikan tekanan pada janin untuk turun. Proses ini dipercepat dengan pecah ketuban dan upaya ibu untuk mengejan.



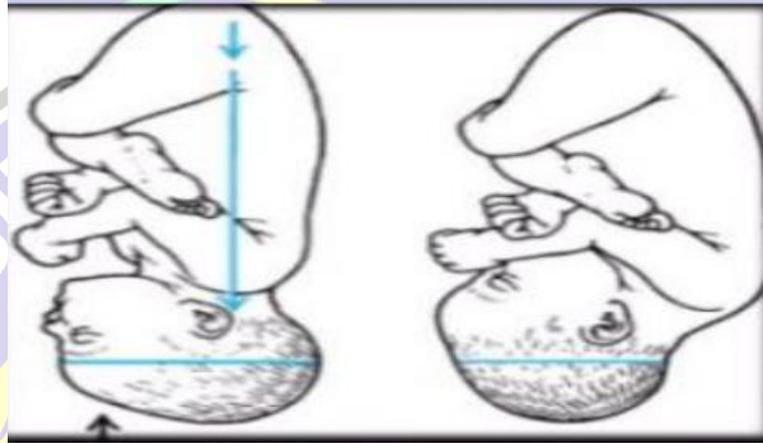
Gambar 2.5

Proses turunnya kepala janin didalam jalan lahir

(Sumber: Sutopo, 2014.
http://www.slideshare.net/HendrikLidapraja/meknisme-persalinan-belakang-kepala?from_m_app=androidsew diakses tanggal 18 januari 2018).

3. Fleksi

Ketika kepala janin turun menuju rongga tengah panggul yang lebih sempit, fleksi meningkat. Fleksi ini mungkin merupakan gerakan pasif, sebagian karena struktur disekitarnya, dan penting dalam meminimalkan diameter presentasi kepala janin untuk memfasilitasi perjalanannya melalui jalan lahir. Tekanan pada akses janin akan lebih cepat disalurkan ke oksiput sehingga meningkatkan fleksi.



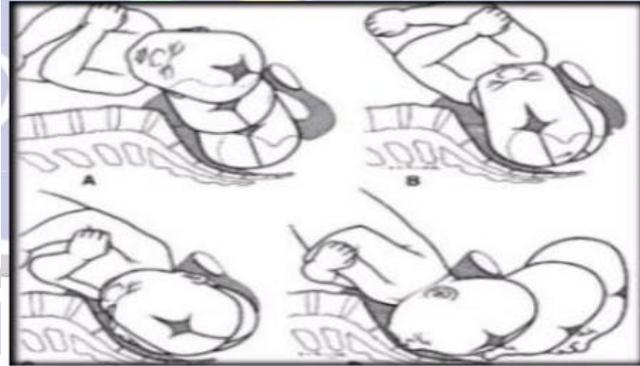
Gambar 2.6
Fleksi Kepala Janin

(Sumber: Sutopo, 2014. http://www.slideshare.net/HendrikLidapraja/meknismepersalinan-belakang-kepala?from_m_app=androidsew diakses tanggal 18 januari 2018).

4. Rotasi Internal

Jika kepala fleksi dengan baik, oksiput akan menjadi titik utama dan saat mencapai alur yang miring pada otot levator ani, kepala akan didorong untuk berotasi secara anterior sehingga sutura sagital kini terletak di diameter anterior posterior pintu bawah panggul (diameter terluas panggul). Resistensi adalah dinamika rotasi yang penting. Jika janin mencapai engagement dalam posisi oksipitoposterior, rotasi internal (putar paksi dalam) dapat terjadi dari posisi oksipitorposterior sampai posisi oksipitoranterior. Rotasi internal yang lama ini, bersama dengan diameter presentasi tengkorak janin yang lebih besar, menjelaskan peningkatan durasi persalinan akibat kelainan posisi ini.

Posisi ini dikaitkan dengan ekstensi kepala janin yang akan meningkatkan diameter presentasi tengkorak janin pada pintu bawah panggul. Posisi ini dapat menyebabkan obstruksi persalinan dan memerlukan kelahiran dengan alat bantu atau bahkan perlu dilakukan *sectio caesaria*.



Gambar 2.7 Putar Paksi Dalam

(Sumber: Sutopo, 2014. http://www.slideshare.net/HendrikLidapraja/meknismepersalinan-belakang-kepala?from_m_app=androidsew diakses tanggal 18 januari 2018).

5. Ekstensi

Setelah rotasi internal selesai, oksiput berada di bawah simfisis pubis dan bregma berada dekat batas bawah sakrum. Jaringan lunak perineum masih memberikan resistensi, dan dapat mengalami trauma dalam proses ini. Kepala yang fleksi sempurna kini mengalami ekstensi, dengan oksiput keluar dari bawah simfisis pubis dan mulai mendistensi vulva. Hal ini dikenal sebagai *crowning* kepala. Kepala mengalami ekstensi lebih lanjut dan oksiput yang berada dibawah simfisis pubis hampir bertindak sebagai titik tumpu wajah, dan dagu tampak secara berturut-turut pada lubang vagina posterior dan badan perineum. Ekstensi dan gerakan ini meminimalkan trauma jaringan lunak dengan menggunakan diameter terkecil kepala janin untuk kelahiran.



Gambar 2.8 Posisi Ekstensi Kepala Janin

(Sumber: Sutopo, 2014. http://www.slideshare.net/HendrikLidapraja/meknisme-persalinan-belakang-kepala?from_m_app=androidsew diakses tanggal 18 januari 2018).

6. Restitusi

Restitusi adalah lepasnya putaran kepala janin, yang terjadi akibat rotasi internal. Restitusi adalah sedikit rotasi oksiput melalui seperdelapan lingkaran. Saat kepala dilahirkan, oksiput secara langsung berada dibagian depan. Segera setelah kepala keluar dari vulva, kepala mensejajarkan dirinya sendiri dengan bahu, yang memasuki panggul dalam posisi oblik (miring).

7. Rotasi Eksternal

Agar dapat dilahirkan, bahu harus berotasi ke bidang anterior – posterior, diameter terluas pada pintu bawah panggul. Saat ini terjadi, oksiput berotasi melalui seperdelapan lingkaran lebih lanjut ke posisi transversal. Ini disebut rotasi eksternal



Gambar 2.9 Posisi Rotasi Eksternal

(Sumber: Sutopo, 2014. http://www.slideshare.net/HendrikLidapraja/meknisme-persalinan-belakang-kepala?from_m_app=androidsew diakses tanggal 18 januari 2018).

8. Pelahiran Bahu dan Tubuh Janin

Ketika restitusi dan rotasi eksternal terjadi, bahu akan berada dalam bidang anterior – posterior. Bahu anterior berada di bawah simfisis pubis dan lahir pertama kali, dan bahu posterior lahir berikutnya. Meskipun proses ini dapat terjadi tanpa bantuan, seringkali „traksi lateral“ ini dilakukan dengan menarik kepala janin secara perlahan ke arah bawah untuk membantu melepaskan bahu anterior dan bawah simfisis pubis. Normalnya, sisa tubuh janin lahir dengan mudah dengan bahu posterior dipandu ke atas, pada perinum dengan melakukan traksi ke arah yang berlawanan sehingga mengayun bayi ke arah abdomen ibu (Holmes, Debbie. 2011: 224-225).

6. Tahapan persalinan

1. Kala I (Pembukaan)

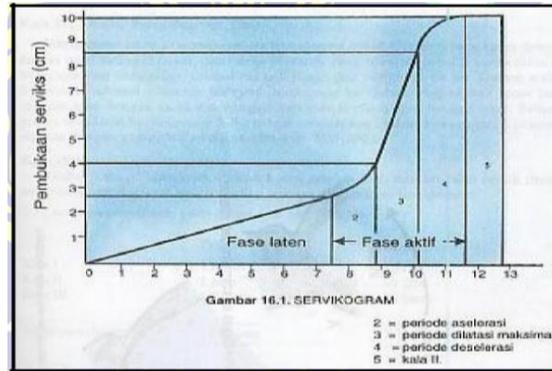
Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Kala satu persalinan terdiri atas dua fase, yaitu:

a. Fase Laten

Fase laten dimulai sejak awal berkontraksi yang menimbulkan penipisan dan pembukaan serviks bertahap, berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm pada umumnya fase laten berlangsung hingga 8 jam.

b. Fase Aktif

Fase aktif adalah frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/ memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih, uterus mengeras waktu kontraksi, serviks membuka. Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm/ jam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm pada multipara. Pada fase aktif kala II terjadi penurunan bagian terendah janin tidak boleh berlangsung lebih dari 6 jam.



Gambar 2.10

Pembukaan serviks sesuai *Kurve Friedman*

(Sumber: Damayanti, Ika Putri, dkk. 2014: 12).

Fase aktif dibagi menjadi 3, yaitu:

- 1) Fase Akselerasi. Pada primigravida pembukaan serviks bertambah dari 3 cm menjadi 4 cm dalam waktu sekitar 2 jam
- 2) Fase Dilatasi Maksimal. Pembukaan serviks berlangsung lebih cepat, yaitu 4 cm menjadi 9 cm dalam waktu 2 jam
- 3) Fase Deselerasi. Pembukaan serviks melambat dari 9 cm menjadi lengkap (10 cm) dalam waktu 2 jam (Sursilla, ilah. 2010: 5-6). Lamanya untuk primigravida berlangsung 12-14 jam sedangkan pada multigravida sekitar 6-8 jam (Damayanti, Ika Putri, dkk. 2014: 12).

2. Kala II (Pengeluaran Janin)

Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Pada kala pengeluaran janin his terkoordinasi, kuat, cepat dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk keruang panggul, sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris atau otomatis menimbulkan rasa mengejan. Ibu merasa seperti ingin buang air besar karena tekanan pada rektum dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum merenggang. Dengan his mengejan yang dipimpin maka akan lahirlah kepala, diikuti oleh seluruh badan janin.

Kala II pada primigravida berlangsung 1 ½ - 2 jam, pada multigravida ½- 1 jam (Kumalasari, Intan. 2015: 98).

3. Kala III

Kala III adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluaran plasenta. Proses ini berlangsung setelah kala II yang tidak lebih dari 30 menit, kontraksi uterus berhenti sekitar 5-10 menit. Dengan lahirnya bayi dan proses retraksi uterus, maka plasenta lepas dari lapisan *Nitabusch* atau jaringan ikat longgar yang melapisinya. Berikut beberapa tanda terlepasnya plasenta, diantaranya:

- a. Uterus menjadi berbentuk longgar
- b. Uterus terdorong ke atas, karena plasenta terlepas ke segmen bawah rahim
- c. Tali pusat semakin memanjang
- d. Terjadinya perdarahan.
- e. Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara *crede* (pelepasan plasenta seperti memeras jeruk dan dilakukan untuk melahirkan plasenta yang belum lepas) pada fundus uterus (Damayanti, Ika Putri, dkk. 2014: 13).

4. Kala IV (Observasi)

Kala IV persalinan adalah dimulai dari lahirnya plasenta sampai dua jam pertama postpartum (Kumalasari, Intan. 2015: 99). Beberapa hal penting yang harus diperhatikan pada kala IV persalinan adalah:

- a. Kontraksi uterus harus baik,
- b. Tidak ada perdarahan pervaginam atau dari alat genitalia lain,
- c. Plasenta dan selaput ketuban harus sudah lahir lengkap,
- d. Kandung kencing harus kosong,
- e. Luka-luka diperineum harus dirawat dan tidak ada hematoma/ pembekuan darah,
- f. Resume/ observasi keadaan umum ibu dan bayi (Damayanti, Ika Putri, dkk. 2014: 14).

7. Perubahan Fisiologis dan Psikologis pada Kala I Persalinan

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

1. Tekanan Darah

Meningkatnya tekanan darah selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10 – 20) mmHg dan diastolik rata-rata (5 – 10) mmHg pada waktu-waktu kontraksi tekanan darah kembali ketingkat sebelum persalinan (Felyana,<https://prezi.com/wtzvqd31dll5/perubahan-fisiologis-maternal-selama-persalinan/#>. diakses 15 September 2017). Dengan adanya peningkatan tekanan darah tersebut dipastikan wanita yang memang memiliki resiko hipertensi kini resikonya meningkat untuk mengalami komplikasi, seperti perdarahan otak. Terdapat beberapa faktor yang dapat merubah tekanan darah ibu diantaranya:

- a. Aliran darah yang menurun pada arteri uterus akibat kontraksi, kemudian diarahkan kembali ke pembuluh darah perifer.
- b. Timbul tahanan perifer, tekanan darah meningkat dan frekuensi denyut nadi melambat.
- c. Rasa sakit, takut dan cemas dapat meningkatkan tekanan darah ibu

2. Metabolisme jantung

Selama persalinan, metabolisme karbohidrat baik *aerob* maupun *anaerob* meningkat dengan kecepatan tetap. Peningkatan ini di sebabkan oleh ansietas (kondisi emosional seperti cemas, takut / khawatir) dan aktifitas otot rangka. Peningkatan aktivitas metabolik terlihat dari peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, pernafasan, curah jantung, dan cairan yang hilang.

3. Suhu

Karena terjadi peningkatan metabolisme , maka suhu tubuh agak sedikit meningkat selama persalinan terutama selama dan segera setelah persalinan. Peningkatan suhu yang terjadi tidak boleh melebihi 0,5 - 1° Celcius.

4. Denyut Nadi dan Detak Jantung

Frekuensi denyut nadi diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode persalinan. Pada setiap kontraksi 400 ml darah dikeluarkan dari uterus dan masuk kedalam sistem vaskuler ibu. hal ini akan meningkatkan curah jantung sekitar 10% hingga 15% pada tahap pertama persalinan dan sekitar 30% hingga 50% pada tahap kedua persalinan (Supriatiningsih, 2015: 5)

5. Perubahan Pada Ginjal

Poliuria atau gangguan berkemih berlebihan selama persalinan dapat terjadi akibat adanya peningkatan kardiak output, filtrasi dalam glomerulus, dan peningkatan aliran plasma ginjal. Hal ini yang menyebabkan sulit berkemihnya wanita yaitu: edema pada jaringan akibat tekanan bagian presentasi, rasa tidak nyaman, sedasi, rasa malu, serta posisi ibu saat bersalin terlentang. Perubahan Pada Saluran Cerna Saat persalinan, mobilitas dan absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang, hal ini juga diperburuk oleh penurunan lebih lanjut sekresi asam lambu selama persalinan, sehingga saluran cerna bekerja dengan lambat menjadi lebih lama.

6. Perubahan Hematologi

Perubahan hematologi meningkat sampai 1,2 % gr/1-00, selama persalinan dan akan kembali pada tingkat sebelum persalinan sehari setelah pasca salin kecuali perdarahan postpartum.

Pelayanan Kebidanan Saat Pandemi pada persalinan

1. Jika ada tanda-tanda bersalin, segera hubungi Bidan melalui telepon/WA. Bidan melakukan skrining faktor resiko termasuk resiko infeksi covid-19. Apabila ada faktor resiko, segera rujuk ke PKM / RS sesuai standar
2. Lakukan pengkajian komprehensif sesuai standar, dgn kewaspadaan Covid-19. Bidan dapat berkoordinasi dengan RT/RW/Kades tentang status ibu apakah sedang isolasi mandiri (ODP/PDP/Covid +)
3. Pertolongan persalinan dilakukan sesuai standar APN, lakukan IMD & Pemasangan IUD paska persalinan dengan APD level 2, dan menerapkan protokol pencegahan penularan covid-19 - pada ibu bukan PDP, Covid+ (Pasien dan pendamping maks 1 org menggunakan masker)
4. Jika tidak dapat melakukan pertolongan persalinan, segera berkolaborasi dan rujuk ke PKM / RS sesuai standar
5. Keluarga/pendamping dan semua tim yang bertugas menerapkan protokol pencegahan penularan COVID- 19.

6. Melaksanakan rujukan persalinan terencana untuk Ibu bersalin dengan risiko, termasuk risiko ODP/PDP/Covid +sesuai standar (Nurjismi, 2020)

2.1.2. Konsep Dasar Nifas

1. Pengertian Nifas

Nifas adalah darah yang keluar dari rahim yang disebabkan melahirkan atau setelah melahirkan, selama masa nifas seorang perempuan dilarang untuk shalat, puasa dan berhubungan intim dengan suaminya. Masa nifas (*puerperium*) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti semula (sebelum hamil). Sulistyawati (2011) mengemukakan bahwa masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. Selama masa pemulihan tersebut berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan, baik secara fisik maupun psikologis. (Satukhilmiyah, 2013: 1). Post Partum merupakan periode waktu atau masa dimana organ-organ reproduksi kembali kepada keadaan tidak hamil membutuhkan waktu sekitar 6 minggu (Farrer. 2001 dalam Kirana, 2015: 26). Nurul Jannah (2011) mengemukakan masa nifas /*puerperium* yaitu masa sesudah persalinan, masa perubahan, pemulihan, penyembuhan, dan pengembalian alat-alat kandungan/reproduksi, seperti sebelum hamil yang lamanya 6 minggu atau 40 hari pasca persalinan (dalam Aprilianti, 2016: 1). Periode post partum adalah periode yang dimulai segera setelah kelahiran anak dan berlanjut selama sekitar 6-8 minggu setelah melahirkan dimana ibu kembali kekeadaan semula sebelum hamil (Alkinlabil, et al, 2013: 254).

2. Tahapan Masa Nifas

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

a. *Puerperium Dini*

Suatu masa kepulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan.

b. *Puerperium Intermedial*

Suatu masa dimana kepulihan dari organ-organ reproduksi selama kureang lebih enam minggu.

c. *Remote Puerperium*

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi.

3. Perubahan Fisiologis Pada Masa Nifas

Beberapa perubahan fisiologis yang terjadi pada masa nifas diantaranya:

a. Perubahan Sistem Reproduksi

1) Involusi uterus

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses yakni uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus. (Kumalasari, 2015: 156). Involusi uterus melibatkan reorganisasi dan penanggalan desidua/ endometrium dan pengelupasan lapisan pada tempat implantasi plasenta sebagai tanda penurunan ukuran dan berat serta perubahan tempat uterus, warna, dan jumlah lochia (Heryani, 2010: 24). Proses involusi uterus ini diantaranya:

1) *Iskemia Miometrium*. Disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relatif anemi dan menyebabkan serat oto atrofi.

2) *Atrofi Jaringan*. Terjadi sebagai reaksi penghentian hormon esterogen saat pelepasan plasenta.

3) *Autolysis*. Proses penghancura diri sendiri yang terjadi didalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur hingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan lebarnya 5 kali lebar sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan Yang disebabkan karena penurunan hormon esterogen dan progesteron.

4) *Efek Oksitosin*. Menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan kerangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk

mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan (Heryani, 2010: 28).

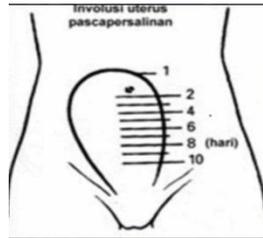
Segera setelah kelahiran, uterus harus berkontraksi secara baik dengan fundus sekitar 4 cm dibawah umbilikus atau 12 cm diatas simfisis pubis. Dalam 2 minggu, uterus tidak lagi dapat dipalpasi diatas simfisis (Holmes, 2011: 282).

Table2.1 Tinggi fundus uterus

No	Waktu Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diamete r Uterus	Palpasi Serviks
1	Bayi lahir	Setinggi Pusat	1000 Gram	12,5 cm	Lunak
2	Plasenta lahir	2 jari bawah Pusat	750 Gram	12,5 cm	Lunak
3	1 minggu	Pertengahan pusat sampai Simfisis	500 Gram	7,5 cm	2 cm
4	2 Minggu	Tidak teraba diatas simfisis	300 Gram	5 cm	1 cm
5	6 Minggu	Bertambah Kecil	60 gram	2,5 cm	Menye mpit

Involusi uterus dari luar dapat diamati dengan memeriksa fundus uteri dengan cara sebagai berikut;

- 1) Segera setelah persalinan, tinggi fundus uteri 2 cm dibawah pusat, 12 jam kemudian kembali 1 cm diatas pusat dan menurun kira-kira 1 cm setiap hari,
- 2) Pada hari kedua setelah persalinan tinggi fundus uteri 1 cm di bawah pusat. Pada hari ke- 3-4 tinggi fundus yteri 2 cm dibawah pusat,
- 3) Pada hari ke- 5-7 tinggi fundus uteri setengah pusat simfisis. Pada hari ke-10 tinggi fundus uteri tidak teraba (Kumalasari, 2015: 156).



Gambar 2.11

Involusi Uterus Pascapersalinan

(Sumber: Kumalasari, Intan, 2015: 157).

Bila uterus tidak mengalami atau terjadi kegagalan dalam proses involusi disebut dengan *subinvolusi*. Subinvolusi disebabkan oleh infeksi dan tertinggalnya sisa plasenta/ perdarahan lanjut (*postpartum haemorrhage*). Selain itu, beberapa faktor lain yang menyebabkan kelambatan uterus berinvolusi diantaranya:

- 1) Kandung kemih penuh,
- 2) Rektum berisi,
- 3) Infeksi uterus,
- 4) Retensi hasil konsepsi,
- 5) Fibroid,
- 6) Hematoma ligamentum latum uteri (Holmes, 2011: 282).

a. Perubahan Ligamen

Ligamen-ligamen dan diafragma pelvis serta fascia yang merenggang sewaktu kehamilan dan partus, serta jalan lahir, berangsur-angsur menciut kembali seperti sediakala. Perubahan ligamen yang dapat terjadi pasca melahirkan diantaranya: Ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi sehingga ligamen, fascia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur (Heryani, 2011: 29).

b. Perubahan Serviks

Segara setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulai dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan

serviks berbentuk seperti cincin (Heryani, 2011: 30). Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi/ perlukaan kecil. Oleh karena robekan kecil yang terjadi di daerah ostium eksternum selama dilatasi, serviks serviks tidak dapat kembali seperti sebelum hamil. (Kumalasari, Intan, 2015: 157).

c. Lokia (Lochea)

Akibat involusi uteri, lapisan luar desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Pencampuran antara darah dan desidua inilah yang dinamakan lokia (Heryani, 2010: 30). Menurut Kemenkes RI (2014), definisi lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Pemeriksaan lochea meliputi perubahan warna dan bau kerana lochea memiliki ciri khas berbau amis atau khas darah dan adanya bau busuk menandakan adanya infeksi. Jumlah total pengeluaran seluruh periode lochea rata-rata 240 – 270 ml. Lochea dibagi menjadi 4 tahapan yaitu:

1) Lochea Rubra/ Merah (*Cruenta*).

Lochea ini muncul pada hari ke-1 sampai hari ke-3 masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo, dan mekonium.

2) Lochea Sanguinolenta

Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 postpartum.

3) Lochea Serosa

Lochea ini bewarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan/ laserasi plasenta. Muncul pada hari ke-8 sampai hari ke-14 postpartum.

4) Lochea Alba/ Putih

Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir servik, dan serabut jaringan yang mati. Lochea alba bisa berlangsung selama 2 sampai 6 minggu postpartum. Biasanya wanita mengeluarkan sedikit lochea saat berbaring dan mengeluarkan darah lebih banyak saat berdiri/ bangkit dari

tempat tidur. Hal ini terjadi akibat penggumpalan darah dari forniks vagina atau saat wanita mengalami posisi rebun. Variasi dalam durasi aliran lochea sangat umum terjadi, namun warna aliran lochea cenderung semakin terang, yaitu berubah dari merah segar menjadi merah tua kemudian coklat, dan merah muda. Aliran lochea yang tiba-tiba kembali berwarna merah segar bukan merupakan temuan normal dan memerlukan evaluasi. Penyebabnya meliputi aktifitas fisik berlebihan, bagian plasenta atau selaput janin yang tertinggal dan atonia uterus.

Tabel 2.2
Perbedaan Lochea Pada Masa Nifas

LOKEA	WAKTU	WARNA	CIRI-CIRI
Rubra	1-3 Hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium, dan sisa darah
Sanguinolenta	3-7 Hari	Putih bercampur merah	Sisadarah bercampur lender
Serosa	7-14 Hari	Kekuningan/kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta
Alba	>14 Hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati

Sumber: (Heryani, 2010: 32)

d. Perubahan Vulva, Vagina dan Perineum

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap selama 6-8 minggu postpartum. Penurunan hormon estrogen pada masa postpartum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Rugae akan

terlihat kembali pada sekitar minggu ke-4. Perineum setelah persalinan, mengalami pengenduran karena teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pulihnya tonus otot perineum terjadi sekitar 5-6 minggu postpartum. Latihan senam nafas baik untuk mempertahankan elastisitas otot perineum dan organ-organ reproduksi lainnya. Luka episiotomi akan sembuh dalam 7 hari postpartum. Bila terjadi infeksi, luka episiotomi akan terasa nyeri, panas, merah dan bengkak (Aprilianti, 2016: 10-11).

e. Perubahan Sistem Pencernaan

Pasca melahirkan, kadar progesteron menurun, namun faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal, sehingga hal ini akan mempengaruhi pola nafsu makan ibu. Biasanya ibu akan mengalami obstipasi (konstipasi) pasca persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan pada waktu persalinan (dehidrasi), hemoroid, dan laserasi jalan lahir.

f. Perubahan Sistem Perkemihan Terkadang ibu mengalami sulit buang air kecil karena tertekannya spingter uretra oleh kepala janin dan spasme (kejang otot) oleh iritasi muskulus spingter ani selama proses persalinan, atau karena edema kandung kemih selama persalinan. Saat hamil, perubahan sistem hormonal yaitu kadar steroid mengalami peningkatan. Namun setelah melahirkan kadarnya menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Umumnya urin banyak dikeluarkan dalam waktu 12-36 jam pascapersalinan. Fungsi ginjal ini akan kembali normal selang waktu satu bulan pascapersalinan.

g. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Perubahan ini terjadi pada saat umur kehamilan semakin bertambah. Adaptasi muskuloskeletal mencakup peningkatan berat badan, bergesernya pusat akibat pembesaran rahim, relaksasi dan mobilitas. Namun, pada saat postpartum sistem muskuloskeletal akan berangsur-angsur pulih dan normal kembali. Ambulasi dini dilakukan segera pascapersalinan, untuk membantu mencegah komplikasi dan mempercepat involusi uteri (Heryani, 2011: 36).

h. Perubahan Sistem Endokrin

Hormon-hormon yang berperan terkait perubahan sistem endokrin diantaranya:

1) Hormon Plasenta

Human Chorionic Gonadotropin (HCG) mengalami penurunan sejak plasenta lepas dari dinding uterus dan lahir, dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 postpartum. Hormon ini akan kembali normal setelah hari ke-7.

2) Hormon Pituitary Hormon pituitary diantaranya: Prolaktin, FSH dan LH.

Hormon prolaktin berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi ASI. Pada wanita yang menyusui bayinya, kadar prolaktin tetap tinggi. FSH dan LH meningkat pada minggu ke-3 (fase konsentrasi folikuler) dan LH akan turun dan tetap rendah hingga menjelang ovulasi.

3) Hormon Oksitosin

Hormon oksitosin disekresi oleh kelenjar otak belakang (*Glandula Pituitary Posterior*) yang bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Hormon ini berperan dalam pelepasan plasenta, dan mempertahankan kontraksi untuk mencegah perdarahan saat persalinan berlangsung. Selain itu, isapan bayi saat menyusu pada ibunya juga dapat merangsang produksi ASI lebih banyak dan sekresi oksitosin yang tinggi, sehingga mempercepat proses involusi uteri.

4) Hipotalamik Pituitary Ovarium

Hormon ini mempengaruhi proses menstruasi pada wanita yang menyusui ataupun tidak menyusui. Wanita yang menyusui mendapatkan menstruasi pada 6 minggu pascamelahirkan kisaran 16% dan 45% setelah 12 minggu pascamelahirkan. Sedangkan wanita yang tidak menyusui, mendapatkan menstruasi kisaran 40% setelah 6 minggu pascamelahirkan dan 90% setelah 24 minggu (Heryani, 2011: 41).

i. Hormon Estrogen dan Progesteron

Estrogen yang tinggi akan memperbesar hormon anti diuretik yang dapat meningkatkan volume darah. Sedangkan progesteron akan mempengaruhi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah. Hal ini mempengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum, vulva dan vagina (Heryani, 2011:42).

i. Perubahan Sistem Kardivaskuler *Cardiac Output* meningkat selama persalinan

dan berlanjut setelah kala III saat besar volume darah dari uterus terjepit di dalam sirkulasi. Namun mengalami penurunan setelah hari pertama masa nifas dan normal kembali diakhir minggu ke-3. Penurunan ini terjadi karena darah lebih banyak mengalir ke payudara untuk persiapan laktasi. Hal ini membuat darah lebih mampu melakukan koagulasi dengan peningkatan viskositas yang dapat meningkatkan risiko thrombosis

j. Perubahan Tanda-Tanda Vital Pada Masa Nifas

Perubahan tanda-tanda vital pada masa nifas diantaranya:

- 1) Suhu. Suhu badan pasca persalinan dapat naik lebih dari $0,5^{\circ}\text{C}$ dari keadaan normal, namun tidak lebih dari 39°C setelah 2 jam pertama melahirkan, umumnya suhu badan kembali normal. Bila lebih dari 38°C waspadai ada infeksi.
- 2) Nadi. Umumnya nadi normal 60-80 denyut per menit dan segera setelah partus dapat terjadi bradiikardi (penurunan denyut nadi). Bila terdapat takikardi (peningkatan denyut jantung) diatas 100 kali permenit perlu diwaspadai terjadi infeksi atau perdarahan postpartum berlebihan.
- 3) Tekanan Darah. Tekanan darah normalnya sistolik 90-12- mmHG dan diastolik 60-80 mmHG. Tekanan darah biasanya tidak berubah biasanya akan lebih rendah setelah melahirkan karena ada perdarahan atau ayang lainnya. Tekanan darah akan tinggi apabila terjadi pre-eklamsi.
- 4) Pernapasan. Frekuensi normal pernapasan orang dewasa yaitu 16-24 kali per menit. Pada ibu postpartum umumnya lambat/ normal dikarenakan masih dalam fase pemulihan. Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan nadi tidak normal, pernapasan juga akan mengikutinya kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran cerna.

k. Perubahan Hematologi

Pada awal postpartum, jumlah hemoglobin, hematokrit, dan eritrosit bervariasi, hal ini dikarenakan tingkat volume darah dan volume darah yang berubah-ubah. Penurunan volume dan peningkatan sel darah merah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke-3 hingga ke-7 postpartum dan normal kembali pada minggu ke-4 hingga ke-5

postpartum. Jumlah kehilangan darah selama masa persalinan kurang lebih 200-500 ml, minggu pertama postpartum berkisar 500-800 ml dan selama sisa masa nifas berkisar 500 ml (Heryani, 2011: 45).

4. Adaptasi Psikologis Ibu Masa Nifas

Tahapan adaptasi psikologis masa nifas menurut Reva Rubin yaitu:

1. Periode Taking In (hari ke 1-2 setelah melahirkan)
 - a. Ibu masih pasif dan tergantung dengan orang lain,
 - b. Perhatian ibu tertuju pada kekhawatiran perubahan tubuhnya,
 - c. Ibu akan mengulangi pengalaman-pengalaman waktu melahirkan,
 - d. Memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan keadaan tubuh ke kondisi normal,
 - e. Nafsu makan ibu biasanya bertambah sehingga membutuhkan peningkatan nutrisi. Kurangnya nafsu makan menandakan proses pengembalian kondisi tubuh tidak berlangsung normal.
2. Periode Taking On/ Taking Hold (hari ke 2-4 setelah melahirkan)
 - a. Ibu memperhatikan kemampuan menjadi orang tua dan meningkatkan tanggung jawab akan bayinya,
 - b. Ibu memfokuskan perhatian pada pengontrolan fungsi tubuh, BAK, BAB, dan daya tahan tubuhnya,
 - c. Ibu berusaha untuk menguasai keterampilan merawat bayi seperti menggendong, menyusui, memandikan, dan mengganti popok,
 - d. Ibu cenderung terbuka menerima nasehat bidan dan krikian pribadi,
 - e. Kemungkinan ibu mengalami depresi postpartum karena merasa tidak mampu membesarkan bayinya.
3. Periode Letting Go (berlangsung 10 hari setelah melahirkan).
 - a. Terjadi setelah ibu pulang ke rumah dan dipengaruhi oleh dukungan serta perhatian keluarga,
 - b. Ibu sudah mengambil tanggung jawab dalam merawat bayi dan memahami kebutuhan bayi sehingga akan mengurangi hak ibu dalam kebebasan dan hubungan sosial,
 - c. Depresi postpartum sering terjadi pada masa ini (Pitriani, Risa. 2014: 7-8).

5. Kebutuhan dasar pada masa nifas

a. Nutrisi dan Cairan

Selama masa nifas, diet sehat sangat dianjurkan pada ibu setelah melahirkan untuk mempercepat proses penyembuhan dan peningkatan kualitas produksi ASI. Diet yang dilakukan tentunya harus bermutu dengan nutrisi yang cukup, gizi seimbang, terutama kebutuhan protein dan karbohidrat serta banyak mengandung cairan dan serat untuk mencegah konstipasi. Beberapa asupan yang dibutuhkan ibu pada masa nifas diantaranya:

- 1) Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari (3-4 porsi setiap hari)
- 2) Ibu dianjurkan minum sedikitnya 3 liter per hari, untuk mencukupi kebutuhan cairan supaya tidak cepat dehidrasi.
- 3) Rutin mengonsumsi pil zat besi setidaknya selama 40 hari pascapersalinan.
- 4) Serta tidak dianjurkan mengonsumsi makanan yang mengandung kafein/ nikotin.
- 5) Minum kapsul vitamin A 200.000 IU sebanyak dua kali yaitu satu kali setelah melahirkan dan yang kedua diberikan setelah 24 jam selang pemberian kapsul vitamin A pertama. Pemberian kapsul vitamin A 2 kali dapat menambah kandungan vitamin A dalam ASI sampai bayi berusia 6 bulan, dibandingkan pemberian 1 kapsul hanya cukup meningkatkan kandungan sampai 60 hari

Tale 2.3 Zat Gizi.

NO	Zat Gizi	Satuan	Wanita Hamil	Wanita Tidak Hamil
1	Energi	Kkal	2485	2200
2	Protein	G	60	48
3	Vitamin A	Mcg	700	500
4	Vitamin D	Mcg	15	5
5	Vitamin E	Mg	18	8

6	Vitamin K	Mcg	130	65
7	Vitamin C	Mg	110	75
8	Vitamin B1	Mg	1,5	1,2
9	Vitamin B6	Mg	1,7	1,3
10	Vitamin B12	Mcg	2,6	2,4
11	Thiamin	Mg	1,2	1,0
12	Riboflavin	Mg	1,4	1,2
13	Niacin	Mg	9,1	9
14	Asam Folat	Mcg	300	150
15	Piridoksin	Mg	3,8	1,6
16	Kalsium	Mg	900	500
17	Fosfor	Mg	650	450
18	Zat Besi	Mg	46	26
19	Seng	Mg	20	15
20	Yodium	Mcg	175	150
21	Selenium	Mcg	70	55

b. Ambulasi

Ambulasi dini (*early ambulation*) ialah kebijaksanaan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu postpartum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu untuk berjalan. *Early ambulation* tidak diperbolehkan pada ibu postpartum dengan penyulit misalnya anemia, penyakit jantung, paru-paru, demam, dan sebagainya (RI, Kemenkes: 2014: 140). Pada ibu dengan postpartum normal ambulasi dini dilakukan paling tidak 6-12 jam postpartum, sedangkan pada ibu dengan partus *sectio caesarea* ambulasi dini dilakukan paling tidak setelah 12 jam postpartum setelah ibu sebelumnya beristirahat/ tidur. Tahapan ambulasi ini dimulai dengan miring kiri/kanan terlebih dahulu, kemudian duduk. Lalu apabila ibu sudah cukup

kuat berdiri maka ibu dianjurkan untuk berjalan). Beberapa manfaat ambulasi dini diantaranya:

- a. Membuat ibu merasa lebih baik, sehat dan lebih kuat,
 - b. Mempercepat proses pemulihan fungsi usus, sirkulasi, jaringan otot, pembuluh vena, paru-paru dan sistem perkemihan.
 - c. Mempermudah dalam mengajarkan ibu cara melakukan perawatan pada bayinya,
 - d. Mencegah terjadinya trombosis akibat pembekuan darah,
- c. Eliminasi

1. Buang Air Kecil (BAK)

Biasanya dalam waktu 6 jam postpartum ibu sudah dapat melakukan BAK secara spontan. Miksi normal terjadi setiap 3-4 jam postpartum. Namun apabila dalam waktu 8 jam ibu belum dapat berkemih sama sekali, maka katektisasi dapat dilakukan apabila kandung kemih penuh dan ibu sulit berkemih. Kesulitan BAK antara lain disebabkan spingter uretrs yang tertekan oleh kepala janin dan kejang otot (spasmus) oleh iritasi muskulo spingter ani selama persalinan, atau adanya edema kandung kemih selama persalinan.

2. Buang Air Besar (BAB)

Ibu postpartum diharapkan sudah dapat buang air besar setelah hari ke-2 postpartum. Jika pada hari ke-3 ibu belum bisa BAB, maka penggunaan obat pencahar berbentuk supositoria sebagai pelunak tinja dapat diaplikasikan melalui per oral atau per rektal. Kesulitan BAB (konstipasi) pada ibu antara lain disebabkan selain perineum yang sakit juga takut luka jahitan perineum terbuka, adanya hemoroid atau obat-obatan analgesik selama proses persalinan. Kesulitan BAB ini dapat diatasi dengan melakukan mobilisasi dini, konsumsi makanan tinggi serat, mencukupi kebutuhan asupan cairan dapat membantu memperlancar BAB ibu dengan baik.

d. Kebersihan Diri (Personal Hygiene)

Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman ibu. Beberapa langkah yang dapat dilakukan ibu postpartum dalam menjaga kebersihan dirinya antara lain:

- a. Patikan kebersihan tubuh ibu tetap terjaga dengan cara mandi lebih sering (2 kali/ hari) dan menjaga kulit tetap kering untuk mencegah infeksi dan alergi dan penyebarannya ke kulit bayi,
- b. Membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air, yaitu dari arah depan ke belakang, setelah itu anus. Mengganti pembalut minimal 2 kali sehari. Mengajarkan ibu mencuci tangan dengan sabun dan air setiap sebelum dan selesai membersihkan daerah kemaluan. Jika ibu mempunyai luka episiotomy, ibu dianjurkan untuk tidak menyentuh daerah luka agar terhindar dari infeksi sekunder.
- c. Melakukan perawatan payudara secara teratur, yaitu dimulai 1-2 hari setelah bayidilahirkan dan rutin membersihkannya setiap 2 kali sehari.
- d. Mengganti pakaian dan alas tempat tidur. Ibu dianjurkan memakai pakaian yang longgar dan mudah menyerap keringat, sehingga daerah seperti payudara tidak terasa tertekan dan kering. Serta pada daerah lipatan paha, dengan penggunaan pakaian dalam yang longgar tidak menyebabkan iritasi kulit disekitar selangkangan akibat lokea.
- e. Jika ibu mengalami kerontokan rambut akibat adanya perubahan hormon, ibu dianjurkan menggunakan pembersih rambut/ kondisioner secukupnya, dan menyisir rambut dengan sisir yang lembut.
- e. Istirahat dan Tidur
Selama proses pemulihan kondisi fisik dan psikologis ibu pada masa nifas kebutuhan istirahat ibu harus tercukupi. Ibu dapat beristirahat dengan tidur siang selagi bayi tidur, atau melakukan kegiatan kecil dirumah seperti menyapu dengan perlahan-lahan. Jika ibu kurang istirahat maka dampak yang terjadi seperti jumlah produksi ASI berkurang, memperlambat proses involusi uteri, serta meyebabkan depresi dan ketidakmampuan ibu dalam merawat bayinya.
- f. Aktivitas Seksual

Ibu dapat melakukan aktivitas seksual dengan suami ibu kapan saja, selama ibu sudah siap, secara fisik aman dan tidak merasakan nyeri daerah genitalia.

g. Senam nifas

Senam nifas adalah senam yang dilakukan oleh ibu setelah persalinan, setelah keadaan ibu normal (pulih kembali). Senam nifas merupakan latihan yang tepat untuk memulihkan kondisitubuh ibu dan keadaan ibu secara fisiologis maupun psikologis. Senam nifas dapat dilakukan saat ibu merasa benar-benar pulih dan tidak ada komplikasi atau penyulit selama masa nifas. Selain memulihkan kondisi tubuh ibu senam nifas dapat mempercepat proses involusi uteri dan mengembalikan elastisitas otot-otot dan jaringan yang merenggang waktu persalinan.

6. Tanda Bahaya Masa Nifas

Setelah ibu melahirkan, selanjutnya ibu memasuki tahap masa nifas atau lazim disebut *puerperium*. Masa nifas dimulai 1 jam setelah plasenta lahir hingga 6 minggu (42 hari) setelahnya. Menurut Saifuddin, asuhan masa nifas sangat diperlukan karena masa nifas merupakan masa kritis yang memungkinkan untuk terjadinya masalah-masalah yang berakibat fatal karena dapat menyebabkan kematian ibu. Oleh karena itu perhatian penuh dari bidan sangat diperlukan salah satunya dengan memberikan asuhan kebidanan berkesinambungan yang berkualitas secara optimal. Dampak yang terjadi jika cakupan pelayanan yang diberikan rendah, dapat menyebabkan permasalahan pada ibu nifas seperti perdarahan post partum, infeksi saat masa nifas, dan masalah obstetri lainnya pada masa nifas (Wahyuni, Sri, 2014: 58). Tanda bahaya masa nifas yang perlu diwaspadai oleh ibu diantaranya.:

a. Perdarahan Pascasalin

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

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

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

b. Infeksi Masa Nifas

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

1. Temperatur suhu meningkat $>38^{\circ}\text{C}$,
2. Ibu mengalami peningkatan pernapasan (takikardi) dan penurunan pernapasan (bradikardi) secara drastis, serta tekanan darah yang tidak teratur,
3. Ibu terlihat lemah, gelisah, sakit kepala dan kondisi terburuknya ibu tidak sadar/ koma,
4. Proses involusi uteri terganggu,
5. Lokea yang keluar berbau dan bernanah.

c. Demam, Muntah dan Nyeri Saat Berkemih

Pada masa nifas ini ibu cenderung mengalami peningkatan suhu badan dan nyeri saat berkemih. Nyeri ini disebabkan oleh luka bekas episiotomi, atau laserasi periuretra yang menyebabkan ketidaknyamanan pada ibu. Demam dengan suhu $>38^{\circ}\text{C}$ mengindikasikan adanya infeksi, serta terjadinya diuresis dan overdistensi dapat menyebabkan infeksi pada saluran kemih.

d. Kehilangan Nafsu Makan Dalam Waktu Yang Lama.

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

e. Payudara Berubah Kemerahan, Panas, dan Terasa Sakit.

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

f. Pembengkakan Pada Wajah dan Ekstremitas.

Waspadai preeklamsi yang timbul dengan tanda-tanda:

- 1) Tekanan darah ibu tinggi,
- 2) Terdapat oedem/ pembengkakan di wajah dan ekstremitas.
- 3) Pada pemeriksaan urine ditemukan protein urine.

7. Asuhan Ibu Pada Masa Nifas Normal

Menurut Saleha (2009), asuhan kebidanan masa nifas adalah pentalaksanaan asuhan yang diberikan pada pasien mulai dari saat setelah lahirnya bayi sampai dengan kembalinya tubuh dalam keadaan seperti sebelum hamil atau mendekati sebelum hamil (Aprilianti, 2016: 22). Asuhan masa nifas sangat diperlukan pada periode ini karena merupakan masa kritis baik ibu maupun bayinya. Sehingga diperkirakan bahwa 60% kematian ibu akibat kehamilan yang terjadi setelah persalinan dan 50% kematian masa nifas yang terjadi dalam 24 jam pertama (Kumalasari, 2015: 164).

Asuhan pelayanan masa nifas yang berkualitas mengacu pada pelayanan sesuai standart kebidanan, sehingga permasalahan yang terjadi pada masa ibu nifas dapat diminimalkan atau bahkan tidak terjadi sama sekali. Asuhan masa nifas memiliki beberapa tujuan diantaranya:

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayi baik fisik maupun psikologinya,
- b. Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati/ merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya,
- c. Memberikan pendidikan kesehatan, tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi, dan perawatan bayi sehat,
- d. Serta memberikan pelayanan keluarga berencana (Kumalasari, 2015: 164).

Kebijakan program nasional masa nifas yaitu paling sedikit empat kali kunjungan pada nifas dalam rangka menilai status ibu dan bayi baru lahir, mencegah,

mendeteksi dan mengurangi masalah-masalah yang terjadi pada masa nifas, diantaranya:

1) Kunjungan I (6 – 48 jam postpartum)

Asuhan yang diberikan antara lain:

- a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri,
- b. Memantau keadaan umum ibu untuk memastikan tidak terjadi tanda-tanda infeksi,
- c. Melakukan hubungan antara bayi dan ibu (*bounding attachment*),
- d. Membimbing pemberian ASI lebih awal (ASI eksklusif).

2) Kunjungan II (4 hari – 28 hari)

Asuhan yang diberikan antara lain:

- a. Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal,
- b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal,
- c. Memastikan ibu mendapat cukup makan, cairan dan istirahat
- d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit,
- e. Memberikan konseling pada ibu, mengenal asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari-hari.

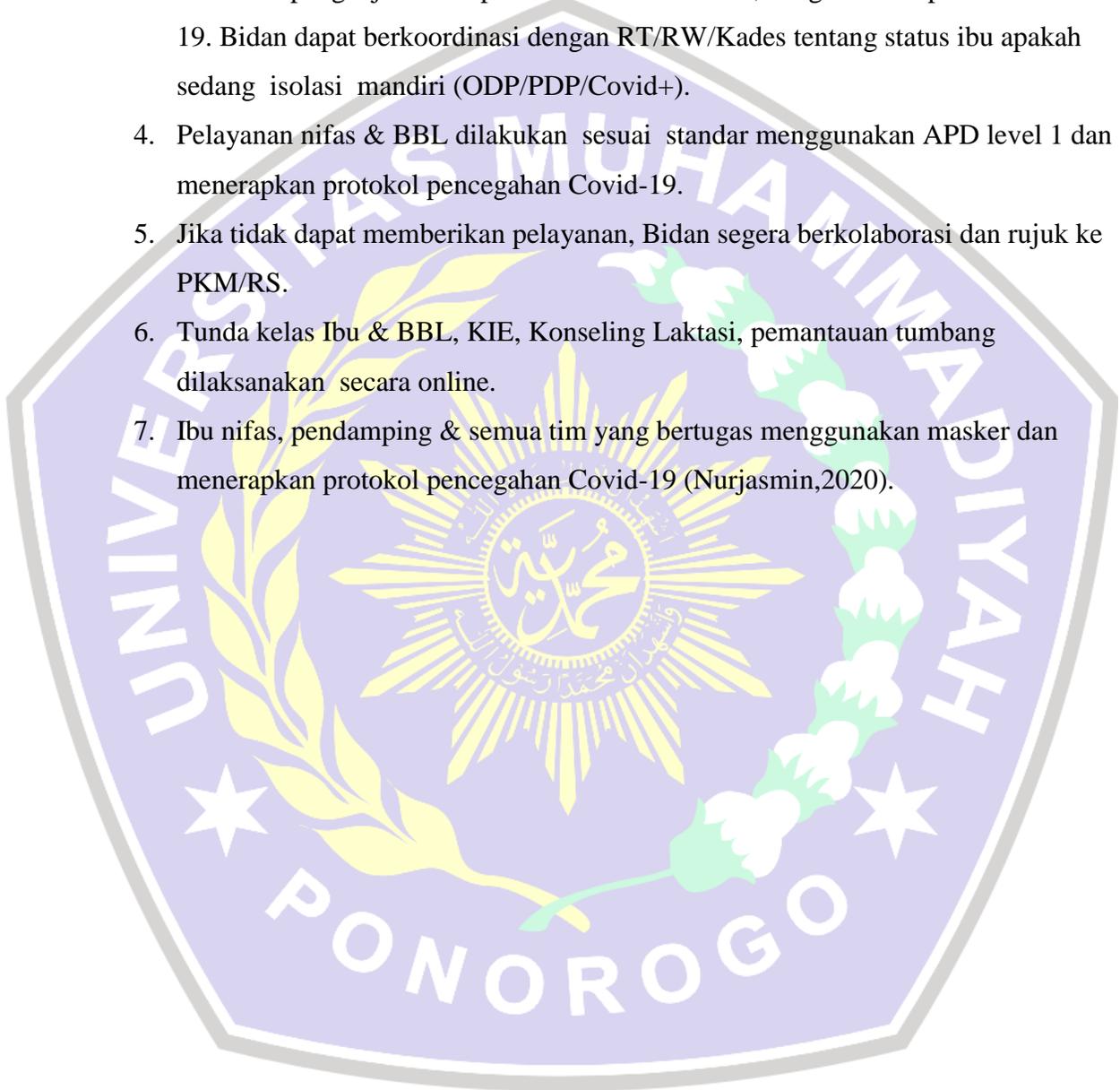
3) Kunjungan III (29 hari – 42 hari)

Asuhan yang diberikan antara lain:

- a. Menanyakan kesulitan-kesulitan yang dialami ibu selama masa nifas,
- b. Memberikan konseling KB secara dini, imunisasi, senam nifas, dan tanda-tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi (Kumalasari, 2015: 165).

Pelayanan saat masa pandemik pada nifas

1. Tidak ada keluhan agar menerapkan isi buku KIA, lakukan pemantauan mandiri, jika ada keluhan/tanda bahaya pada ibu/BBL segera ke fasyankes.
2. Pelayanan nifas dan BBL, dengan membuat janji melalui telepon/WA.
3. Lakukan pengkajian komprehensif sesuai standar, dengan kewaspadaan Covid-19. Bidan dapat berkoordinasi dengan RT/RW/Kades tentang status ibu apakah sedang isolasi mandiri (ODP/PDP/Covid+).
4. Pelayanan nifas & BBL dilakukan sesuai standar menggunakan APD level 1 dan menerapkan protokol pencegahan Covid-19.
5. Jika tidak dapat memberikan pelayanan, Bidan segera berkolaborasi dan rujuk ke PKM/RS.
6. Tunda kelas Ibu & BBL, KIE, Konseling Laktasi, pemantauan tumbang dilaksanakan secara online.
7. Ibu nifas, pendamping & semua tim yang bertugas menggunakan masker dan menerapkan protokol pencegahan Covid-19 (Nurjasmin,2020).



2.1.3. Bayi Baru Lahir/ Neonatus

1. Pengertian Bayi Baru Lahir/ Neonatus

Saifuddin mendefinisikan bayi baru lahir adalah bayi yang baru lahir selama satu jam pertama kelahiran (Dwiendra, 2014: 4). Bayi baru lahir normal 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.

Definisi bayi baru lahir menurut Marmi (2012), adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran dan berusia 0-28 hari. Masa neonatal adalah masa sejak lahir sampai dengan 4 minggu (28 hari), sesudah kelahiran dimana ada tiga masa yaitu neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 1 bulan sesudah lahir, Neonatus dini adalah usia < 7 hari dan Neonatus lanjut adalah usia 7-28 hari (Sholichah, Nanik :2017 :80).

2. Ciri - Ciri Bayi Baru Lahir

Menurut Kumalasari (2015: 209-210) ciri – ciri bayi baru lahir diantaranya:

- a. Berat badan 2500-4000 gram,
- b. Panjang badan lahir 48-52 cm,
- c. Lingkar dada 30-38 cm,
- d. Lingkar kepala 33-35 cm,
- e. Frekuensi jantung 120-160 kali/ menit,
- f. Pernapasan \pm 40 – 60 kali/ menit,
- g. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup,
- h. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna,
- i. Kuku agak panjang dan lemas,
- j. Genetalia :
- k. Pada bayi perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora, pada bayi laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada,
Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik,

- l. Reflek moro/ gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik,
- m. Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecokelatan.

3. **Klasifikasi Bayi Baru Lahir**

Klasifikasi bayi baru lahir berdasarkan 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) (Purnamasari, Rahma, 2013: 11).

4. **Tahapan Bayi Baru Lahir**

Beberapa tahapan yang terjadi pada bayi baru lahir yaitu:

a. Tahapan I

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

b. Tahapan II

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

c. Tahapan III

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

5. **Mekanisme Kehilangan Panas pada Bayi**

- 1) Mekanisme kehilangan panas pada bayi baru lahir adalah: *Evaporasi* : kehilangan panas dapat terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas bayi sendiri karena setelah setelah lahir, tubuh

bayi tidak segera dikeringkan. Kehilangan panas juga dapat terjadi pada bayi yang cepat dimandikan dan tubuhnya tidak segera dikeringkan dan diselimuti.

- 2) *Konduksi* : kehilangan panas melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan bayi.
- 3) *Konveksi* : kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin.
- 4) *Radiasi* : kehilangan panas tubuh yang terjadi karena bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu tubuh lebih rendah dari suhu tubuh bayi (Dwiendra, 2014).

6. Adaptasi Bayi Baru Lahir Terhadap Kehidupan Di Luar Uterus

Beberapa adaptasi fisiologis yang terjadi setelah bayi lahir menurut Buda S, Endang (2011: 29-46), yaitu:

a. Sistem Pernafasan

Pada saat didalam rahim janin mendapatkan O₂ dan melepaskan CO₂ melalui plasenta. Paru-paru janin mengandung cairan yang disebut surfaktan. Surfaktan berfungsi untuk mengurangi tekanan permukaan alveoli dan menstabilkan dinding alveoli sehingga tidak kolaps. Pada proses persalinan pervaginam terjadi tekanan mekanik dalam dada yang mengakibatkan pengempisan paru-paru dan tekanan negative pada intra toraks sehingga merangsang udara masuk. Ketika tali pusat dipotong maka akan terjadi pengurangan O₂ dan akumulasi CO₂ dalam darah bayi, sehingga akan merangsang pusat pernafasan untuk memulai pernafasan pertama. Pernafasan pertama bayi berfungsi untuk mengeluarkan cairan dalam paru dan mengembangkan jaringan alveoli paru-paru untuk pertama kali sehingga merangsang udara masuk. Ketika bernafas, udara memenuhi paru-paru dan sisa surfaktan diserap oleh pembuluh darah dan linfe sehingga semua alveoli terisi oleh udara pada saat ini maka terjadi peningkatan tekanan O₂ dalam alveolar sehingga pembuluh darah paru-paru meningkat dan memperlancar pertukaran gas dalam alveoli sehingga terjadi perubahan sirkulasi janin menjadi sirkulasi luar rahim. Pernafasan bayi baru lahir tidak teratur kedalaman, kecepatan dan iramanya serta bervariasi 30-60 kali per menit, sebagaimana kecepatan nadi,

kecepatan pernafasan juga dipengaruhi oleh menangis. Pernafasan mudah dilihat atau diamati dengan melihat pergerakan abdomen karena pernafasan neonatus sebagian besar dibantu oleh diafragma dan otot-otot abdomen.

b. Sistem Sirkulasi Darah

Sistem kardiovaskuler mengalami perubahan yang mencolok setelah bayi lahir. Foramen ovale, duktus arteriosus dan duktus venosus menutup. Arteri umbilikus dan vena umbilikalis dan arteri hepatica menjadi ligamen. Nafas pertama yang dilakukan oleh bayi baru lahir membuat paru-paru berkembang dan menurunkan resistensi vaskuler pulmoner, sehingga darah mengalir, tekanan arteri pulmoner menurun. Rangkaian peristiwa merupakan mekanisme besar yang menyebabkan tekanan atrium kanan menurun. Aliran darah pulmoner kembali meningkat ke jantung dan masuk ke kanan bagian kiri sehingga tekanan dalam atrium kiri meningkat. Perubahan tekanan ini menyebabkan foramen ovale menutup. Selama beberapa hari pertama kehidupan, tangisan dapat mengembalikan aliran darah melalui foramen ovel sementara dan mengakibatkan sianosis ringan. Frekuensi jantung bayi rata-rata 140x per menit saat lahir, dengan variasi berkisar antara 120-140x per menit. Frekuensi saat bayi tidur berbeda dari frekuensi saat bayi bangun. Pada saat usia satu minggu frekuensi denyut jantung bayi rata-rata 128x per menit dan 163x per menit saat bangun. Aritmia sinus (denyut jantung yang tidak teratur pada usia ini dapat dipersepsikan sebagai suatu fenomena fisiologis dan sebagai indikasi fungsi jantung yang baik). Ketika dilahirkan bayi memiliki kadar haemoglobin yang tinggi sekitar 17 gr/dl dan sebagian besar terdiri dari haemoglobin fetal type (HbF). Jumlah HbF yang tinggi ketika didalam rahim diperlukan untuk meningkatkan kapasitas pengangkutan O₂ dalam darah saat darah yang teroksigenasi dari plasenta bercampur dengan darah dari bagian bawah janin. Keadaan ini tidak berlangsung lama, ketika bayi lahir banyak sel darah merah tidak diperlukan sehingga terjadi hemolisis sel darah merah. Hal ini menyebabkan ikterus fisiologi pada bayi baru lahir dalam 2-3 hari pertama kelahiran.

c. Sistem Pencernaan

Bayi baru lahir cukup bulan mampu menelan, mencerna, memetabolisme dan mengabsorpsi protein dan karbohidrat sederhana serta mengemulsi lemak. Mekonium merupakan sampah pencernaan yang disekresikan oleh bayi baru lahir. Mekonium diakumulasi dalam usus saat umur kehamilan 16 minggu. Warnanya hijau kehitam-hitaman dan lembut, terdiri dari mucus, sel epitel, cairan amnion yang tertelan, asam lemak dan pigmen empedu. Mekonium dikeluarkan seluruhnya sekitar 2-3 hari setelah bayi lahir. Mekonium pertama dikeluarkan dalam waktu 24 jam setelah bayi lahir. Ketika bayi sudah mendapatkan makanan faeces bayi berubah menjadi kuning kecoklatan, mekonium yang dikeluarkan menandakan anus yang berfungsi sedangkan faeces yang berubah warna menandakan seluruh saluran gastrointestinal berfungsi. Dalam waktu 4 atau 5 hari faeces akan menjadi kuning. Bayi yang diberi ASI, faecesnya lembut, kuning terang dan tidak bau. Sedangkan bayi yang diberi susu formula berwarna pucat dan agak berbau. Bayi yang diberi ASI dapat BAB sebanyak 5 kali atau lebih dalam sehari, ASI sudah mulai banyak diproduksi pada hari ke 4 atau ke 5 persalinan. Walaupun demikian setelah 3-4 minggu, bayi hanya BAB 1 kali setiap 2 hari. Sedangkan bayi yang diberi susu formula lebih sering BAB tetapi lebih cenderung mengalami konstipasi. Kapasitas lambung bayi baru lahir sekitar 15-30 ml dan meningkat dengan cepat pada minggu pertama kehidupan. Pengosongan lambung pada bayi baru lahir sekitar 2,5 – 3 jam. Imaturitas hati yang fisiologis menghasilkan produksi glukoronil transferase yang rendah untuk konjugasi bilirubin dan juga tingginya jumlah sel darah merah yang mengalami hemolysis mengakibatkan ikterus fisiologis yang dapat terlihat pada hari ketiga atau kelima. Simpanan glikogen cepat berkurang sehingga early feeding diperlukan untuk mempertahankan glukosa darah normal. Early feeding diperlukan untuk menstimulasi fungsi liver dan membantu pembentukan vitamin K.

d. Sistem Pengaturan Suhu

Tubuh Bayi baru lahir memiliki pengaturan suhu tubuh yang belum efisien dan masih lemah, sehingga penting untuk mempertahankan suhu tubuh bayi agar tidak terjadi penurunan dengan penatalaksanaan yang tepat misalnya

dengan cara mencegah hipotermi. Proses kehilangan panas dari kulit bayi dapat melalui proses konveksi, evaporasi, konduksi dan radiasi. Hal ini dapat dihindari jika bayi dilahirkan dalam lingkungan yang hangat dengan suhu sekitar 21-24°C, dikeringkan dan dibungkus dengan hangat. Bayi baru lahir tidak akan mengalami kedinginan dan dapat meningkatkan produksi panas dengan cara ini. Simpanan lemak coklat sudah tersedia pada bayi saat dilahirkan, tetapi suhu tubuh bayi menurun lebih banyak energi yang digunakan untuk memproduksi panas ketika diperlukan saja. Lemak coklat diproduksi dibawah bahu, dibelakang sternum dileher disekitar ginjal dan kelenjar supra renal. Intake makanan yang adekuat juga penting untuk memproduksi. Jika suhu tubuh bayi menurun lebih banyak energi digunakan untuk memproduksi panas daripada untuk pertumbuhan dan akan terjadi peningkatan penggunaan O₂. Bayi baru lahir yang kedinginan akan terlihat tidak aktif dan dia akan mempertahankan panas tubuhnya dengan posisi fleksi dan meningkatkan pernafasannya serta menangis. Sehingga terjadi peningkatan penggunaan kalori yang mengakibatkan hipoglikemi yang akan ditimbulkan dari efek hipotermi begitu juga hipoksia dan hyperbilirubinemia. Suhu yang tidak stabil juga mengindikasikan terjadinya infeksi sehingga setiap tindakan yang dilakukan harus menghindari terjadinya kehilangan panas pada bayi baru lahir. Suhu tubuh bayi yang normal sekitar 36,5 – 37,5°C.

e. Sistem Ginjal

Janin mengeluarkan urina dalam cairan amnion selama kehamilan. Walaupun ginjal pada bayi sudah berfungsi, tapi belum sempurna untuk menjalankan fungsinya. Kemampuan filtrasi glomerular masih sangat rendah, maka kemampuan untuk menyaring urine belum sempurna. Sehingga cairan dalam jumlah yang banyak diperlukan untuk mengeluarkan zat padat. Jika bayi mengalami dehidrasi ekskresi zat padat seperti urea dan sodium klorida akan terganggu. Bayi baru lahir harus BAK dalam waktu 24 jam setelah lahir. Awalnya urine yang keluar sekitar 20-30 ml/ hari dan meningkat menjadi 100-200 ml/ hari pada akhir minggu pertama ketika intake cairan meningkat.

f. Sistem Adaptasi Imunologi

Dalam rahim janin mendapatkan perlindungan infeksi oleh kantong ketuban yang masih utuh dan barier plasenta, walaupun demikian ada mikroorganisme tertentu yang dapat melewati plasenta dan menginfeksi janin. Bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi terutama yang masuk melalui mukosa yang berhubungan dengan sistem pernafasan dan gastrointestinal. Bayi mempunyai beberapa imunoglobulin seperti IgG, IgA dan IgM. Selama trimester akhir kehamilan terjadi transfer transplacentar imunoglobulin IgG dari ibu ke janin. Hal ini memberikan perlindungan pada janin untuk memberikan pertahanan terhadap infeksi yang didapatkan dari antibody itu. Antibody yang terbentuk memberikan kekebalan pasif pada bayi sekitar 6 bulan, sedangkan IgM dan IgA tidak mampu untuk melewati barier plasenta tetapi dapat dihasilkan oleh janin beberapa hari setelah lahir. Tingkat imunoglobulin IgG bayi sama atau kadang lebih tinggi dari ibunya, hal ini disebabkan karena adanya kekebalan pasif selama bulan pertama kehidupan. Sedangkan IgM dan IgA rata-rata 20% dari orang dewasa yang dibutuhkan selama 2 tahun untuk samadengan orang dewasa. Tingkat IgM dan IgA yang relative rendah dapat memudahkan terjadinya atau masuknya infeksi. IgA dapat memberikan perlindungan terhadap infeksi pada saluran pernafasan, gastrointestinal, dan mata. ASI terutama kolostrum dapat memberikan kekebalan pasif pada bayi sebagai perlindungan terhadap infeksi dalam bentuk *Lactobacillus bifidus*, lactoferin, lysozym dan pengeluaran IgA. Pemberian ASI juga membantu perkembangbiakan bakteri tertentu dalam usus yang akan mengakibatkan suasana asam yang dapat menghambat pertumbuhan bakteri patogen. Oleh karena itu setiap tindakan pada bayi harus berprinsip untuk mencegah terjadinya infeksi.

g. Sistem Reproduksi

Spermatogenesis pada bayi laki-laki belum terjadi sampai mencapai pubertas, tetapi pada bayi perempuan sudah terbentuk folikel primodial yang mengandung ovum pada saat lahir. Pada kedua jenis kelamin ini pengambilan estrogen dari ibu untuk pertumbuhan payudara yang kadang-kadang disertai secret pada hari keempat atau kelima. Hal ini tidak membutuhkan perawatan

karena akan hilang dengan sendirinya. Pada bayi perempuan kadang terjadi pseudomenstruasi dan labia mayora sudah terbentuk menutupi labia minora. Pada laki-laki testis sudah turun ke dalam skrotum pada akhir 36 minggu kehamilan.

h. Sistem Rangka Tubuh

Pertumbuhan otot lebih banyak terjadi dengan hipertropi dibandingkan dengan hiperplasia. Pemanjangan dan pengerasan tulang yang belum sempurna dapat memfasilitasi pertumbuhan episis. Tulang yang berada dibawah tengkorak tidak mengalami pengerasan. Hal ini penting untuk pertumbuhan otak dan memudahkan proses moulase pada waktu persalinan. Moulase dapat hilang beberapa hari setelah kelahiran. Fontanela posterior menutup setelah 6-8 minggu, sedangkan fontanela anterior membuka sampai 18 bulan. Pengkajian terhadap hidrasi dan tekanan intrakranial dapat dilakukan dengan palpasi fontanel.

i. Sistem Syaraf

Jika dibandingkan dengan sistem tubuh lainnya, sistem syaraf belum matang secara anatomi dan fisiologi. Hal ini mengakibatkan kontrol yang minim oleh korteks serebri terhadap sebagian besar batang otak dan aktivitas refleksi tulang belakang pada bulan pertama kehidupan walaupun sudah terjadi interaksi sosial. Adanya beberapa aktivitas refleksi yang terdapat pada bayi baru lahir menandakan adanya kerjasama antara sistem syaraf dan sistem muskuloskeletal. Refleksi tersebut antara lain :

a. Reflek Moro

Reflek dimana bayi akan mengembangkan tangan lebar-lebar dan melebarkan jari-jari lalu mengembalikan dengan tarikan yang cepat seakan-akan memeluk seseorang. Reflek dapat diperoleh dengan memukul permukaan yang rata yang ada didekatnya dimana dia terbaring dengan posisi terlentang. Bayi seharusnya membentangkan dan menarik tangannya secara sistematis. Jari-jari akan meregang dengan ibu jari dan telunjuk membentuk huruf C, kemudian tangan terlipat dengan gerakan memeluk dan kembali pada posisi rileks. Kaki juga dapat mengikuti gerakan serupa.

Reflek Moro biasanya ada pada saat lahir dan hilang setelah usia 3-4 bulan.

b. Reflek Rooting

Reflek ini timbul karena adanya stimulasi taktil pada pipi dan daerah mulut, bayi akan memutar kepala seakan – akan mencari puting susu. Reflek Rooting ini berkaitan erat dengan reflek menghisap dan dapat dilihat jika pipi atau sudut mulut dengan pelan disentuh bayi, akan menengok secara spontan kearah sentuhan, mulutnya akan terbuka dan mulai menghisap. Reflek ini biasanya menghilang pada usia 7 bulan.

c. Reflek Sucking

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

d. Reflek Batuk dan Bersin

Reflek ini timbul untuk melindungi bayi dan obstruksi pernafasan.

e. Reflek Graps

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

f. Reflek Walking dan Stapping

Reflek ini timbul bila bayi dalam posisi berdiri akan ada gerakan spontan kaki melangkah kedepan walaupun bayi tersebut belum bisa berjalan. Reflek ini kadangkadangsulit diperoleh sebab tidak semua bayi kooperatif. Meskipun secara terus menerus reflek ini dapat dilihat. Menginjak biasanya berangsur-angsur menghilang pada usia 4 bulan.

g. Reflek Tonic Neck

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

h. Reflek Babinsky

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

i. Reflek Galant/ Membengkokkan Badan

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

j. Reflek Bauer/ Melangkah

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

k. Intergumentary Sistem

Kulit bayi sangat sensitive terhadap infeksi oleh karena itu penting untuk menjaga keutuhan kulit. Masuknya mikroorganismenya dapat menyebabkan infeksi. Oleh karena itu Ig A tidak ada pada saat lahir dan baru terbentuk sekitar 2 minggu setelah lahir, maka imunitas kulit dan usus berkurang. Kelenjar keringat sudah ada pada saat lahir tapi kadang-kadang belum berfungsi secara efisien. Verniks kaseosa yang melindungi kulit bayi dan diproduksi oleh kelenjar sebacea sedangkan bintik-bintik putih kecil yang dinamakan milia sudah ada pada waktu lahir. Pengelupasan kulit hanya dimulai beberapa hari setelah lahir, sedangkan jika kulit bayi sudah mengelupas pada saat lahir hal ini mengidentifikasi bahwa sudah terjadi serotinus, IUGR atau infeksi intra uterin seperti sifilis.

7. Asuhan Bayi Baru Lahir Normal

Asuhan segera bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi baru lahir dimulai sejak proses persalinan hinggakelahiran bayi (dalam satu jam pertama kehidupannya). Dengan memegang prinsip asuhan segera, aman, dan bersih untuk bayi baru lahir (Kumalasari, Intan, 2015: 210). Asuhan segera yang dilakukan dengan memperhatikan aspek-aspek berikut:

- a. Selalu menjaga bayi tetap kering dan hangat,
- b. Usahakan kontak kulit ibu dengan bayi (skin to skin), segera setelah melahirkan badan:
 - 1) Secepat mungkin menilai pernafasan, serta bayi diletakkan diatas perut ibu,
 - 2) Dengan kain bersih dan kering membersihkan muka bayi dari lendir dan darah untuk mencegah jalan udara terhalang,
 - 3) Bayi sudah harus menangis/ bernafas secara spontan dalam waktu 30 detik setelah lahir, jika bayi belum menangis bernafas dalam waktu 30 detik, segera cari bantuan, lalu mulai melakukan langkah – langkah resusitasi.
- c. Jaga bayi tetap hangat (kontak skin to skin antara ibu dan bayi)
 - 1) Mengganti handuk/ kain yang basah dengan handuk kering, lalu segera bungkus bayi dengan selimut,
 - 2) Memastikan bayi tetap hangat dengan memeriksa telapak bayi tiap 15 menit:
 - a) Bila keadaan tubuh bayi dingin segera periksa suhu axilla bayi,
 - b) Bila suhu $< 36,5^{\circ}\text{C}$, segera untuk menghangatkannya
- d. Menilai pernafasan
Periksa pernafasan dan warna kulit bayi tiap 5 menit:
 - 1) Bila bayi tidak segera bernafas, segera lakukan : resusitasi,
 - 2) Bila bayi mengalami sianosis/ sukar bernafas (frekuensi nafas < 30 atau > 60 X/menit) segera beri O₂ kateter nasal.
- e. Perawatan Mata
Pemberian obat mata eritromisin 0,5% atau Tetrasiklin 1 % untuk mencegah penyakit mata karena klamidia (penyakit menular seksual yang dapat menginfeksi mata bayi), salep diberikan pada jam pertama setelah kelahiran.

f. Asuhan Bayi Baru Lahir

Dalam waktu 24 jam, tindakan penanganan yang dilakukan yaitu:

- 1) Melanjutkan pengamatan pernafasan, warna kulit dan aktifitas bayi,
- 2) Pertahankan suhu bayi tetap normal (36,5 – 37,5°C),
- 3) Hindari memandikan bayi hingga sedikitnya 6 jam,
- 4) Bungkus bayi dengan kain kering dan hangat, kepala tertutup.

Tabel 2.4

Sistem Penilaian APGAR

Tanda	Nilai : 0	Nilai : 1	Nilai : 2
Appearance (Warna Kulit)	Pucat/ biru seluruh tubuh	Tubuh merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse (Denyut Jantung)	Tidak ada	<100	> 100
Grimace (Tonus Otot)	Tidak ada	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan kuat/ melawan
Activity (Aktivitas)	Tidak ada	Sedikit gerak	Gerakan aktif / langsung menangis
Respiration (Pernafasan)	Tidak ada	Lemah/ tidak teratur	Menangis

Keterangan :

Nilai 1-3 asfiksia berat

Nilai 4-6 asfiksia Sedang

Nilai 7-10 asfiksia ringan (normal)

g. Pemeriksaan fisik

- 1) Menggunakan tempat yang hangat dan bersih untuk pemeriksaan,
- 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah pemeriksaan, gunakan sarung tangan dan bertindak lembut

- 3) Melakukan inspeksi (lihat), auskultasi (dengar) dan palpasi (raba/ rasakan tiap – tiap) daerah dari kepalasampai dengan kaki, bila ada masalah segera cari bantuan dan rekam hasil pemeriksaan.
- 4) Beri vitamin K Untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi Vitamin K pada bayi baru lahir. Bayi baru lahir normal dan cukup bulan perlu diberikan Vitamin K per oral 1 mg/ hari selama 3 hari. Bayi risiko tinggi diberi vitamin K parenteral dosis 0,5 – 1 mg IM.

h. Perawatan lain

- 1) Perawatan tali pusat, dengan memastikan tali pusat dalam keadaan kering.
- 2) Dalam waktu 24 jam bila ibu dan bayi belum pulang, beri imunisasi BCG, Polio dan Hepatitis B.
- 3) Ajarkan cara perawatan bayi, seperti:
 - a) Memberikan ASI sesuai kebutuhan tiap 2 – 3 jam (4 Jam), sesring mungkin,
 - b) Pertahankan bayi tetap bersama ibu,
 - c) Jaga bayi agar tetap bersih, hangat dan kering,
 - d) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering,
 - e) Pegang, sayangi dan nikmati kehidupan bersama bayi.
 - f) Pastikan bayi tetap hangat dan jangan mandikan bayi hingga 24 jam setelah persalinan. Jaga kontak kulit antara ibu dan bayi serta tutupi kepala bayi dengan topi.
- 4) Tanyakan pada ibu dan atau keluarga tentang masalah kesehatan pada ibu:
 - a) Keluhan tentang bayinya
 - b) Penyakit ibu yang mungkin berdampak pada bayi (TBC, demam saat persalinan, KPD > 18 jam, hepatitis B atau C, siphilis, HIV/ AIDS, penggunaan obat).
 - c) Cara, waktu, tempat bersalin dan tindakan yang diberikan pada bayi jika ada.
 - d) Warna air ketuban

- e) Riwayat bayi buang air kecil dan besar
- f) Frekuensi bayi menyusu dan kemampuan menghisap
- 5) Lakukan pemeriksaan fisik dengan prinsip sebagai berikut:
 - a) Pemeriksaan dilakukan dalam keadaan bayi tenang (tidak menangis)
 - b) Pemeriksaan tidak harus berurutan, dahulukan menilai pernapasan dan tarikan dinding dada bawah, denyut jantung serta perut.

8. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

Tanda bahaya yang harus diwaspadai pada bayi baru lahir yaitu :

- a. Pernafasan > 60X/ menit,
- b. Kehangatan > 37,5°C,
- c. Warna kuning (24 jam I), biru/ pucat, memar,
- d. Adanya tanda-tanda Infeksi, ditandai dengan:
 - 1) suhu tinggi, merah, bengkak (nanah, bau busuk, pernafasan sulit),
 - 2) Tali pusat memerah, bengkak, keluar cairan/ nanah, bau busuk dan berdarah,
 - 3) Tinja/ kemih dalam waktu 24 jam, tinja lembek dan sering, warna hijau tua, ada lendir dan darah pada tinja h.
 - 4) Aktifitas terlihat menggigil, tangis lemah, kejang dan lemas.

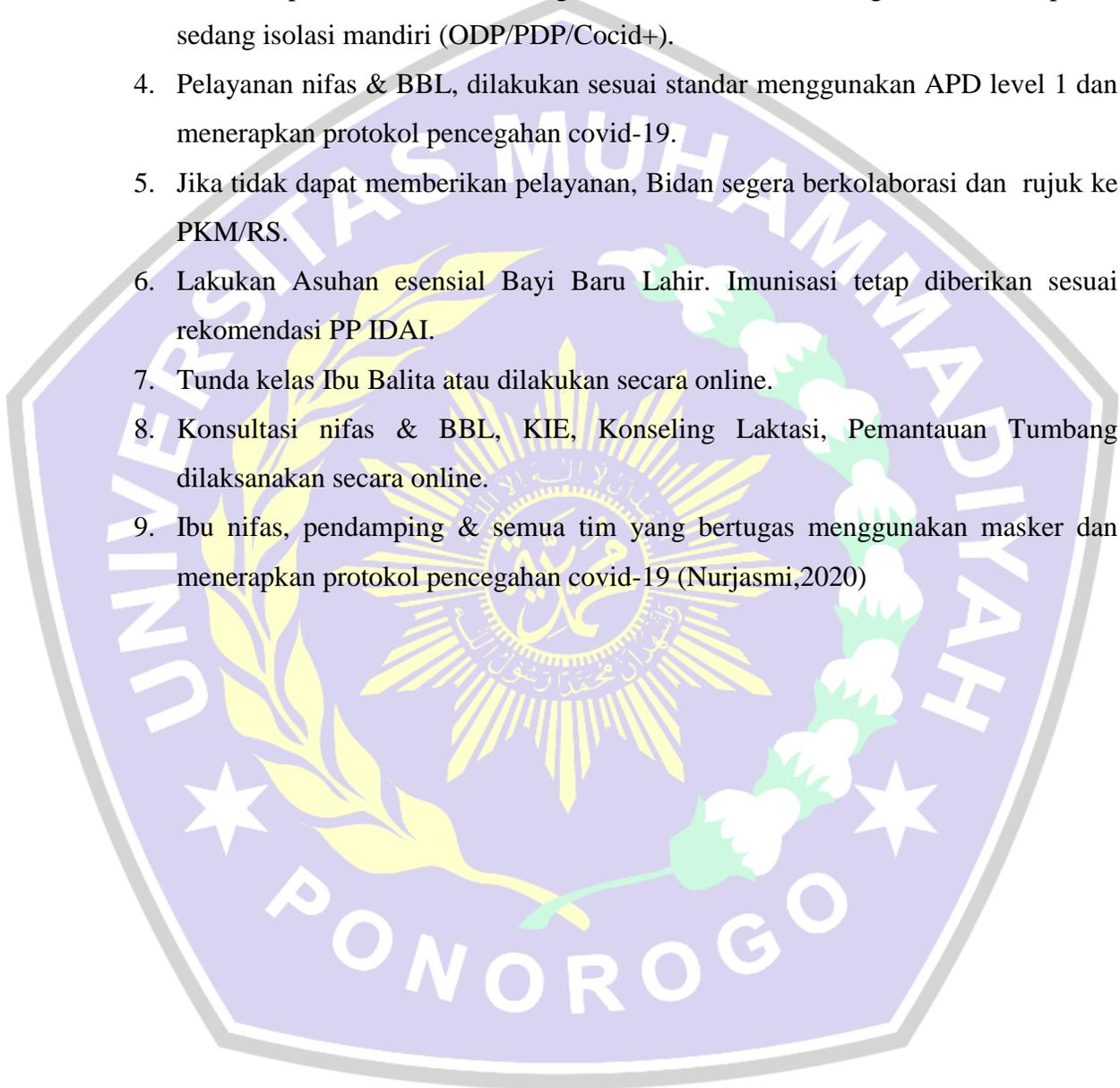
9. Jadwal Kunjungan Neonatus

Pelayanan kesehatan neonatus adalah pelayanan yang sesuai dengan standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonatus sedikitnya 3 kali, selama periode 0-28 hari, baik di fasilitas kesehatan maupun kunjungan rumah. Pelaksanaan kunjungan diantaranya:

- 1) Kunjungan Neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir,
- 2) Kunjungan Neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke-3 sampai dengan hari ke-7 setelah lahir,
- 3) Kunjungan Neonatal ke-3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke-8 sampai dengan hari ke-28 setelah lahir (Karwati, 2011: 126).

Pelayanan kebidanan saat pandemik pada BBL

1. Tidak ada keluhan agar menerapkan isi buku KIA, lakukan pemantauan mandiri, jika ada keluhan/tanda bahaya pada ibu/BBL, segera ke fasyankes.
2. Pelayanan nifas dan BBL, dengan membuat janji melalui Telepon/WA.
3. Lakukan pengkajian komprehensif sesuai standar, dengan kewaspadaan Covid-19. Bidan dapat berkoordinasi dengan RT/RW/Kades tentang status ibu apakah sedang isolasi mandiri (ODP/PDP/Cocid+).
4. Pelayanan nifas & BBL, dilakukan sesuai standar menggunakan APD level 1 dan menerapkan protokol pencegahan covid-19.
5. Jika tidak dapat memberikan pelayanan, Bidan segera berkolaborasi dan rujuk ke PKM/RS.
6. Lakukan Asuhan esensial Bayi Baru Lahir. Imunisasi tetap diberikan sesuai rekomendasi PP IDAI.
7. Tunda kelas Ibu Balita atau dilakukan secara online.
8. Konsultasi nifas & BBL, KIE, Konseling Laktasi, Pemantauan Tumbang dilaksanakan secara online.
9. Ibu nifas, pendamping & semua tim yang bertugas menggunakan masker dan menerapkan protokol pencegahan covid-19 (Nurjasmi,2020)



2.1.4. Konsep Dasar Keluarga Berencana

1. Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga berencana adalah salah satu metode untuk mengendalikan jumlah penduduk (Meihartati, 2017: 1). Keluarga berencana (*family planning/ planned parenthood*) merupakan suatu usaha menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi (Winarsih, 2015: 8). Pengertian keluarga berencana menurut Arum (2009) tercantum dalam UU No. 10 Tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera adalah upaya peningkatan kepedulian peran serta masyarakat melalui Pendewasaan Usia Perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera (Sari, dkk, 2010: 41).

WHO mendefinisikan KB sebagai pola hidup/ cara berfikir yang ditetapkan secara sukarela, berdasarkan pengetahuan, sikap dan keputusan serta tanggung jawab dari individu pasangan tersebut, untuk mempromosikan kesehatan dan kesejahteraan kelompok dan dengan demikian berkontribusi secara aktif terhadap masalah sosial dan pembangunan sebuah negara (Saba, 2014: 25). Menurut Manuaba (2012), Keluarga Berencana dilaksanakan dengan berbagai macam metode kontrasepsi diantaranya metode kontrasepsi sederhana seperti: kondom, diafragma, pantang berkala, dan coitus interruptus. Metode kontrasepsi efektif hormonal seperti: pil, susuk, dan suntikan. Metode kontrasepsi mekanis seperti: AKDR/IUD. Serta metode kontrasepsi mantap seperti Metode Operasi Wanita (MOW) dan Metode Operasi Pria (MOP), hal ini sesuai dengan kebutuhan dan indikasi pasien yang ingin memilihnya (Winarsih, 2015: 1). Kontrasepsi metode hormonal telah tersedia dalam sejumlah bentuk yaitu: pil (kombinasi dan hanya berisi progestin), kontrasepsi darurat, suntikan, implan, cincin dalam vagina, kontrasepsi transdermal dan IUD hormonal (Winarsih, 2015: 1-2). Keluarga Berencana dianggap sebagai salah satu faktor penting untuk menyelesaikan masalah kesehatan dan kehidupan sosial dengan mengoperasionalkan “pembatasan dan strategi merawat anak” yang tentunya sangat bergantung pada

ketersediaan dan akseibilitas metode kontrasepsi modern seperti pil, kondom, injeksi IUD, sterilisasi dan lain-lain., di pusat kesehatan terdekat.

2. Alat Kontrasepsi Pascasalin

Kb pascasalin merupakan suatu program yang dimaksudkan untuk mengatur kelahiran, menjaga jarak kehamilan dan menghindari kehamilan yang tidak diinginkan agar dapat mengatur kehamilan melalui penggunaan alat/ obat kontrasepsi setelah melahirkan (BKKBN, 2011). Kontrasepsi pascasalin dioptimalkan dalam waktu 42 hari pascapersalinan/ masa nifas. Jenis kontrasepsi yang digunakan sama seperti prioritas pemilihan kontrasepsi pada masa interval, dengan prinsip utama penggunaan yaitu tidak mengganggu proses laktasi (R.I, Kemenkes, 2015: 176). Beberapa metode kontrasepsi dapat digunakan oleh ibu pascasalin diantaranya:

- a. Pada ibu menyusui, kontrasepsi yang tidak mengandung hormonal merupakan pilihan utama.
 - A. Segera setelah plasenta lahir kontrasepsi yang dapat digunakan yaitu: MAL, IUD, MOW
 - B. Sebelum 2 x 24 jam pascapersalinan yaitu: MOW
 - C. Setelah 6 minggu pascapersalinan yaitu: IUD, MOW, kontrasepsi progestin (pil, suntik, implan)
 - D. Setelah 3 bulan (masa nifas), yaitu: IUD, MOW, kontrasepsi progestin (pil, suntik, implan)
 - E. Setelah 6 bulan, semua jenis kontrasepsi baik hormonal maupun non hormonal sesuai dengan pilihan dan kondisi ibu.
- b. Kontrasepsi yang diberikan pada ibu pascasalin yang tidak menyusui sama dengan ibu yang menyusui terkecuali MAL. Pil kombinasi esterogen-progesteron dapat diberikan lebih awal tetapi tidak diberikan sebelum minggu ke-3 pascapersalinan. Implan dan suntikkan kb 3 bulan (DMPA) diberikan segera setelah melahirkan (BKKBN, 2012).

3. Macam – Macam Alat Kontrasepsi

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) eksklusif 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 eksklusif dan sering, sepanjang siang dan malam.
- c) Bayi berusia kurang dari 6 bulan (WHO. 2013).

2) 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 lainnya.

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 samping 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.

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.

2. Metode Kontrasepsi Sederhana (Dengan Alat)

a. Kondom

1) Pengertian

Kondom adalah alat kontrasepsi berbentuk selubung karet yang dapat terbuat dari bahan seperti: lateks (karet), plastik (vinil), atau bahan alami (produk hewani) yang dapat di pasang pada penis saat berhubungan seksual. Kontrasepsi kondom bekerja dengan menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasangkana 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.

2) Kelebihan/ Keuntungan

Keuntungan kontrasepsi ini diantaranya:

- a) Dapat mencegah penularan penyakit menular seksual dan konsekuensinya, seperti: kanker serviks.
- b) Tidak ada efek samping hormonal dan mudah didapat
- c) dapat digunakan sebagai metode sementara atau cadangan (*backup*) sebelum menggunakan metode lain. Kekurangan dari metode ini yaitu keberhasilan sangat dipengaruhi cara penggunaannya, 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.

3) 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.

4) Indikasi pemakaian

- f) Baik digunakan wanita paska melahirkan,
- g) Jika pasangan ingin menggunakan metode kontrasepsi yang reversible.
- h) Bagus digunakan selama masa latihan pemakaian 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 digunakan 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 (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 pemyahan 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 seksual (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 alatkontrasepsi 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

Menurut Verney (2011), 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, Endang: 2011). Memiliki efektivitas yang tinggi dengan 0,3 kehamilan per100 perempuan dalam satu tahun pemakaian. Menurut Baziad (2011) 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 (Susilawati, Endang: 2011).

2. Mekanisme Kerja

Mekanisme Kerja kontrasepsi DMPA menurut Hartanto (2011) :

- a) Primer : Mencegah ovulasi Kadar Folikel Stimulating Hormone (FSH) dan Luteinizing hormone (LH) menurun serta tidak terjadi lonjakan LH. Pada pemakaian 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 DMPA berakhir.
- b) Sekunder:
 - (1) Lendir servik menjadi kental dan sedikit sehingga merupakan barier terhadap spermatozoa.
 - (2) Membuat endometrium menjadi kurang baik untuk implantasi dari ovum yang telah dibuahi.
 - (3) Mempengaruhi kecepatan transportasi ovum didalam tuba falopi.

3. Waktu Penggunaan Kontrasepsi

Waktu yang disarankan untuk menggunakan kontrasepsi ini menurut Saifuddin (2011), yaitu :

- 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 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 (Sulistiawati, Endang, 2011).

4. Kelebihan Kontrasepsi

Kelebihan penggunaan suntik DMPA menurut BKKBN (2011) :

- 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 efek samping yang ditimbulkan menurut Baziad (2011), yaitu:

- (1) Mengalami gangguan haid seperti amenore, spotting, menorarghia, metrorarghia,
- (2) Penambahan berat badan,
- (3) Memicu mual, mata berkunang-kunang, terkadang sakit kepala,
- (4) Penurunan libido,
- (5) Vagina menjadi kering karena adanya pengentalan mukus serviks oleh hormon progesterin (Sulistiawati, Endang, 2011).

5. Keterbatasan Kontrasepsi

Keterbatasan penggunaan suntik DMPA menurut BKKBN (2011):

- a) Sering ditemukan gangguan haid,
- b) Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian,
- c) Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan,
- d) Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering. e. Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B serta virus HIV.
- e) Pada penggunaan jangka panjang dapat terjadi perubahan lipid serum (Sulistiawati, Endang, 2011).

6. Indikasi

Indikasi pada pengguna suntik DMPA menurut BKKBN (2011):

- 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 (Sulistiawati, Endang, 2011).

7. Kontraindikasi

Kontraindikasi pemakaian menurut BKKBN (2011), yaitu :

- 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 (Sulistiawati, Endang, 2011).

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, 2011). 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 mengandung 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.

3) Kelebihan

Kontrasepsi pil progestin atau mini pil mempunyai beberapa kelebihan diantaranya:

- a) Sangat efektif apabila digunakan dengan benar dan konsisten,
- b) Tidak mempengaruhi ASI, karena tidak mengandung estrogen.
- c) Nyaman dan mudah digunakan, sehingga hubungan seksual tidak terganggu,
- d) Kesuburan cepat kembali,
- e) Dapat dihentikan setiap saat.
- f) Mengurangi jumlah darah haid, kejadian anemia, menurunkan pembekuan darah.
- g) Mengurangi nyeri haid.
- h) Mencegah kanker endometrium, melindungi dari penyakit radang panggul, penderita endometriosis, kencing manis yang belum mengalami komplikasi dapat menggunakan.
- i) Tidak menyebabkan peningkatan tekanan darah, nyeri kepala dan depresi.
- j) Mengurangi gejala pre menstrual sindrom.

4) Efek samping yang ditimbulkan sedikit, seperti:

- (1) Gangguan haid (perdarahan bercak, spotting,

amenorea dan haid tidak teratur).

(2) Peningkatan/penurunan berat badan.

(3) Payudara tegang.

(4) Mual.

(5) Pusing.

(6) Perubahan mood.

(7) Dermatitis atau jerawat.

5) Kerugian:

(1) Memerlukan biaya. Dan harus selalu tersedia,

(2) Efektifitas berkurang apabila menyusui juga berkurang.

(3) Penggunaan mini pil bersamaan dengan obat tuberkulosis atau epilepsi akan mengakibatkan efektifitas menjadi rendah. Mini pil harus diminum setiap hari dan pada waktu yang sama. Angka kegagalan tinggi apabila penggunaan tidak benar dan konsisten.

(4) Tidak melindungi dari penyakit menular seksual termasuk HBV dan HIV/AIDS.

(5) Mini pil tidak menjamin akan melindungi dari kista ovarium bagi wanita yang pernah mengalami kehamilan ektopik.

6) Indikasi:

(1) Wanita usia reproduksi,

(2) Wanita yang telah memiliki anak maupun yang belum mempunyai anak

(3) Wanita pasca persalinan dan tidak menyusui.

(4) Menginginkan metode kontrasepsi efektif selama masa menyusui, pasca keguguran.

(5) Tekanan darah kurang dari 180/110 mmHg atau dengan masalah pembekuan darah.

7) Kontraindikasi

Kriteria yang tidak boleh menggunakan kontrasepsi pil progestin atau mini pil antara lain:

Wanita usia tua dengan perdarahan yang tidak diketahui penyebabnya.

- (1) Wanita yang diduga hamil atau hamil,
- (2) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid.
- (3) Riwayat kehamilan ektopik.
- (4) Riwayat kanker payudara atau penderita kanker payudara,
- (5) Wanita pelupa sehingga sering tidak minum pil,
- (6) Gangguan tromboemboli aktif (bekuan di tungkai, paru atau mata),
- (7) Ikterus, penyakit hati aktif atau tumor hati jinak maupun ganas.
- (8) Wanita dengan miom uterus.
- (9) Serta riwayat stroke.

c. Implan/ AKBK (Alat Kontrasepsi Bawah Kulit)

1) Pengertian

Menurut Speroff & Darney (2005), Implan adalah metode kontrasepsi yang diinsersikan pada bagian subdermal, yang hanya mengandung progestin dengan masa kerja panjang, dosis rendah, dan reversibel untuk wanita. Menurut Varney (1997), 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, intan, 2015: 278).

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),
- d) Pascakeguguran (segera atau dalam 7 hari pertama) (Kumalasari, Intan, 2015: 279-280).

3) Jenis – Jenis Implan

Beberapa jenis implan yang dipakai menurut Kumalasari (2015), yaitu:

a) *Norplant*

Terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm dan diameter 2,4 mm, yang isinya 36 mg levonorgestrel dengan lama kerjanya 5 tahun.

b) *Implanon*

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

c) *Jadena & Indoplant*

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

d) *Uniplant*

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

e) *Capronor*

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

4) Keuntungan/ kelebihan

- a) Mempunyai daya guna tinggi dengan efektivitas penggunaan 0,2 – 1 kehamilan per 100 perempuan.
- b) Perlindungan jangka panjang hingga mencapai 5 tahun.
- c) Mengembalikan kesuburan lebih cepat.
- d) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam karena implan dimasukkan lewat bagian subdermal (lengan atas).
- e) Tidak mengandung hormon esterogen, implan mengandung progestin dosis rendah.
- f) Tidak mengganggu kegiatan senggama,
- g) Tidak mengganggu produksi ASI.
- h) Dapat dicabut setiap saat.
- i) Mengurangi jumlah darah menstruasi. Terjadi penurunan dalam jumlah rata-rata darah menstruasi yang keluar, sehingga metode ini juga dapat
- j) memperbaiki anemia pada wanita(Kumalasari, Intan: 280-281).

5) Kerugian/ kekurangan

Beberapa kekurangan dari kontrasepsi implan yaitu:

- a) Dapat menimbulkan efek samping nyeri kepala, peningkatan berat badan, timbulnya jerawat, perubahan perasaan (mood), dan gelisah.
- b) Membutuhkan tindakan pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan, sehingga klien tidak dapat memberhentikan sendiri pemakaiannya.

- c) Tidak memberikan efek protektif terhadap infeksi menular seksual seperti HIV/AIDS.
- d) Efektivitas menurun bila penggunaan obat-obat tuberkulosis atau epilepsi (Kumalasari, Intan: 282-283).

6) Indikasi

Kriteria yang dapat menggunakan implan yaitu:

- a) Wanita usia produktif,
- b) Wanita yang menghendaki kontrasepsi jangka panjang,
- c) Wanita dalam masa menyusui,
- d) Wanita pascakeguguran (aborts),
- e) Wanita yang tidak menginginkan anak lagi, tetapi tidak ingin menggunakan kontrasepsi mantap (MOW),
- f) Wanita dengan kontraindikasi hormon esterogen,
- g) Serta wanita yang sering lupa minum jika menggunakan kontrasepsi pil.

7) Kontraindikasi

Kriteria yang tidak dapat menggunakan implan yaitu:

- a) Wanita hamil/ di duga hamil,
- b) Wanita yang pernah mengalami perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya,
- c) Wanita yang menderita kanker payudara.
- d) Wanita yang tidak dapat menerima perubahan pola menstruasinya,
- e) Wanita dengan riwayat diabetes melitus, penyakit jantung dan mengalami varises (Kumalasari, Intan, 2015: 280-282).

d. IUD / AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)

1) Pengertian

Menurut Hidayati (2009), AKDR/ IUD adalah alat kontrasepsi modern yang telah dirancang sedemikian rupa (baik bentuk, ukuran, bahan, masa aktif dan fungsi kontrasepsinya), diletakkan dalam kavum uteri sebagai usaha kontrasepsi, menghalangi

fertilisasi, dan menyulitkan telur berimplantasi dalam uterus. 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 (Kumalasari, Intan, 2015: 302).

2) Mekanisme kerja

Menurut WHO (1997), IUD bekerja dengan menimbulkan reaksi radang di endometrium, disertai peningkatan produksi prostaglandin dan infiltrasi leukosit. Reaksi ini ditingkatkan dengan pengaruh enzim-enzim diendometrium, metabolisme glikogen, dan penyerapan estrogen yang menghambat transportasi sperma (Kumalasari, Intan, 2015: 304). Efektivitas antara 0,6-0,8 kehamilan per 100 perempuan dalam satu tahun pertama.

3) Jenis – Jenis IUD

Beberapa jenis IUD yang dipakai diantaranya:

a) AKDR/ IUD Nonhormonal

(1) Menurut bentuknya, dibagi menjadi:

- (a) Bentuk terbuka (*open device*). Contohnya Lippes Loop, Cu-7, Cu-T, Spring Coil dan lain-lain,
- (b) Bentuk tertutup (*closed device*). Contohnya Ota-Ring, Atigon, dan Graten Berg Ring.

(2) Menurut tambahan obat/ metal, dibagi menjadi:

- (a) Medicated IUD. Contohnya Cu-T 200, Cu-T 300, Cu-T 800 dan lain-lain, dengan jangka masa berlaku 3-8 tahun.
- (b) Unmedicated IUD. Contohnya Lippes Loop, Marguiles, Antigon, dan lain-lain. IUD jenis ini ditanamkan didalam uterus untuk selama-lamanya.

b) AKDR/ IUD Hormonal

- (1) Progestasert – T = Alza T. Panjang 36 mm, lebar 32 mm, memiliki 2 lembar benang ekor warna hitam, mengandung 38 mg progesteron dan barium sulfat, dengan daya kerja 18 bulan.
 - (2) LNG 20 Mengandung 46-60 mg levonolgestrel, dengan efektivitas angka kegagalan / kehamilan terendah yaitu <0,5 per 100 wanita pertahun (Kumalasari, intan, 2015: 303).
- 4) Keuntungan/ kelebihan
 - a) Dapat bekerja efektif segera setelah pemasangan,
 - b) Sebagai metode kontrasepsi jangka panjang,
 - c) Meningkatkan kenyamanan seksual, sehingga tidak mengganggu hubungan seksual,
 - d) Dapat dipasang segera setelah melahirkan / pascaabortus (jika tidak ada infeksi),
 - e) Tidak mempengaruhi kualitas ASI,
 - f) Dapat membantu mencegah kehamilan ektopik,
 - g) AKDR umumnya sangat mudah dikeluarkan dan pemulihan kesuburan berlangsung cepat (angkakonsepsi 78-88% setelah 12 bulan dan 92-97% pada tiga tahun setelah pengeluaran).
 - 5) Kerugian/ kekurangan
 - a) Efek samping yang umum terjadi seperti:
 - (1) Perubahan siklus haid,
 - (2) Haid lebih lama dan banyak,
 - (3) Perdarahan (*spotting*) antar menstruasi
 - (4) Saat haid lebih sakit (*dismenore*).
 - b) Komplikasi yang terjadi seperti:
 - (1) Dapat menimbulkan sakit hingga kejang tiga sampai lima hari setelah pemasangan,
 - (2) Perdarahan hebat waktu haid, hingga dapat memicu penyebab anemia,

(3) Perforasi dinding uterus (jarang terjadi jika di pasang dengan benar)

- c) Tidak protektif mencegah IMS termasuk HIV/AIDS.
- d) Tidak baik digunakan pada wanita yang suka berganti pasangan, jika dipasangkan dapat memicu berbagai penyakit salah satunya penyakit radang panggul pada wanita dengan IMS, yang memicu terjadi infertilitasi.
- e) Prosedur medis termasuk pemeriksaan pelviks diperlukan dalam pemasangannya.
- f) Menimbulkan sedikit nyeri dan perdarahan (*spotting*) terjadi dan menghilang selama 1-2 hari setelah pemasangan (Kumalasari, Intan, 2015: 305).

6) Indikasi

Yang dapat menggunakan IUD menurut Handayani (2010), yaitu:

- a) Wanita usia reproduksi,
- b) Wanita keadaan nulipara,
- c) Wanita yang ingin menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang,
- d) Perempuan menyusui dan ingin memakai kontrasepsi,
- e) Setelah menyusui dan tidak ingin menyusui bayinya,
- f) Setelah abortus dan tidak terlihat adanya infeksi,
- g) Perempuan dengan resiko rendah IMS,
- h) Wanita yang tidak menyukai/ lupa minum pil,
- i) Serta tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari senggama (Kumalasari, Intan, 2015: 306).

7) Kontraindikasi

- a. Wanita yang hamil/ dicurigai hamil,
- b. Wanita yang alergi terhadap tembaga,
- c. Wanita dengan riwayat penyakit IMS,

- d. Wanita dengan perdarahan abnormal yang belum didiagnosa,
- e. Rongga uterus mengalami distorsi hebat sehingga pemasangan/ penempatan sulit dilakukan,
- f. Mempunyai riwayat penyakit trofoblas ganas, dan riwayat penyakit TBC.

4. Metode Kontrasepsi Mantap

a. Tubektomi (MOW)

1) Pengertian

Tubektomi (MOW/ Metode Operasi Wanita) adalah metode kontrasepsi mantap yang bersifat sukarela bagi seorang wanita bila tidak ingin hamil lagi dengan cara mengoklusi tuba fallopi (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum (BKKBN, 2011). Adapun syarat-syarat menjadi akseptor (pengguna) tubektomi adalah berikut:

- a) Sukarela terhadap keputusan menggunakan kontrasepsi,
- b) Mendapatkan keterangan dari dokter atau petugas pelayanan kontrasepsi,
- c) Pasangannya harus memberikan persetujuan secara tertulis.

2) Waktu penggunaan

- a) Idealnya dilakukan dalam 48 jam pascapersalinan,
- b) Dapat dilakukan segera setelah persalinan/ setelah operasi caesar,
- c) Jika tidak dapat dikerjakan dalam 1 minggu setelah persalinan, dapat ditunda 4-6 minggu.

3) Cara kerja

- a) Sebelum operasi, dokter akan memeriksa kesehatan lebih dahulu, untuk memastikan cocok atau tidak,
- b) Operasi dilakukan oleh dokter,

- c) Saluran telur yang membawa sel telur dalam rahim akan dipotong atau diikat. Setelah operasi syang dihasilkan akan diserap kembali oleh tubuh tanpa menimbulkan penyakit,
 - d) Perawatan tubektomi hanya 6 jam setelah operasi untuk menunggu reaksi anti bius saja.
 - e) Luka yang diakibatkan sebaiknya tidak kena air selama 3-4 hari.
 - f) Pemeriksaan ulang dilakukan oleh dokter, setelah 1 minggu, 1 bulan, 3 bulan, 6 bulan dan 1 tahun setelah operasi dilakukan.
- 4) Kelebihan
- a) Tidak mengganggu ASI.
 - b) Jarang ada keluhan samping.
 - c) Angka kegagalan hampir tidak ada, efektivitas mencapai 99,5 %.
 - d) Tidak mengganggu gairah seksual, dan tidak ada perubahan fungsi seksual lainnya.
- 5) Kekurangan
- a) Operasi dilakukan oleh dokter terlatih, perlu pertimbangan matang, mengingat kesuburan tidak dapat dipulihkan kembali, karena sifatnya permanen.

Pelayanan Kebidanan saat pandemik pada keluarga berencana

1. Tidak ada keluhan, Akseptor IUD/Implan dapat menunda untuk kontrol ke Bidan. Pelayanan KB baru/kunjungan ulang - membuat janji melalui telp/WA
2. Lakukan pengkajian komprehensif sesuai standar, dengan kewaspadaan Covid-19. Bidan dapat berkoordinasi dengan RT/RW/Kades untuk informasi ttg status ibu (ODP/PDP/Covid +)
3. Pelayanan KB dilakukan sesuai standar menggunakan APD level 1 atau 2. Konseling memotivasi menggunakan MKJP – tidak perlu control rutin (kecuali ada keluhan) -New Normal

4. Kunjungan ulang Akseptor Suntik/Pil tidak dapat diberikan, untuk sementara Ibu menggunakan kondom/pantang berkala/senggama terputus –bidan dpt kerjasama dengan PLKB untuk distribusi pil
5. Akseptor, pendamping dan semua tim yang bertugas menggunakan masker dan menerapkan protocol pencegahan covid-19
6. Konsultasi KB, Penyuluhan dan Konseling dilakukan secara online - dimotivasi dan didorong utk beralih menggunakan MKJP – pilihan yg tepat di era New Normal - tidak perlu kontrol rutin (Nurjasmi, 2020)



A. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

1. Kehamilan Trimester III

1). Pengertian

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi menjadi 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (Prawirohardjo, 2009).

Trimester ketiga, berlangsung 13 minggu, dari minggu ke-28 hingga ke-40. Usia ini sama dengan minggu ke-26 hingga ke-38 sejak pascafertilisasi. Panjang kepala bokong dihitung semata-mata untuk memberi gambaran mengenai ukuran janin, informasi yang dapat digunakan untuk wanita hamil (Varney, 2010).

2). Perubahan Fisik dan Psikologis

a. Perubahan fisik

a) Uterus

Pada perempuan tidak hamil uterus mempunyai berat 70 gram dan kapasitas 10 ml atau kurang. Selama kehamilan, uterus akan berubah menjadi organ yang mampu menampung janin, plasenta, dan cairan amnion pada akhir kehamilan volume totalnya mencapai 5 L bahkan dapat mencapai 2 L. Seiring berkembangnya uterus akan menyentuh dinding abdominal, mendorong usus ke samping ke atas, terus tumbuh hingga hampir menyentuh hati. Trimester akhir otot-otot uterus bagian atas akan berkontraksi sehingga segmen bawah uterus akan melebar dan menipis (Prawirohardjo, 2010)

Uterus juga bisa diukur dengan menggunakan pemeriksaan TFU dengan menggunakan metline untuk mengetahui sesuai tidaknya umur kehamilan dengan membesarnya uterus

Kesesuaian TFU dengan Umur kehamilan juga dapat kita menentukan tafsiran berat badan janinnya. Maka berat badan janinnya sebagai berikut :

Tabel 2.5 Tafsiran berat badan janin

Umur kehamilan	Berat badan janin
1 bulan	-
2 bulan	5 gram
3 bulan	15 gram
4 bulan	120 gram
5 bulan	280 gram
6 bulan	600 gram
7 bulan	1000 gram
8 bulan	1800 gram
9 bulan	2500 gram
10 bulan	3000 gram

b) Serviks

Satu bulan setelah konsepsi serviks akan menjadi lunak dan berwarna kebiruan terjadi karena penambahan vaskularisasi dan oedema pada seluruh serviks, bersamaan dengan terjadi hipertrofi dan hiperplasia pada kelenjar-kelenjar serviks (Prawirohardjo, 2010).

c) Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan terdapat korpus luteum graviditas sampai terbentuknya uri yang mengambil ahli pengeluaran estrogen dan progesteron (Mochtar, 2011).

d) Vagina dan Perineum

Selama kehamilan, karena pengaruh estrogen maka vagina akan terlihat berwarna keungu-unguan yang dikenal dengan tanda Chadwick. Perubahan ini meliputi penipisan mukosa dan hilangnya sejumlah jaringan ikat dan sel-sel otot polos (Prawirohadjo, 2010).

e) Kulit

Pada kulit dinding perut terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam, dan kadang juga akan mengenai payudara dan paha. Perubahan ini dikenal dengan striae gravidarum. Pada banyak perempuan kulit di garis pertengahan perutnya (linea alba) akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut linea nigra. Kadang akan muncul dalam ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher yang disebut dengan chloasma atau melisma gravidarum. Selain itu, pada areola dan daerah genital juga akan terlihat pigmentasi yang berlebihan tapi akan menghilang setelah persalinan. Estrogen dan progesterone diketahui mempunyai peran dan malanoenesis dan diduga bisa menjadi factor pendorongnya (Prawirohardjo, 2010).

f) Payudara

Pada beberapa minggu pertama kehamilan, wanita sering mengalami nyeri tekan dan perasaan geli di payudara mereka. Setelah bulan kedua, ukuran payudara membesar dan vena-vena halus mulai terlihat di bawah kulit. Biladiperas keluar air kental yang berwarna kuning, kolostrum dari puting (Cunningham, 2012)

g) Sistem Kardiovaskular

Perubahan ini disebabkan oleh peningkatan kadar estrogen progesterone, dan prostaglandin, dan perubahan ini kembali normal setelah kehamilan berakhir. Pada akhir kehamilan, memposisikan wanita pada posisi terlentang dapat menyebabkan uterus yang

besar dan berat akan menekan aliran balik vena sampai membuat pengisian jantung menurun dan curah jantung menurun. Akibatnya ibu akan pingsan atau kehilangan kesadaran (Varney, 2010).

h) Perubahan pada pencernaan

Pada trimester pertama, timbul keluhan mual dan muntah. Tonus otot-otot saluran pencernaan melemah sehingga motilitas dan makanan akan lebih lama berada dalam saluran makanan. Resorpsi makanan baik, tetapi akan timbul obstipasi. Gejala muntah sering terjadi, biasanya pada pagi hari (Mochtar, 2011)

i) Perubahan metabolik.

Menurut Prawirohardjo (2010) sebagian besar 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.

Table 2.6 Penambahan berat badan pada ibu hamil

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

Pada trimester ke dua dan ke tiga 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.

j) Perubahan pada ginjal

Perubahan signifikan pada system ginjal selama kehamilan, yang memungkinkan organ wanita bukan hanya mengelola zat-zat sisa dan kelebihan yang dihasilkan akibat peningkatan volume darah dan curah jantung juga produk sisa metabolisme, tetapi juga menjadi organ utama yang mengekskresi produk sisa dari janin.

Pola normal berkemih wanita yang tidak hamil pada siang hari berkebalikan dengan pola pada wanita hamil. Wanita yang hamil mengumpulkan cairan (air dan natrium) selama siang hari dalam bentuk edema dependen akibat tekanan uterus pada pembuluh darah panggul dan vena kava inferior, kemudian mengekskresi cairan tersebut pada malam hari (nokturia) melalui kedua ginjal ketika wanita berbaring, terutama pada posisi lateral kiri (Varney, 2010)

k) Perubahan pada paru

Wanita hamil kadang mengeluh sesak dan pendek napas. Hal ini disebabkan oleh usus yang tertekan ke arah diafragma akibat pembesaran rahim. Kapasitas vital paru sedikit meningkat selama hamil. Seorang wanita hamil selalu bernapas lebih dalam. Yang lebih menonjol adalah pernapasan dada (Mochtar, 2011)

2) Perubahan psikologis ibu hamil trimester 3

Menurut Varney (2010) perubahan psikologis ibu hamil meliputi:

a) Perubahan perasaan penantian

Trimester ketiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini wanita mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga ia menjadi tidak sabar menanti kehadiran sang bayi. Ada perasaan was-was mengingat bayi dapat lahir kapanpun sehingga perhatiannya terfokus pada bayi yang akan dilahirkan dan menjadi protektif terhadap bayi, mulai menghindari keramaian atau seseorang atau apapun yang ia anggap berbahaya.

b) Kemunculan perasaan cemas dan ketakutan

Sejumlah ketakutan muncul pada trimester ketiga. Wanita mungkin merasa cemas dengan kehidupan bayi dan dirinya sendiri sehingga menyibukan diri agar tidak memikirkan hal-hal yang menakutkan atau hal-hal lain yang tidak diketahuinya. Depresi ringan merupakan hal yang umum terjadi dan wanita dapat menjadi lebih bergantung pada orang lain lebih lanjut dan lebih menutup diri. Wanita akan kembali merasakan ketidaknyamanan fisik yang semakin kuat menjelang akhir kehamilan. Ia akan merasa canggung, jelek, berantakan, dan memerlukan dukungan yang sangat besar dan konsisten dari pasangannya.

c. Ketidaknyamanan dan penanganannya

a). Leukorea

Leukorea adalah sekresi vagina dalam jumlah besar, dengan konsistensi kental atau cair, yang dimulai pada trimester pertama. Sekresi ini bersifat asam akibat perubahan sejumlah besar glikogen pada sel epitel vagina menjadi asam laktat oleh basil *doderlein*. Upaya untuk mengatasi leukorea adalah dengan memperhatikan kebersihan tubuh pada area tersebut dan mengganti panty berbahan katun dengan sering. Wanita sebaiknya tidak melakukan douch atau menggunakan semprot untuk menjaga kebersihan area genitalia (Varney, 2010).

d). Peningkatan frekuensi berkemih (Nonpatologis)

Peningkatan frekuensi berkemih sebagai ketidaknyamanan nonpatologis pada kehamilan sering terjadi pada dua kesempatan yang berbeda selama periode antepartum. Peningkatan berat pada fundus uterus membuat istmus menjadi lunak, menyebabkan anterfleksi pada uterus yang membesar. Hal ini menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih. Frekuensi berkemih pada trimester ketiga paling sering dialami oleh wanita primigravida setelah lightening terjadi. Efek lightening adalah bagian presentasi akan menurun masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih. Uterus yang

membesar atau bagian presentasi uterus juga mengalami ruang didalam rongga panggul sehingga ruang untuk distensi kandung kemih lebih kecil sebelum wanita tersebut merasa perlu berkemih. Metode yang dapat dilakukan untuk mengurangi frekuensi berkemih adalah menjelaskan mengapa hal tersebut terjadi dan mengurangi asupan cairan sebelum tidur malam sehingga wanita tidak perlu bolak-balik ke kamar mandi pada saat mencoba tidur (Varney, 2017)

3) Nyeri ulu hati

Nyeri ulu hati muncul akhir trimester kedua dan bertahan hingga trimester ketiga. Penyebab ulu hati karena 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, tidak ada ruang fungsional untuk lambung akibat perubahan tempat dan penekanan oleh uterus yang membesar. Saran yang dapat diberikan untuk mengurangi nyeri ulu hati yaitu :

- a) Makan dalam porsi kecil, tetapi sering untuk menghindari lambung menjadi terlalu penuh.
- b) Pertahankan postur tubuh yang baik supaya ada ruang lebih besar bagi lambung untuk menjalankan fungsinya. Postur tubuh membungkuk hanya menambah masalah karena posisi ini menambah tekanan pada lambung.
- c) Hindari makanan berlemak, lemak mengurangi motilitas usus dan sekresi asam lambung yang dibutuhkan untuk pencernaan.
- d) Hindari minum bersamaan dengan makanan karena cairan menghambat asam lambung.
- e) Hindari makanan dingin dan pedas karena dapat mengganggu pencernaan.
- f) Upayakan minum susu murni daripada susu manis (Varney, 2010).

4) Konstipasi

Terjadi pada trimester kedua atau ketiga. Konstipasi diduga terjadi akibat penurunan peristaltis yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesterone. Pergeseran dan tekanan pada usus akibat perbesaran uterus menurunkan motilitas pada saluran gastrointestinal sehingga menyebabkan konstipasi. Efek samping penggunaan zat besi juga bisa.

Cara penanganan konstipasi sebagai berikut :

- a) Cakupan air yang banyak, minimal 8 gelas/hari.
- b) Konsumsi buah-buahan.
- c) Istirahat cukup pada siang hari.
- d) Minum air hangat saat bangkit dari tempat tidur untuk menstimulasi peristaltik.
- e) Makan makanan berserat (Varney, 2010)

5) Nyeri punggung bawah (nonpatologis)

Nyeri punggung bawah akan meningkat seiring pertambahannya usia kehamilan karena nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi wanita dan postur tubuhnya. Selain itu juga akibat membungkuk berlebihan, berjalan tanpa istirahat, dan angkat beban.

Menurut Varney (2010).Berikut ada prinsip penting yang sebaiknya dilakukan :

- a) Tekuk kaki ketimbang membungkuk ketika mengangkat apapun sehingga kedua tungkai yang menopang berat badan dan merengang, bukan punggung.
- b) Lebarkan kedua kaki dan tempatkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain saat menekukkan kaki sehingga terdapat jarak yang cukup saat bangkit dari posisi setengah jongkok.

Cara mengatasi nyeri punggung antara lain :

- a) Hindari membungkuk yang berlebihan, mengangkat beban, dan berjalan tanpa beristirahat.

b) Ayunkan panggul atau miringkan.

c) Gunakan sepatu bertumit rendah, sepatu bertumit tinggi tidak stabil dan memperberat masalah pada pusat gravitasi dan lordosis.

d) Kompres hangat pada punggung

e) Kompres es pada punggung

f) Pijatan atau usapan punggung

g) Untuk istirahat atau tidur kasur yang menyongkong dan posisikan badan dengan bantal sebagai pengganjal untuk meluruskan punggung dan meringankan tarikan dan regangan

6) Sindrom hipotensi terlentang

Menurut Varney (2010) sindrom hipotensi terlentang menyebabkan wanita merasa seperti ingin pingsan dan menjaditidak sadarkan diri bila masalah tidak segera ditangani. Sindrom hipotensi terlentang terjadi saat wanita berbaring pada posisi terlentang karena berat total uterus yang membesar berikutan isinya menekan vena kava inferior dan pembuluh darah lainnya pada sistem vena. Aliran vena balik dari bagian bawah tubuh dihambat, yang akhirnya mengakibatkan jumlah darah yang mengisi jantung berkurang dan kemudian akan menurunkan curah jantung.

Sindrom hipotensi telentang dapat segera diatasi dengan meminta wanita tersebut berbaring ke samping atau duduk. Penjelasan dan upaya menenangkannya penting dilakukan karena wanita cenderung ketakutan (Varney, 2010).

d. Kebutuhan Ibu Hamil Trimester III

1) Nutrisi yang adekuat

Jumlah kalori yang diperlukan ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2.500 kalori. Jumlah kalori yang berlebihan dapat menyebabkan obesitas maka penambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil. Sedangkan, jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari. Sumber protein dapat berupa kacang-

kacangan, ikan, ayam, keju, susu, telur. Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran prematur, anemia, dan edema.

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otot dan rangka. Sumber kalsiumnya dapat berupasusu, keju, yogurt. Defisiensi kalsium dapat menyebabkan riketsia pada bayi atau osteomalasia pada ibu.

Asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg/hari terutama setelah trimester kedua. Bila tidak ditemukan anemia pemberian zat besi per minggu cukup adekuat. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi.

Sel-sel darah merah selain membutuhkan zat besi 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 (Prawirohardjo, 2010).

2) Perawatan payudara

Payudara merupakan sumber air susu ibu yang akan menjadi makanan utama bagi bayi. Karena itu, jauh sebelumnya harus sudah dirawat. BH yang dipakai harus sesuai dengan pembesaran payudara, yang sifatnya menyokong buah dada dari bawah suspension, bukan menekan dari depan. Dua bulan terakhir dilakukan massage, kolostrum dikeluarkan untuk mencegah penyumbatan. Untuk mencegah puting susu kering dan pecah-pecah, puting susu dan areola payudara dirawat baik-baik dengan pada puting susu, lakukan pembersihan dengan menggunakan sabun dan biocream adalah dengan mengoleskan air susu itu ke puting dan areola sesudah selesai menyusui. Tindakan ini efektif untuk mencegah puting dan areola menjadi retak dan lecet-lecet (Mochtar, 2011).

3) Perawatan gigi

Pemeriksaan gigi selama hamil paling tidak dua kali yaitu pada trimester kedua dan ketiga. Pada trimester tiga, terkait dengan adanya kebutuhan kalsium untuk pertumbuhan janin sehingga perlu diketahui apakah terdapat pengaruh yang merugikan pada

gigi ibu hamil. Dianjurkan selalu menyikat gigi setelah makan karena ibu hamil sangat rentan terhadap terjadinya caries dan gingivitis (Prawirohardjo, 2010).

4) Kebersihan tubuh dan pakaian

- a) Pakaian yang dikenakan harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut.
- b) Dianjurkan memakai BH yang menyokong payudara.
- c) Disarankan memakai sepatu dengan tumit yang tidak terlalu tinggi.
- d) Pakaian dalam selalu bersih (Mochtar, 2011).

5) Aktivitas dan istirahat

Lakukan gerak tubuh ringan, misalnya berjalan kaki, terutama pada pagi hari. Jangan melakukan pekerjaan rumah tangga yang berat dan hindarkan kerja fisik yang dapat menimbulkan kelelahan yang berlebihan (Prawirohardjo, 2010). Wanita pekerjaan harus sering istirahat. Tidur siang menguntungkan dan baik untuk kesehatan. Tempat hiburan yang terlalu ramai, sesak, dan panas lebih baik dihindari karena dapat menyebabkan jatuh pinggan (Mochtar, 2011).

e. Tanda Bahaya dalam kehamilan

Segera bawa ibu hamil ke puskesmas, dokter dan bidan apabila di jumpai keluhan dan tanda-tanda sebagai berikut :

- 1) Sakit kepala lebih dari biasa
- 2) Perdarahan pervagina
- 3) Gangguan penglihatan
- 4) Pembengkakan pada wajah dan tangan
- 5) Nyeri abdomen (epigastrium)
- 6) Mual dan muntah berlebihan

- 7) Demam, menggigil dan berkeringat
- 8) Air ketuban pecah sebelum waktunya
- 9) Ibu mengalami batuk lebih dari 2 minggu
- 10) Sesak nafas
- 11) Jantung berdebar-debar
- 12) Keluar cairan dari jalan lahir yang berbau, gatal dan berwarna.
- 13) Janin tidak bergerak sebanyak biasanya (Kemenkes, 2013).

f. Tujuan Asuhan Antenatal

Menurut Saifuddin (2009) tujuan asuhan antenatal

- 1) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
- 2) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan social ibu dan bayi.
- 3) Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
- 4) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
- 5) Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian asi eksklusif.
- 6) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

Menurut Kemenkes (2013) pastikan bahwa ibu memahami hal-hal berikut :

- 1) Persiapan persalinan
- 2) Pentingnya peran suami dan keluarga selama kehamilandan persalinan.
- 3) Tanda-tanda bahaya yang perlu di waspadai pada saat kehamilan
- 4) Pemberian air susu ibu (asi eksklusif) dan IMD
- 5) Penyakit yang dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan janin
- 6) Program KB terutama pada pascasalin.
- 7) Kesehatan ibu termasuk kebersihan, aktivitas, dan nutrisi

g. Kunjungan Antenatal Care

Dalam bahasa program kesehatan ibu dan anak, kunjungan antenatal ini diberi kode angka K yang merupakan singkatan dari Kunjungan. Pemeriksaan antenatal yang lengkap adalah K1,K2,K3, dan K4 (Prawirohardjo, 2009).

Tabel 2.7 Kunjungan Pemeriksaan Antenatal

Trimester	Jumlah kunjungan minimal	Waktu kunjungan yang dianjurkan
I	1x	Sebelum minggu ke 16
II	1x	Antara minggu ke 24-28
III	2x	Antara minggu 30-32
		Antara minggu 36-38

- 1) Selain itu anjuran ibu untuk memeriksakan diri ke dokter setidaknya 1 kali untuk deteksi kelainan medis secara umum.
- 2) Untuk memantau kehamilan ibu, gunakan buku KIA. Buku di isi setiap kali ibu melakukan kunjungan antenatal, lalu berikan kepada ibu untuk disimpan dan dibawa kembali pada kunjungan berikutnya.

3) Berikan informasi mengenai perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi kepada ibu.

4) Anjurkan ibu mengikuti Kelas ibu.

5) Di dalam kunjungan juga harus membahas tentang imunisasi Tetanus Toksoid (TT). Pemberian imunisasi pada wanita usia subur atau ibu hamil harus didahulukan dengan skrining untuk mengetahui jumlah dosis imunisasi Tetanus Toksoid (TT) yang telah diperoleh selama hidupnya. Pemberian imunisasi TT tidak mempunyai selang waktu maksimal. Jika ibu belum pernah imunisasi atau tidak diketahui, berikan dosis vaksin (0,5 ml IM di lengan atas) (Kemenkes, 2013).

Menurut Saifuddin (2009) ada selang waktu dan lama perlindungan dalam pemberian imunisasi TT sebagai berikut:

Tabel 2.8. Imunisasi TT

Antigen	Selang waktu minimal	Lama perlindungan	% perlindungan
TT 1	Pada kunjungan antenatal pertama	-	-
TT 2	4 minggu setelah TT1	3 tahun	80
TT 3	6 bulan setelah TT2	5 tahun	95
TT 4	1 tahun setelah TT3	10 tahun	99
TT 5	1 tahun setelah TT4	25 tahun / semur hidup	99

6) Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb)

Pemeriksaan kadar Hemoglobin darah (Hb) dan pemeriksaan penunjang lain pada ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Pemeriksaan ini ditunjukkan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi

proses tumbuh kembang janin dalam kandungan. Pemeriksaan haemoglobin darah pada ibu hamil pada trimester kedua dilakukan atas indikasi (Kemenkes RI, 2015)

Menurut Saifuddin (2011) wanita hamil dikatakan mengalami anemia apabila kadar hemoglobin atau sel darah merahnya kurang dari 10 gr%. Pengawasan dilakukan pada trimester pertamadan ketiga karena pengenceran darah ibu hamil telah mencapai puncaknya

Tabel 2.9. Nilai normal Hemoglobin

No	Nilai Hamoglobin	Keterangan
1	Hb 11 gr%	Tidak anemia
2	Hb 9-10 gr%	Anemia ringan
3	Hb 7-8 gr%	Anemia sedang
4	Hb < 7 gr%	Anemia berat

h. Asuhan/penatalaksanaan kehamilan

Menurut Permenkes No.97 Tahun 2014 tentang asuhan kepada ibu hamil pada pasal 12 adalah sebagai berikut :

- 1) Pemberian pelayanan dan konseling kesehatan termasuk stimulasi dan gizi agar kehamilan dan janinnya berlangsung sehat.
- 2) Deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit/ komplikasi kehamilan.
- 3) Penyiapan persalinan yang bersih dan aman.
- 4) Perencanaan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi penyulit/ komplikasi.
- 5) Penatalaksanaan kasus serta rujukan cepat dan tepat waktu bila diperlukan.
- 6) Melibatkan ibu hamil, suami, dan keluarganya dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil,menyiapkan persalinan dan kesiagaan bila terjadi penyulit/komplikasi.

2. Persalinan

a. Pengertian

Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin. (Prawiroharjo, 2009)

b. Perubahan Fisik dan Psikologis

1) Perubahan Fisiologi

Menurut Varney (2010) selama persalinan terjadi sejumlah perubahan fisiologis pada ibu. Perubahan tersebut adalah

a) Perubahan pada TTV

Tekanan darah meningkat sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolic rata-rata (5-10) mmHg. Pada waktu diantara kontraksi, tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan. Bila ibu merasakan nyeri, rasa takut dan khawatir dapat semakin meningkatkan tekanan darah.

Suhu sedikit meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Yang dianggap normal ialah peningkatan suhu yang tidak dari 0,5 sampai 10C, yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan.

Denyut nadi (frekuensi jantung) diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibandingkan selama periode menjelang persalinan. Hal ini mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi selama persalinan.

Pernapasan sedikit meningkat tetapi masih termasuk normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi.

b) Perubahan pada ginjal

Menurut Manuaba (2010) Poliuria sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini dapat diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan

kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Polyuria menjadi kurang jelas pada posisi telentang karena posisi ini membuat aliran urine berkurang selama kehamilan. Sedikit proteinuria (1+) umum ditemukan pada sepertiga sampai setengah jumlah wanita bersalin. Proteinuria 2+ dan lebih adalah data yang abnormal.

c) Perubahan pada saluran cerna

Motilitas dan absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang. Apabila kondisi ini diperburuk oleh penurunan lebih lanjut sekresi asam lambung selama persalinan, maka saluran cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Makanan yang dimakan pada fase laten persalinan cenderung akan tetap berada di dalam lambung selama persalinan. Mual muntah umum terjadi selama fase transisi, yang menandai akhir fase pertama persalinan (Varney, 2010).

d) Perubahan Hematologi

Haemoglobin meningkat rata-rata 1,2 gm/100 mL selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pascapartum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal. Waktu koagulasi darah berkurang dan terdapat peningkatan fibrinogen plasma lebih lanjut selama persalinan. Hitung sel darah putih secara progresif meningkat selama kala satu persalinan sebesar kurang lebih 5000 hingga jumlah rata-rata 15.000 pada saat pembukaan lengkap. Tidak ada peningkatan lebih lanjut setelah ini. Gula darah menurun selama persalinan, menurun drastic pada persalinan yang lama dan sulit, kemungkinan besar akibat peningkatan aktivitas otot uterus dan rangka (Manuaba (2010).

2) Perubahan psikologis ibu bersalin

Perubahan psikologis dan perilaku ini cukup spesifik seiring kemajuan persalinan. Berbagai perubahan ini dapat digunakan untuk mengevaluasi kemajuan persalinan pada wanita dan bagaimana ia mengatasi tuntutan terhadap dirinya yang muncul dari persalinan dan lingkungan tempat ia bersalin.

Tanda gejalanya bermacam-macam termasuk mudah marah, tidak nyaman, tidak ingin di sentuh, binggung, frustrasi, emosi meledak-ledak akibat keparahan kontraksi, rasa takut cukup besar. Dukungan yang diterima dari pasangannya, orang terdekat, keluarga dan pemberi perawatan, lingkungan tempat wanitatersebut berasa sangat mempengaruhi psikologis wanita tersebut (Varney, 2010).

c. Tanda-tanda Persalinan

Menurut Mochtar (2011) tanda tanda persalinan yaitu :

- 1) Keluar lender bercampur darah (show) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks.
- 2) Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan telah ada pembukaan.
- 3) Sering buang air kecil atau sulit berkemih karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.
- 4) Perasaan nyeri dierut dan dipinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah terus, kadang-kadang disebut “false labor pains”.
- 5) Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya.

d. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

1) Dukungan emosional

Sebagai bidan harus memberi dukungan dan mendengarkan keluhan ibu. Selain itu juga memberikan ruang untuk pasangan, keluarga menemani pada saat persalinan dan kelahiran bayinya tujuannya agar ibu terasa nyaman dan mengurangi emosinya saat kontraksi mulai bertambah (Kemenkes, 2013)

2) Mengatur posisi

Biarkan ibu berganti posisi sesuai keinginan, tapi jika ditempat tidur sarankan untuk miring ke kiri dan anjurkan suami atau keluarga memijat punggung ibu. Bila ingin

turun maka biarkan ibu berjalan atau beraktivitas ringan sesuai kesanggupannya. Selain itu juga bidan mengajarkan cara nafas yang benar bagaimana (Kemenkes, 2013)

3) Pemberian cairan dan nutrisi

Anjurkan ibu untuk mendapatkan asupan makanan dan minuman selama persalinan dan proses kelahiran bayi. Sebagian ibu masih ingin makan selama fase laten, tetapi setelah masuk fase aktif ibu tidak ingin makan hanya minum. Anjurkan agar anggota keluarga sesering mungkin menawarkan makanan dan minuman selama proses persalinan untuk modal tenaga ibu pada saat melahirkan bayinya (Kemenkes, 2013)

e. Asuhan Persalinan Normal (60 langkah)

Menurut PP IBI (2016) asuhan persalinan normal yang terdiri dari 60 langkah adalah sebagai berikut :

Tabel 2.10 APN 60 Langkah

I. Mengenal gejala dan tanda kala dua

- 1) Mendengar dan melihat tanda kala dua persalinan
 - a) Ibu merasa ada dorongan kala dua persalinan
 - b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina
 - c) Perineum tampak menonjol
 - d) Vulva dan sfingter ani membuka

II. Menyiapkan pertolongan persalinan

- 2) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir.

Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi, siapkan: tempat datar, rata, bersih, kering, dan hangat, 3 handuk/kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu bayi), lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.

Untuk ibu: menggelar kain diperut bawah ibu; menyiapkan oksitosin 10 unit, alat suntik steril sekali pakai didalam partus set.

- 3) Pakai celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan.
- 4) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang di pakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- 5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
- 6) Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).

III. Memastikan pembukaan lengkap

- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dan anterior (depan) ke posterior (belakang) menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.
 - a) Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang.
 - b) Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.
 - c) Jika terkontaminasi, lakukan dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan tersebut dalam larutan klorin 0,5%. Pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melaksanakan langkah lanjutan.
- 8) Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap, bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.
- 9) Dekontaminasi sarung tangan (celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam klorin 0,5% selama 10 menit). Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.
- 10) Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus mereda (relaksasi) untuk memastikan DJJ masih dalam batas normal (120-160 x/menit).

a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal

Mendokumentasikan hasil-hasil periksa dalam, DJJ, semua temuan pemeriksaan dan asuhan yang diberikan ke dalam partograf.

IV. Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses meneran

11) Beritahu pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik, kemudian bantu ibu menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.

a) Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin dan dokumentasikan semua temuan yang ada

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

12) Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat. Pada kondisi itu, ibu diposisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman.

13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat:

a) Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif

b) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai

c) Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama)

d) Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi

e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu

f) Berikan cukup asupan cairan peroral (minum) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai

g) Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran lebih dari 120 menit (2 jam) pada primigravida atau lebih dari 60 menit (1 jam) pada multigravida

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

V. Perisapan untuk melahirkan

15) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut bawah ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm

16) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian sebagai alas bokong ibu

17) Buka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan

18) Pakai sarung tangan DTT/steril pada kedua tangan

VI. Pertolongan untuk melahirkan bayi

Lahirnya kepala

19) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan belakang kepala untuk mempertahankan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu meneran secara efektif atau bernapas dengan dangkal

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

a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi

b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat didua tempat dan potong tali pusat diantara dua klem tersebut.

21) Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan

Lahirnya bahu

22) Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biaprietal. Dengan lembut gerakkan kepala bayi kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakkan kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

Lahirnya badan dan tungkai

23) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah untuk menopang kepala dan bahu. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas

24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kedua kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk)

VII. Asuhan bayi baru lahir

25) Lakukan penilaian (selintas)

- a) Apakah bayi cukup bulan?
- b) Apakah bayi menangis kuat dan atau bernapas tanpa kesulitan?
- c) Apakah bayi bergerak dengan aktif?

Bila salah satu jawaban adalah “TIDAK” lanjut kelangkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia. Bila semua jawaban adalah “YA” lanjut kelangkah 26

26) Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk atau kain kering.

Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman diperut bagian bawah ibu

27) Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (gemeli)

28) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntikkan oksitosin agar uterus berkontraksi baik

29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit (intramuscular) di 1/3 distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin)

30) Setelah 2 menit sejak bayi lahir, pegang tali pusat dengan satu tangan pada sekitar 5 cm dari pusar bayi, kemudian jari telunjuk dan jari tengah lain menjepit tali pusat dan geser hingga 3 cm proksimal dari pusar bayi. Klem tali pusat pada titik tersebut kemudian tahan klem ini pada posisinya, gunakan jari telunjuk dan tengah tangan lain untuk mendorong isi tali pusat kearah ibu (sekitar 5 cm) dan klem tali pusat pada sekitar 2 cm distal dari klem pertama

31) Pemotongan dan pengikatan tali pusat

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

b) Ikat tali pusat dengan benang DTT/steril pada satu sisi kemudian lingkaran lagi benang tersebut dan ikat tali pusat dengan simpul kunci pada sisi lainnya

c) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah.

32) Letakkan bayi tengkurap didada ibu untuk kontak kulit ibu dan bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisis lebih rendah dari puting susu atau areola mammae ibu

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

b) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit didada ibu paling sedikit 1 jam

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

d) Biarkan bayi berada didada ibu selam 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui.

VIII. Manajemen aktif kala tiga persalinan (MAK III)

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

34) Letakkan satu tangan diatas kain pada perut bawah ibu (diatas simfisis), untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat.

35) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penengangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi kembali prosedur diatas, jika uterus tidak segera kontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.

Mengeluarkan plasenta

36) Bila ada penekanan bagian bawah dinding depan uterus kearah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat kearah distal maka lanjutkan dorongan kearah kranial hingga plasenta dapat dilahirkan.

a) Ibu boleh meneran tetapi tali pusat hanya ditegangkan (jangan ditarik secara kuat terutama jika uterus tak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir (kearah bawah-sejajar lantai-atas)

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

c) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:

1) Ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM

2) Lakukan kateterisasi (gunakan teknik aseptik) jika kandung kemih penuh

3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan

4) Ulangi dorso kranial dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya

Jika plasenta tak lahir dalam 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan plasenta manual.

37) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpelin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wajah yang disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem ovum DTT/steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.

Rangsangan taktil (Masase) uterus

38) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan (kompresi bimanual interna, kompresi aorta abdominalis, tampon kondom-kateter) jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah rangsangan taktil/masase

IX. Menilai perdarahan

39) Periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta kedalam kantung plastik atau tempat khusus

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

X. Asuhan pasca persalinan

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

42) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, lepaskan secara terbalik dan rendam sarung tangan dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering

Evaluasi

43) Pastikan kandung kemih kosong

44) Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi

- 45) Evaluasi dan estimasi kehilangan darah
- 46) Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik
- 47) Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60 kali/menit)
- a) Jika bayi sulit bernapas, merintih, atau retraksi, di resusitasi dan segera merujuk ke Rumah sakit
- b) Jika napas bayi terlalu cepat atau sesak napas segera rujuk ke Rumah sakit rujukan
- c) Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu-bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut
- 48) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi
- 49) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai

Keberishan dan keamanan

- 50) Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah di ranjang atau di sekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering
- 51) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI, ajarkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya
- 52) Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0.5%
- 53) Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%. Balikkan bagian dalam keluar dan rendam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
- 54) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering
- 55) Pakai sarung tangan DTT/bersih untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi

56) Dalam stau jam pertrama, beri salep/tetes mata profilaksis infeksi, vitamin K 1 mg IM di paha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pernapasan bayi (normal 40-60 x/menit) dan temperatur tubuh (normal 36,5-37,5 0C) setiap 15 menit

57) Setelah satu jam pemberian vitamin K berikan suntikkan imunisasi Hepatitis B di paha kanan bawah lateral. Letakkan bayi didalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan

58) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit

59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tiddue atau handuk pribadi yang bersih dan kering

Dokumentasi

60) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakan), periksa tanda vital dan asuhan kala IV persalinan.

f. Partograf

1) Pengertian

Menurut Prawirohadjo (2014) Partograf adalah alat bantu untuk kemajuan persalinan dalam memantau, mengevaluasi dan membuat keputusan klinik pada persalinan normal maupun disertai penyulit. Pencatatan dimulai pada proses persalinan yang sudah masuk dalam fase aktif

2) Penggunaan partograf

Untuk menggunakan partograf dengan benar, petugas harus mencatat kondisi ibu dan janin sebagai berikut :

a) Denyut jantung janin. Catat setiap 30 menit.

b) Air ketuban. Catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina:

U : selaput Utuh.

J : selaput pecah, air ketuban Jernih.

M : air ketuban bercampur Mekonium.

D : air ketuban bercampur Darah.

c) Perubahan bentuk kepala janin (molding atau molase)

1 : sutura (pertemuan dua tulang tengkorak) yang tepat atau bersesuaian

2 : sutura tumpang tindih tetapi dapat diperbaiki.

3 : sutura tumpang tindih dan tidak dapat diperbaiki.

d) Pembukaan mulut Rahim (serviks). Dinilai pada setiap pemeriksaan pervaginam dan diberi tanda silang (x).

e) Penurunan. Mengacu pada bagian kepala (dibagi 5 bagian) yang teraba (pada pemeriksaan abdomen/luar) di atas simfisis pubis. Catat dengan tanda lingkaran (O) pada setiap pemeriksaan dalam. Pada posisi 0/5, kepala berada di simfisis pubis.

f) Waktu. Menyatakan berapa jam waktu yang telah dijalani sesudah pasien diterima.

g) Jam. Catat jam sesungguhnya.

h) Kontraksi. Catat setiap setengah jam; lakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya masing-masing dalam hitungan detik.

i) Oksitosin. Bila memakai, catatlah banyaknya oksitosin per volume cairan infus dan dalam tetesan per menit.

j) Obat yang diberikan. Catat semua obat lain yang diberikan.

k) Nadi. Catatlah setiap 30-60 menit dan tandai dengan sebuah titik besar.

l) Tekanan darah. Catatlah setiap 4 jam dan tandai dengan anak panah.

m) Suhu badan. Catatlah setiap 2 jam.

n) Protein, aseton, dan volume urin. Catatlah setiap kali ibu berkemih.

Bila temuan-temuan melintas kearah kanan dari garis waspada, petugas kesehatan melakukan penilaian terhadap kondisi ibu dan janin, segera mencari rujukan yang tepat. (Saifuddin, 2009)

3. Nifas

a. Pengertian

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. (Prawirohardjo, 2009)

b. Perubahan Fisik dan Psikologi Masa Nifas

1) Perubahan fisik

a) Uterus

Menurut Varney (2010) uterus, segera setelah pelahiran bayi, plasenta, dan selaput janin, beratnya sekitar 1000 g. Berat uterus menurun sekitar 500 g pada akhir minggu pertama pascapartum dan kembali pada berat pada saat tidak hamil, yaitu 70 g pada minggu kedelapan pascapartum.

Penurunan yang cepat direfleksikan dengan perubahan lokasi uterus yaitu uterus turun dari abdomen dan kembali menjadi organ panggul. Segera setelah pelahiran, tinggi fundus uteri (TFU) terletak sekitar dua per tiga hingga tiga perempat bagian atas antara simfisis pubis dan umbilikus.

Tabel 2.11. Tinggi fundus uteri dan berat uterus menurut masa involusi

Involusi	Tinggi fundus uteri	Berat uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	2 jari di bawah pusat	750 gram

1 minggu	Pertengahan pusat simfisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba di atas simfisis	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar normal	30 gram

b) Lokia

Menurut Mohtar (2010) lokia adalah cairan sekresi yang berasal dari kavu uteri dan vagina dalam masa nifas, terdapat menjadi 6 yaitu :

- (1) Lokia rubra berwarna merah karena mengandung darah dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo dan mekonium. Selama 2 hari pasca persalinan.
- (2) Lokia sanguinolenta berwarna merah kuning, berisi darah dan lender, hari ke 3-7 pasca persalinan.
- (3) Lokia serosa warnanya kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 pasca persalinan.
- (4) Lokia alba warna lokia putih, setelah 2 minggu.
- (5) Lokia purulenta terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
- (6) Lokioistasis adalah loki yang keuangnya tidak lancar.

c) Vagina dan perineum

Segera setelah kelahiran, vagina tetap terbuka lebar, mungkin mengalami beberapa derajat edema dan memar, dan celah pada introitus. Setelah satu hingga dua hari pertama pascapartum, tonus otot vagina kembali, celah vagina tidak melebar dan vagina tidak lagi edema. Sekarang vagina menjadi berdinding lunak, lebih besar dari biasanya dan umumnya longgar. Ukurannya menurun dengan kembalinya ruage vagina sekitar minggu ketiga pascapartum. Ruang vagina selalu sedikit lebih besar daripada sebelum kelahiran pertama. Akan tetapi, latihan otot pengencangan perineum akan mengembalkan tonusnya dan memungkinkan wanita secara perlahan mengencangkan vaginanya.

Pengencangan ini sempurna pada akhir purperium dengan latihan setiap hari (Varney, 2010).

d) Payudara

Laktasi dimulai pada semua wanita dengan perubahan hormon saat melahirkan. Apakah wanita memilih menyusui atau tidak, dia dapat mengalami kongesti payudara selama beberapa hari pascapartum karena tubuhnya mempersiapkan untuk memberikan nutrisi pada bayi. Wanita yang menyusui berespons terhadap stimulasi bayi yang disusui akan terus melepaskan hormon dan stimulasi aveoli yang memproduksi susu.

Pengkajian payudara pada periode awal pascapartum meliputi penampilan dan integritas puting susu, memar atau iritasi jaringan payudara karena posisi bayi pada payudara, adanya kolostrom, apakah payudara terisi air susu dan adanya sumbatan duktus, kongesti, dan tanda-tanda mastitis potensial (Varney, 2010).

e) Perubahan sistem renal

Trauma kandung kemih sangat berhubungan erat dengan lamanya persalinan dan pada tahap tertentu merupakan akibat abnormal dan kelahiran pervaginam. Pasca partum, kandung kemih mengalami peningkatan kapasitas terhadap tekanan intravesika. Pengosongan yang tidak sempurna dan residu urin yang berlebihan biasa terjadi pada ureter yang berdilatasi dan pelvis renal kembali keadaan sebelum hamil dalam 2 sampai 8 minggu secara perlahan (Cunningham, 2012).

f) Penurunan berat badan

Wanita mengalami penurunan berat badan rata-rata 12 pon (4,5 kg) pada waktu melahirkan. Penurunan ini mewakili gabungan berat bayi, plasenta, dan cairan amnion. Wanita dapat kembali mengalami penurunan berat badan sebanyak 5 pon selama minggu pertama pascapartum karena kehilangan cairan. Penentu utama penurunan berat badan pascapartum adalah peningkatan berat badan saat hamil, wanita yang mengalami peningkatan berat badan yang paling banyak akan mengalami penurunan berat badan yang paling besar pula. Akan tetapi, menyusui yang banyak mempengaruhi penurunan berat badan setelah melahirkan, tidak memiliki efek yang signifikan (Varney, 2010)

g) Perubahan gastrointestinal

Wanita mungkin kelaparan an mulai makan satu atau dua jam setelah melahirkan. Kecuali ada komplikasi pelahiran, tidak ada alasan untuk menunda pemberian makan pada wanita pascapartum yang sehat lebih lama dari waktu yang dibutuhkan untuk melakukan pengkajian awal. Konstipasi mungkin menjadi masalah pada puerperium awal karena kurangnya makanan padat selama persalinan dan karena wanita menahan defekasi karena perineumnya mengalami perlukaan atau karena kurangnya pengetahuan dan takut akan merobek atau merusak jahitan jika melakukan defekasi (Varney, 2010).

h) Peritonium dan Dinding abdomen

Ligamentum latum memerlukan waktu lama untuk pulih dari peregangan dan pelonggaran yang terjadi selama kehamilan sebagai akibat dan rupture serat elastis pada kulit dan distensi lama karena uterus hamil, maka dinding abdomen tetap lunak dan fleksibel. Beberapa minggu dibutuhkan oleh struktur tersebut untuk kembali menjadi normal (Mochtar, 2012).

i) Perubahan hematologi

Leukositosis dan trombositosis terjadi selama dan setelah persalinan. Normalnya selama beberapa hari pasca partum, kontraksi hemoglobin dan hematokrit fluktuasi sedang. Jika jumlahnya turun jauh dibawah level sebelum persalinan, maka telah terjadi kehilangan darah berjumlah cukup banyak. Pada sebagian wanita volume darah hampir kembali ke keadaan sebelum hamil sebelum 1 minggu persalinan. Curah jantung naik dalam 24 sampai 48 jam. Pasca partum menurun ke nilai sebelum hamil dalam 10 hari. Perubahan faktor pembekuan darah yang disebabkan kehamilan menetap dalam jangka waktu yang bervariasi selama nifas. Peningkatan fibrinogen, plasma dipertahankan minimal melewati minggu pertama dan laju endapan juga (Cunningham, 2012).

2) Perubahan psikologis

Ibu mengalami perubahan besar pada fisik dan fisiologis ia membuat penyesuaian yang sangat besar baik tubuh dan psikisnya, mengalami stimulasi dan kegembiraan luar biasa, menjalani proses pencarian dan usaha untuk bayinya, berada di bawah tekanan untuk

menyerap pembelajaran yang diperlukan tentang apa yang telah diketahuinya dan perawatan untuk bayinya, dan merasa tanggung jawab luar biasa yang dipikulnya sekarang menjadi nyata dan tuntutan ditempatkan pada dirinya. Tidak mengherankan apabila ibu mengalami sedikit perubahan perilaku dan sesekali merasa kerepotan. Masa ini adalah rentan dan terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran pada saat yang sama, ibu baru frustrasi karena merasa tidak mampu dan tidak bias mengontrol informasi (Varney, 2013).

c. Masalah Pada Ibu Nifas

1) Sub involusi uterus

Involusi adalah keadaan uterus mengecil oleh kontraksi Rahim dimana berat Rahim 1000 gr setelah persalinan menjadi 40-60 gr setelah 6 minggu. Bila pengecilan ini kurang baik atau terganggu di sebut sub involusi. Penyebabnya infeksi, sisa uri mioma uteri, bekuan-bekuan darah, dan sebagainya. Pengobatannya dilakukan dengan memberikan injeksi methergin setiap hari. Bila ada sisa uri maka dilakukan kuretase (Mochtar, 2011)

Menurut Kemenkes (2013) masalah pada ibu nifas adalah sebagai berikut :

2) Metritis

Metritis adalah infeksi pada uterus setelah persalinan. Tanda dan gejalanya yaitu demam $>38^{\circ}\text{C}$, nyeri perut bawah, lokia berbau, nyeri tekan uterus, dapat disertai perdarahan pervaginam dan syok.

Tatalaksana secara umum untuk penanganan metritis yaitu :

a) Beri antibiotik sampai dengan 48 jam bebas demam: ampicilin 2g IV setiap 6 jam, ditambah gentamisin 5 mg/kg BB IV tiap 24 jam, ditambah metronidazole 500 mg IV tiap 8 jam, jika masih dem 72 jam setiap terapi, kaji ulang diagnose dan tatalaksana.

b) Cegah dehidrasi. Beri minum atau infus cairan kristaloid.

c) Pertimbangkan pemberian vaksin tetanus toksoid (TT) bila dicurigai terpapar tetanus.

- d) Jika diduga ada sisa plasenta, lakukan eksplorasi digital dan keluarkan bekuan serta sisa kotiledon. Gunakan forcep ovum atau kuret tumpul besar bila perlu.
- e) Jika tidak ada kemajuan dan ada peritonitis, lakukan laparotomy dan drainase abdomen bila terdapat pus.
- f) Jika uterus terinfeksi lakukan histerektomi subtotal.
- g) Lakukan pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan darah perifer lengkap dengan hitung jenis leukosit, golongan darah dan jenis RH, gula darah sewaktu, analisis urin.
- h) Kultur (cairan vagina, darah, dan urine sesuai indikasi)
- i) Ultrasonografi (USG) untuk menyingkirkan kemungkinan adanya sisa plasenta.
- j) Periksa suhu dalam grafik (setiap 4 jam) yang di gantung pada tempat tidur pasien.
- k) Periksa kondisi umum : tanda vital, malaise, nyeri perut dan cairan pervaginam 4 jam.
- l) Lakukan tindakan lanjutan jumlah dan hitung leukosit per 48 jam.
- m) Terma, catat dan tindak lanjuti hasil kultur.
- n) Perbolehkan pasien pulang jika suhu $<37,5^{\circ}\text{C}$ selama minimal 48 jam dan hasil pemeriksaan leukosit $<11.000/\text{mm}^3$.

3) Abses pelvis

Abses pelvis adalah abses pada regio pelvis. Tanda dan gejalanya yaitu nyeri perut bawah dan kembung, demam tinggi menggigil, nyeri tekan uterus, respon buruk terhadap antibiotic, pembengkakan pada adneksa.

Tatalaksana secara khusus yaitu :

Berikan antibiotik kombinasi sebelum fungsi dan drain abses sampai 48 jam bebas demam: ampicilin 2g IV setiap 6 jam, ditambah gentamisin 5mg/kg BB IV tiap 24 jam, ditambah metronidazol 500mg IV tiap 8 jam.

4) Nyeri perineum

Beberapa tindakan akan bisa meredakan nyeri akibat laserasi atau episiotomy dan jahitan laserasi atau episiotomy tersebut. Sebelumnya yang harus dilakukan adalah memeriksa perineum untuk menyingkirkan kemungkinan komplikasi. Pemeriksaan ini juga mengindikasikan tindakan lanjutan apa yang mungkin paling efektif (Cunningham, 2012).

5) Tetanus

Tetanus merupakan penyakit yang langka dan fatal yang mempengaruhi susunan saraf pusat dan menyebabkan kontraksi otot yang nyeri. Diagnosisnya yaitu trismus, kaku kuduk, punggung melengkung, perut kaku seperti papan.

Menurut Kemenkes (2013) penatalaksanaannya yaitu rujuk ke rumah sakit, selama mempersiapkan rujukan miringkan ke samping agar tidak terjadi aspirasi pada pasien, jaga jalan napas tetap terbuka, atasi kejang dengan diazepam 10 mg IV selama 2 menit dan jauhkan pasien dari kebisingan dan cahaya, pasang jalur intravena untuk memberikan cairan jangan berikan cairan lewat mulut, berikan antibiotika benzyl penisilin 2 juta IV setiap 4 jam selama 48 jam dan dilanjutkan ampicilin 500mg 3 kali sehari selama 10 hari, berikan antitoksin tetanus 3000 unit IM.

6) Mastitis

Mastitis adalah peradangan pada payudara disebabkan oleh kuman, melalui luka pada puting maupun peredaran darah. Mastitis yang tidak segera diobati akan menyebabkan abses payudara yang bias pecah ke permukaan kulit dan menimbulkan borok yang besar. Keluhannya payudara membesar, keras, nyeri, kulit memerah, dan membusuk, dan akhirnya membusuk kemudian keuar cairan nanah bercampur air susu. Dapat disertai dengan suhu badan naik dan menggigil (Mochtar, 2011).

7) Bendungan payudara

Adalah pembendungan air susu karena penyempitan duktus laktiferi atau oleh kelenjar-kelenjar tidak dikosongkan dengan sempurna atau karena kelainan pada puting susu. Keluhan ibu adaah payudara bengkak, keras, panas dan nyeri. Penanganan dimulai selama hamil dengan perawatan payudara untuk mencegah terjadinya kelainan (Mochtar, 2011).

8) Retraksi puting

Menurut Kemenkes (2013) retraksi puting yaitu suatu kondisi dimana puting tertarik kedalam payudara. Pada beberapa kasus, puting dapat muncul keluar bila di stimulasi, namun pada kasus-kasus lain, retraksi ini menetap.

Diagnosisnya yaitu

- a) Grade 1 : puting datar atau masuk kedalam, puting dapat dikeluarkan dengan mudah dengan tekan jari pada sekitar areola, kadang dapat keluar sendiri, saluran ASI tidak bermasalah dan dapat menyusui dengan biasa.
- b) Grade 2 : dapat dikeluarkan dengan menekan areola, namun kembali masuk saat tekanan dilepas, terdapat kesulitan menyusui, terdapat fibrosis derajat sedang, saluran ASI dapat mengalami retraksi namun pembedahan tidak diperlukan, pada pemeriksaan histologi ditemukan stromata yang kaya kolagen dan otot polos
- c) Grade 3 : puting sulit untuk dikeluarkan pada pemeriksaan fisik dan membutuhkan pembedahan untuk dikeluarkan, saluran ASI terkonstriksi dan tidak memungkinkan untuk menyusui, dapat terjadi infeksi, ruam, atau masalah kebersihan, secara histologis ditemukan atrofit unit lobuler duktus terminal dan fibrosis yang parah.

Untuk tatalaksananya yaitu jika retraksi tidak dalam, susu dapat diperoleh dengan menggunakan pompa payudara, jika puting masuk sangat dalam maka suatu usaha harus dilakukan untuk mengeluarkan puting dengan jari pada beberapa bulan sebelum melahirkan.

d. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

1) Nutrisi

Menurut Nurjismi (2016; h. 115) ibu nifas perlu diet gizi yang baik dan lengkap, biasa disebut juga dengan menu seimbang.

Tujuannya adalah :

- a) Membantu memulihkan kondisi fisik.
- b) Meningkatkan daya tahan tubuh terhadap infeksi.
- c) Mencegah konstipasi
- d) Memulai proses pemberian ASI eksklusif

Ibu nifas perlu tambahan 500 kalori tiap hari, dan kebutuhan cairan/ minum 3 liter/ hari dan tambahan pil zat besi selama 40 hari post partum, serta kapsul vitamin A 200.000 unit.

2) Mobilisasi

Menurut Mochtar (2011) karena lelah sehabis bersalin, ibu harus istirahat, tidur terlentang selama 8 jam pascapersalinan. Setelahnya, ibu boleh miring ke kanan dan kiri untuk mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli. Pada hari ke 2 ibu diperbolehkan duduk, hari ke 3 boleh jalan-jalan, hari ke 4 atau ke 5 sudah diperbolehkan pulang. Mobilisasi tersebut memiliki variasi, tergantung pad komplikasi persalinan, nifas, dan sembuhnya luka-luka (Mochtar, 2011).

3) Eliminasi

Ibu nifas hendaknya dapat berkemih spontan normal pada 8 jam post partum. Anjurkan ibu berkemih 6-8 jam post partum dan setiap 4 jam setelahnya, karena kandung kemih yang penuh dapat mengganggu kontraksi dan involusi uterus. Bila ibu mengalami susah berkemih sebaiknya dilakukan toilet training untuk BAB, jika ibu tidak bias BAB lebih dari hari maka perlu diberi laksan/ pelancar, BAB tertunda 2 hari post partum dianggap fisiologis (Cunningham, 2012).

4) Istirahat

Menurut Nurjasmı (2016) Ibu perlu istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Ibu dapat beristirahat atau tidur siang selagi bayi tidur, pentingnya dukungan dari keluarga/ suami.

Bila istirahat kurang akan mempengaruhi ibu :

- a) Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi
- b) Memperlambat proses involusio uterus dan memperbanyak perdarahan
- c) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan diri sendiri.

5) Kebersihan diri

Menurut Saifuddin (2011) adalah sebagai berikut :

- a) Membersihkan daerah vulva dari depan ke belakang setelah buang air kecil atau besar dengan sabun dan air.
- b) Mengganti pembalut dua kali sehari.
- c) Mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelamin.
- d) Menghindari menyentuh daerah luka episiotomy atau laserasi.

Keluarga berencana

Menurut Nurjasmı (2016) idealnya pasangan harus menunggu sekurang-kurangnya 2 tahun sebelum hamil kembali. Setiap pasangan harus menentukan sendiri kapan dan bagaimana mereka ingin merencanakan tentang keluarganya. Namun bidan dapat membantu merencanakan keluarganya dengan mengajarkan kepada mereka tentang cara mencegah kehamilan yang tidak diinginkan.

Menurut Kemenkes (2014), Dalam memberikan konseling, khususnya bagi calon klien KB yang baru, hendaknya dapat diterapkan enam langkah yang sudah dikenal dengan kata kunci SATU TUJU. Penerapan SATU TUJU tersebut tidak perlu dilakukan secara berurutan karena petugas harus menyesuaikan diri dengan kebutuhan klien. Beberapa klien membutuhkan lebih banyak perhatian pada langkah yang satu dibandingkan dengan langkah yang lainnya. Kata kunci SATU TUJU adalah sebagai berikut :

a) SA : SApa dan SAlam kepda klien secara terbuka dan sopan. Berikan perhatian sepenuhnya kepada mereka dan berbicara di tempat yang nyaman serta terjamin privasinya. Yakinkan klien untuk membangunkan rasa percaya diri. Tanyakan kepada klien apa yang perlu dibantu dan jelaskan pelayanan apa yang dapat diperolehnya.

b) T: Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya. Bantu klien untuk berbicara mengenai pengalaman Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi, tujuan, kepentingan, harapan, serta keadaan dan kehidupan keluarganya. Tanyakan kontrasepsi yang diinginkan oleh klien. Berikan perhatian kepada klien apa yang disampaikan klien sesuai dengan kata-kata, gerak isyarat dan caranya. Coba tempatkan diri kita di dalam hati klien.

c) U: Uraikan kepada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan reproduksi yang paling mungkin, termasuk pilihan beberapa jenis kontrasepsi. Bantulah klien pada jenis kontrasepsi yang paling dia inginkan, serta jelaskan pula jenis-jenis kontrasepsi lain yang ada.

d) TU: Bantulah klien menentukan pilihannya. Bantulah klien berpikir mengenai apa yang paling sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya. Doronglah klien untuk menunjukkan keinginannya dan mengajukan pertanyaan.

e) J: Jelaskan secara langsung bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya. Setelah klien memilih kontrasepsinya, jika diperlukan, perlihatkan obat/alat kontrasepsinya. Jelaskan bagaimana alat/obat kontrasepsi tersebut digunakan dan bagaimana cara penanganannya.

f) U: Perlunya dilakukan kunjungan Ulang. Bicarakan dan buatlah perjanjian kapan klien akan kembali untuk melakukan pemeriksaan lanjutan atau permintaan kontrasepsi jika

dibutuhkan. Perlu juga selalu mengingatkan klien untuk kemali apabila terjadi suatu masalah.

Ada beberapa kontrasepsi sebagai berikut :

(1) Metode Amenorea Laktasi (MAL)

(a) Pengertian

Metode Amenorea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apa pun lainnya.

(b) Keefektifannya sampai 6 bulan dan dilanjutkan dengan pemakaian kontrasepsi lainnya.

(c) Cara kerjanya yaitu penundaan/ penekanan ovulasi.

(d) Efektivitasnya tinggi (keberhasilan 98% pada 6 bulan pascapersalinan)

(e) Keuntungan

Keuntungan yaitu segera efektif, tidak mengganggu senggama, tidak ada efek samping secara sistemik, tidak perlu pengawasan medis, tidak perlu obat atau alat, tanpa biaya.

(f) Kerugian

Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pascapersalinan, mungkin sulit dilakukan karena kondisi sosial, efektivitas tinggi hanya sampai sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan, tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B dan HIV/AIDS.

(g) Indikasi

Menyusui secara penuh, belum haid, umur bayi kurang dari 6 bulan.

(h) Kontraindikasi

Sudah mendapat haid sejak setelah persalinan, tidak menyusui secara eksklusif, bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan, bekerja dan terpisah dari bayi lebih lama dari 6 jam.

(2) Kondom

(a) Pengertian

Kondom merupakan metode kontrasepsi berupa selubung/sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan yang dipasang di penis saat berhubungan seksual.

(b) Cara kerja

Menghalangi pertemuan sperma dan ovum dan mencegah IMS.

(c) Keuntungan

Kontrasepsi : efektif bila digunakan dengan benar, tidak mengganggu produksi ASI, tidak mengganggu kesehatan klien, tidak mempunyai pengaruh sistemik, murah dan dapat dibeli secara umum, tidak perlu pemeriksaan kesehatan khusus, metode kontrasepsi sementara

Non kontrasepsi : memberi dorongan kepada suami untuk ikut ber KB, dapat mencegah IMS, mencegah ejakulasi dini, saling berinteraksi sesama pasangan.

(d) Keterbatasan

Efektivitas tidak terlalu tinggi, cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi, agak mengganggu hubungan seksual, harus tersedia setiap kali berhubungan seksual, beberapa klien biasa menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan efeksi, harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual, beberapa klien malu untuk membeli kondom di tempat umum, pembuangan kondom bekas mungkin menimbulkan masalah dalam hal limbah.

(e) Indikasi

Sesuai untuk pria yang ingin berpartisipasi dalam KB, ingin segera mendapatkan alat kontrasepsi, ingin kontrasepsi sementara, ingin kontrasepsi tambahan, hanya ingin menggunakan alat kontrasepsi jika akan berhubungan, beresiko tinggi tertular/menular IMS.

(f) Kontraindikasi

Tidak sesuai untuk pria yang mempunyai pasangan yang beresiko tinggi hamil, alergi terhadap bahan dasar kondom, menginginkan kontrasepsi jangka panjang, tidak mau terganggu dengan berbagai persiapan untuk melakukan hubungan seksual, tidak peduli berbagai persyaratan kontrasepsi.

(g) Efek samping

Kondom rusak atau diperkirakan bocor, dicurigai adanya reaksi alergi, dan mengurangi kenikmatan hubungan seksual.

(3) Pil kombinasi

(a) Efektifitasnya tinggi, bila digunakan setiap hari (1 kehamilan/1000 perempuan dalam tahun pertama)

(b) Cara kerja

Menekan ovulasi, mencegah implementasi, lendir servik mengental sehingga sulit dilalui oleh sperma, pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur ikut terganggu.

(c) Keuntungan

Resiko terhadap kesehatan sangat kecil, dapat digunakan jangka panjang selama masih ingin menggunakan, dapat digunakan sejak usia remaja hingga menopause, mudah dihentikan setiap saat, kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan, tidak mengganggu hubungan seksual, siklus haid teratur, banyaknya darah haid berkurang, tidak terjadi nyeri haid, dapat digunakan

sebagai kontrasepsi darurat, membantu mencegah acne, kelainan jinak payudara, kehamilan ektopik, kanker ovarium, dismenore, penyakit radang panggul

(d) Keterbatasan

Mahal, harus menggunakan setiap hari, tidak mencegah IMS, HBV, HIV/AIDS.

(e) Efek samping

Berat badan naik sedikit, pusing, mual, terutama pada 3 bulan pertama, nyeri payudara, perdarahan bercak atau sela, terutama 3 bulan pertama.

(f) Indikasi

Usia reproduksi, belum atau telah memiliki anak, gemuk/kurus, ingin metode kontrasepsi dengan efektifitas tinggi, setelah melahirkan dan tidak menyusui, setelah melahirkan 6 bulan (tidak memberikan ASI eksklusif), tidak ada kontrasepsi lain yang cocok, kelainan payudara jinak, pasca keguguran, anemia karena haid berlebihan, nyeri haid hebat, siklus haid tidak teratur, diabetes militus tanpa komplikasi.

(g) Kontraindikasi

Tidak dapat menggunakan pil secara teratur tiap hari, migraine dan gejala neurologic fokal, perokok dengan usia >35 tahun, kanker payudara atau dicurigai kanker payudara, menyusui eksklusif, riwayat penyakit jantung, penyakit hati akut, hamil atau dicurigai hamil, perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya.

(4) Suntikan kombinasi

(a) Efektifitas

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

(b) Cara kerja

Menekan ovulasi, membuat lendir servik menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu, perubahan pada endometrium sehingga implantasi terganggu, menghambat transformasi gamet oleh tuba

(c) Keuntungan

Kontrasepsi

Jangka panjang, risiko terhadap kesehatan kecil, efek samping sangat kecil, tidak berpengaruh pada hubungan suami istri, tidak diperlukan pemeriksaan dalam, klien tidak perlu menyimpan obat suntik

Non kontrasepsi

Mencegah anemia, mengurangi jumlah perdarahan, mengurangi nyeri saat haid, khasiat pencegahan terhadap kanker ovarium dan endometrium, mengurangi penyakit payudara jinak dan kista ovarium, mencegah kehamilan ektopik, melindungi dari jenis-jenis tertentu penyakit radang panggul, pada keadaan tertentu dapat diberikan pada perempuan usia perimenopause.

(d) Keterbatasan

Ketergantungan klien dengan tenaga kesehatan, efektifitas akan berkurang bila digunakan bersama obat-obatan epilepsy atau obat tuberculosis (rifampisin), tidak menjamin perlindungan terhadap penularan IMS, hepatitis B virus, atau infeksi virus HIV, kembalinya kesuburan lambat.

(e) Efek samping

Penambahan berat badan, mual, sakit, nyeri payudara ringan, dan keluhan seperti ini akan hilang setelah suntikan kedua/ketiga, terjadi perubahan pada pola haid, dapat terjadi efek samping yang serius.

(f) Indikasi

Usia reproduksi, telah/belum memiliki anak, ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektifitas yang tinggi, anemia, menyusui ASI pascapersalinan >6 bulan, pasca persalinan dan tidak menyusui, nyeri haid hebat, haid tidak teratur, riwayat kehamilan ektopik.

(g) Kontraindikasi

Usia >35 tahun yang merokok, kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala, riwayat penyakit jantung, stroke, dengan tekanan darah tinggi, keganasan payudara, menyusui dibawah 6 minggu pascapersalinan, penyakit hati akut, hamil/diduga hamil, perdarahan pervagina yang belum jelas penyebabnya

(h) Cara penggunaan

Suntikan diberikan tiap bulan secara IM, klien diminta datang tiap 4 minggu, suntikan dapat diberikan 7 hari lebih awal dengan kemungkinan terjadinya gangguan perdarahan, dapat diberikan setelah 7 hari dari jadwal asal diyakini tidak hamil, tidak boleh melakukan hubungan seksual atau menggunakan kontrasepsi yang lain untuk 7 hari saja.

(5) Suntikan progesteron

(a) Efektifitas

Bila penyuntikan dilakukan secara teratur sesuai jadwal memiliki efektifitas tinggi (0,3 kehamilan per 100 perempuan/tahun).

(b) Cara kerja

Mencegah ovulasi, mencegah lendir servik sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma, menjadikan selaput lendir Rahim tipis dan atrofi, menghambat transportasi gamet oleh tuba.

(c) Keuntungan

Sangat efektif, pencegahan kehamilan jangka panjang tidak berpengaruh pada hubungan suami istri, tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah karena tidak mengandung estrogen, tidak mempengaruhi produksi ASI,

sedikit efek samping, klien tidak perlu menyimpan obat, dapat digunakan oleh perempuan usia >35 tahun, menurunkan kejadian penyakit jinak payudara.

(d) Keterbatasan

Klien memerlukan bantuan tenaga kesehatan, tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya, permasalahan berat-badan merupakan efek samping tersering, tidak melindungi dari IMS, hepatitis B virus, infeksi HIV, kembalinya kesuburan lambat, penggunaan jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang, penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi, sakit kepala, jerawat.

(e) Efek samping

Sering ditemukan gangguan haid seperti :

Siklus haid memendek/memanjang, perdarahan banyak/sedikit, perdarahan tidak teratur/perdarahan bercak (spotting), amenore.

(f) Indikasi

Usia reproduksi, nulipara yang sudah memiliki anak, telah banyak anak tetap belum menghendaki tubektomi, menghendaki kontrasepsi jangka panjang yang memiliki efektifitas tinggi, sering lupa menggunakan pil kontrasepsi, anemia defisiensi besi, mendekati usia menopause yang tidak mau/tidak boleh menggunakan pil kombinasi, perokok, tekanan darah < 180/110 mmHg, menggunakan obat epilepsi, paska keguguran, menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai.

(g) Kontraindikasi

Menderita kanker payudara/riwayat kanker payudara, hamil atau diduga hamil, perdarahan pervagina yang belum tau penyebabnya, amenorea, diabetes mellitus (DM) disertai komplikasi.

(6) Pil progesterone

(a) Efektifitas

Sangat efektif (98,5%). Pada penggunaan mini pil jangan sampai lupa dan jangan terjadi gangguan gastrointestinal.

(b) Cara kerja

Menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium, endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit, mengentalkan lendir serviks, mengubah motilitas tuba sehingga transformasi sperma terganggu.

(c) Keuntungan

Kontrasepsi : tidak mempengaruhi ASI, tidak mengganggu hubungan seksual, kesuburan cepat kembali, nyaman dan mudah digunakan, sedikit efek samping, dapat dihentikan setiap saat, tidak mengandung estrogen

Non kontrasepsi : kurang menyebabkan peningkatan tekanan darah, nyeri kepala, dan depresi, menurunkan tingkat anemia, aman diberikan pada perempuan yang menderita diabetes melitus yang belum mengalami komplikasi, mengurangi nyeri haid, mengurangi jumlah darah haid, mengurangi jumlah darah haid, mencegah kanker endometrium, melindungi dari radang panggul

(d) Keterbatasan

Hampir 30-60 % mengalami gangguan haid, harus digunakan setiap hari pada waktu yang sama, bila lupa 1 pil saja kegagalan menjadi besar, risiko kehamilan ektopik cukup tinggi, tidak melindungi dari IMS.

(e) Efek samping

Pusing, jerawat, mual, payudara menjadi tegang, peningkatan/penurunan berat badan.

(f) Indikasi

Usia reproduksi, telah/belum memiliki anak, ingin kontrasepsi yang efektif dalam periode menyusui, pasca keguguran, perokok, mempunyai tekanan darah tinggi, tidak boleh menggunakan estrogen.

(g) Kontraindikasi

Sering lupa menggunakan pil, riwayat stroke, kanker payudara, hamil/diduga hamil, pendarahan pervagina yang belum jelas penyebabnya.

(7) Implant

(a) Efektifitasnya

Sangat efektif (0,2-1 per 100 perempuan)

(b) Cara kerja

Lendir serviks menjadi kental, mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, mengurangi transportasi sperma, menekan ovulasi.

(c) Keuntungan

Kontrsepsi : daya guna tinggi, perlindungan jangka panjang, kembalinya kesuburan cepat setelah pencabutan, tidak memerlukan pemeriksaan dalam, bebas dari pengaruh estrogen, tidak mengganggu senggama, tidak mengganggu ASI, dapat di cabut setiap saat sesuai kebutuhan.

Non kontrasepsi : mengurangi/ memperbaiki anemia, menurunkan kelainan jinak payudara, mengurangi nyeri haid, mengurangi jumlah darah haid, melindungi dari kanker endometrium, melindungi dari rdang anggul.

d) Keterbatasan

Mebutuhkan tindak pembedahan minor untuk inersi dan pencabutan, tidak memberikan efek protektif terhadap IMS, untuk menghentikan pemakin perlu bantuan tenaga kesehatan,.

(e) Efek samping

Peningkatan/penurunan berat badan, nyeri kepala, pusing kepala, perasaan mual, perubahan perasaan, nyeri payudara, sering terjadi gangguan haid.

(f) Indikasi

Usia reproduksi, telah atau belum memiliki anak, tekanan darah >180/110 mmHg, sering lupa menggunakan pil, menyusui dan membutuhkan kontrasepsi, pasca keguguran, riwayat kehamilan ektopik.

(g) Kontraindikasi

Kanker payudara, hamil atau diduga hamil, perdarahan pervagina yang belum tau penyebabnya, mioma uterus, gangguan toleransi glukosa.

(8) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

(a) Pengertian

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) adalah alat kontrasepsi yang kerangka dari plastic yang fleksibel, berbentuk huruf T di selubungi oleh kawat halus yang terbuat dari tembaga (Cu) dan dimasukkan di dalam Rahim yang digunakan untuk mencegah kehamilan dengan jangka waktu sampai 10 tahun.

(b) Efektifitas

Efektifitasnya tinggi 0,6 kehamilan/ 100 perempuan dalam 1 tahun pertama.

(c) Cara kerja

Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ketuba palopi, mempengaruhi fertilitas sebelum ovum mencapai kavum uteri, mencegah sperma bertemu dengan ovum, memungkinkan mencegah implantasi telur dan uterus.

(d) Keuntungan

Efektif segera setelah pemasangan, metode jangka panjang (10 tahun dan tidak perlu diganti), tidak perlu mengingat-ingat lagi, tidak mempengaruhi hubungan seksual, meningkatkan kenyamanan seksual, tidak ada efek samping hormonal, tidak mempengaruhi produksi ASI, membantu mencegah kehamilan ektopik.

(e) Keterbatasan

Tidak mencegah IMS, tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS, sedikit nyeri dan perdarahan setelah pemasangan, tidak dapat melepas sendiri.

(f) Indikasi

Usia reproduktif, keadaan nulipara, menginginkan kontrasepsi jangka panjang, menyusui dan ingin menggunakan kontrasepsi, post abortus, tidak suka mengingat-ingat minum pil, perokok, demuka atau kurus, penderita kanker payudara, pusing-pusing, sakit kepala, tekanan darah tinggi, varises ditungkai atau vulva, penderita penyakit jantung, stroke, penyakit DM.

(g) Kotraindikasi

Diketahui hamil/dmungkin hamil, perdarahan pervagina yang belum diketahui penyebabnya, sedang menderita infeksi alat genital, kelainan bawaan uterus yang abnormal, diketahui menderita TBC pelvik, kanker genital, ukuran ronggarahim kurang dari 5 cm.

7) Latihan/ senam nifas

Menurut Saifuddin (2011;h. 25) latihan atau senam nifas pada ibu nifas meliputi :

Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu seperti:

a) Dengan tidur terlentang dengan lengan disamping, menarik otot perut selagi menarik napas, tahan napas ke dalam dan angkat dagu ke dada, tahan satu hitungan sampai lima, rileks dan ulangi 10 kali.

b) Untuk memperkuat tonus otot jalan lahir dan dasar panggul.

c) Berdiri dengan tungkai dirapatkan, kecangkan otot-otot, pantat dan pinggul dan tahan sampai 5 hitungan, kendurkan dan ulangi latihan sebanyak 5 kali. Mulai mengerjakan dengan mengerjakan 5 kali latihan untuk setiap gerakan.

Setiap minggu naikkan jumlah latihan 5x lebih banyak. Pada minggu ke-6 setelah persalinan ibu harus mengerjakan setiap gerakan sebanyak 30 kali.

e. Kebijakan Asuhan Ibu Nifas

Program dan kebijakan teknis dalam asuhan ibu nifas menurut Saifuddin (2009;h. 123) paling sedikit 4 kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, dan untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah-masalah yang terjadi.

Asuhan Masa Nifas

Menurut Kemenkes (2013) asuhan yang di berikan kepada ibu nifas yaitu :

1) Periksa tekanan darah, perdarahan pervagina, kondisi perineum, tanda infeksi, kontraksi uterus, tinggi fundus, dan temperature secara rutin.

2) Nilai fungsi berkemih, fungsi cerna, penyembuhan luka, sakit kepala, rasa lelah, dan nyeri punggung.

3) Tanyakan ibu mengenai suasana emosinya, bagaimana dukungan yang didapatkannya dari keluarga, pasangan, dan masyarakat untuk perawatan bayinya.

4) Minta ibu segera menghubungi tenaga kesehatan bila ibu menemukan salah satu tanda berikut : perdarahan berlebihan, sekret vagina berbau, demam, nyeri perut berat, kelelahan atau sesak, bengkak di tangan, wajah, tungkai, atau sakit kepala atau pandangan kabut, nyeri payudara, pembengkakan payudara, luka atau perdarahan puting.

5) Berikan informasi tentang perlunya melakukan beberapa hal-hal berikut:

a) Kebersihan diri : membersihkan daerah vulva dari depan ke belakang setelah buang air kecil atau besar dengan sabun dan air, mengganti pembalut 2x sehari, mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelamin.

b) Istirahat : beristirahat yang cukup, kembali melakukan rutinitas rumah tangga secara bertahap.

c) Latihan : menarik otot perut bagian bawah selagi menarik napas dalam posisi tidur terlentang dengan lengan di samping, tahan napas sampai hitungan 5, angkat daggu ke dada, ulangi sebanyak 10 kali. Berdiri dengan kedua tungkai dirapatkan. Tahan dan kencangkan otot pantat, pinggul sampai hitungan 5, ulangi sebanyak 5 kali.

d) Gizi : mengkonsumsi tambahan 500 kalori/hari, diet seimbang, minum minimal 3 liter/hari, suplemen besi diminum setidaknya selama 3 bulan pascasalin, terutama di daerah dengan prevalensi anemia tinggi, suplemen vitamin A : 1 kapsul 200.000 IU diminum segera setelah persalinan dan 1 kapsul 200.000 IU diminum 24 jam kemudian.

e) Menyusui dan merawat payudara : Menjelaskan mengenai cara menyusui dan merawat payudara dengan baik dan benar

f) Senggama aman dilakukan setelah darah tidak keluar dan ibu tidak merasa nyeri ketika memasukan jari ke dalam vagina, keputusan bergantung pada pasangan yang bersangkutan.

Menurut Permenkes No.97 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sesudah Melahirkan pada pasal 15 sebagai berikut :

- a) Pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi, dan suhu.
- b) Pemeriksaan tinggi fundus uteri
- c) Pemeriksaan lochea dan perdarahan.
- d) Pemeriksaan jalan lahir
- e) Pemeriksaan payudara dan anjurkan pemberian ASI Eksklusif
- f) Pemberian kapsul Vitamin A
- g) Pelayanan kontrasepsi pascapersalinan
- h) Konseling, dan
- i) Penanganan risiko tinggi dan komplikasi pada nifas.

4. Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

Periode neonatal atau bayi baru lahir didefinisikan sebagai 28 hari pertama kehidupan (Benson, 2010).

b. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir normal.

Menurut Robert (2010) ciri fisik bayi baru lahir yaitu

1) Ciri fisik

a) Ukuran :

(1) BB bayi 2500-4000 gram (tergantung faktor genetic, ras, gizi, plasenta). Posisi tungkai dan lengan fleksi.

(2) Lingkar kepala rata-rata 35 cm.

(3) Panjang rata-rata 48-51 cm.

(4) Lingkar dada normalnya 30-33 cm.

b) Kulit berwarna merah muda, tanpa adanya kemerahan atau bisul

c) Frekuensi nafas normal 40-60 kali permenit dan tidak ada tarikan dinding dada

d) Frekuensi denyut jantung normal 10-160 kali permenit

e) Suhu ketiak normalnya adalah 36,5-37,50C

f) Bentuk kepala simetris pada saat proses persalinan

g) Mata tidak ada kotoran

h) Tidak ada bagian yang terbelah pada bibir, gusi, langit-langit.

i) Bayi mengisap kuat

j) Perut bayi datar, teraba lemes

k) Tidak ada perdarahan, pembengkakan nanah pada tali pusat

l) Jumlah pada jari bayi, posisi kaki tidak bengkok, lihat gerakan ekstremitas

m) Terlihat lubang anus dan meconium sudah keluar belum (Kemenkes,2013;h. 53-54).

c. Asuhan Dasar Pada BBL

1) Pencegahan kehilangan panas

Menurut Kemenkes (2010) asuhan dasar bayi baru lahir adalah :

Saat lahir, mekanisme pengaturan suhu tubuh pada BBL, belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak segera dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh maka BBL dapat mengalami hipotermia. Bayi dengan hipotermi, berisiko tinggi untuk mengalami sakit berat atau bahkan kematian.

Cara mencegah terjadinya kehilangan panas melalui upaya berikut :

- a) Ruang bersalin yang hangat suhu ruangan minimal 25°C. tutup semua pintu dan jendela.
- b) Keringkan tubuh bayi tanpa membersihkan verniks. Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lain kecuali tangan dan kaki.
- c) Letakkan bayi di dada atau perut ibu agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi.
- d) Inisiasi menyusui dini (IMD).
- e) Gunakan pakaian yang sesuai untuk mencegah kehilangan panas.
- f) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir.
- g) Rawat gabung.
- h) Resusitasi dalam lingkungan yang hangat.
- i) Transportasi hangat.
- j) Pelatihan untuk petugas kesehatan dan konseling untuk keluarga.

2) Perawatan tali pusat

Menurut Klien (2012) Perawatan tali pusat yang benar adalah dalam minggu pertama, yang bermakna mengurangi insiden infeksi pada bayinya. Yang terpenting dalam perawatan tali pusat ialah selalu menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih.

3) Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Menurut Kemenkes (2010) prinsip pemberian ASI adalah dimulai sedini mungkin, eksklusif selama 6 bulan diteruskan sampai 2 tahun dengan makanan pendamping

ASI sejak usia 6 bulan. Pemberian ASI juga meningkatkan ikatan kasih sayang, memberikan nutrisi terbaik dan melatih reflek dan motorik bayi.

Maka langkah inisiasi menyusui dini adalah

Langkah 1: lahirkan, lakukan penilaian pada bayi, keringkan.

Langkah 2: lakukan kontak kulit ibu dengan kulit bayi selama paling sedikit satu jam.

Langkah 3: biarkan bayi mencari dan menemukan puting ibu dan mulai menyusui.

4) Pemberian vitamin K

Menurut Saifuddin (2011) Untuk mencegah perdarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi baru lahir, maka semua bayi baru lahir diberikan suntikan vitamin K (phytomenadione) 1 mg/hari selama 3 hari, secara intramuscular pada antero lateral paha kiri. Sedangkan bayi berisiko tinggi bi beri vitamin K parenteral 0,3-1 intramuscular.

5) Pencegahan infeksi mata

Menurut Prawirohadjo (2014) sebagian besar konjunktivitis muncul pada 2 minggu pertama kelahiran. Untuk pencegahan infeksi mata bisa menggunakan salep atau tetes mata, diberikan segera setelah proses IMD dan bayi selesai menyusui. Dianjurkan menggunakan salep mata antibiotic tetrasiklin 1%.

6) Pemandikan bayi

Menurut Prawirohadjo (2014; h. 373) Sebaiknya memandikan bayi minimal 6 jam setelah kelahiran, suhu ruang saat memandikan bayi harus hangat (>25°C) dan suhu air yang optimal 40°C untuk bayi yang kurang dari 2 bulan dan dapat berangsur turun sampai 30°C untuk bayi di atas 2 bulan. Segera bungkus bayi dengan handuk kering. Pemakai lotion atau wangi-wangian bayi sebenarnya tidak umum dibutuhkan oleh bayi karena justru menutup pori-pori kulit.

7) Pemberian Identitas

Menurut Kemenkes (2010) semua bayi baru lahir di fasilitas kesehatan harus segera mendapatkan tanda pengenal berupa gelang yang digunakan pada bayi dan ibunya untuk menghindari pertukaran bayi, pengenal berisi identitas nama ibu dan ayah, tanggal, jam lahir, dan jenis kelamin. Selain itu juga tenaga kesehatan yang menolong persalinan untuk menuliskan keterangan lahir untuk diunakan orang tua dalam memperoleh akte kelahiran bayi.

d. Kebijakan Program Asuhan BBL

Kebijakan program asuhan pada BBL adalah melakukan Kunjungan Bayi Baru Lahir dengan waktu pemeriksaan BBL yaitu:

- 1) Setelah lahir saat bayi stabil (sebelum 6 jam)
- 2) Pada usia 6-48 jam (kunjungan neonatal 1)
- 3) Pada usia 3-7 hari (kunjungan neonatal 2)
- 4) Pada usia 8-28 hari (Kunjungan neonatal 3) (Kemenkes, 2012).

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.2.1 Asuhan Kehamilan

Asuhan Kebidanan mengikuti langkah-langkah manajemen kebidanan adalah sebagai berikut :

1. Pengkajian

Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Kriteria pengkajian adalah data tepat akurat dan lengkap, terdiri dari data subjektif (hasil anamnesa: biodata, keluhan utama, riwayat obstetrik, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya), data objektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang) (Kemenkes RI, 2011:5).

a. Data Subyektif

1) Biodata

a) Umur

Risiko pada kehamilan remaja, lebih tinggi dibandingkan kurun waktu "reproduksi sehat". Pada usia kurang dari 20 tahun, keadaan ini disebut belum matangnya alat reproduksi untuk hamil, sehingga dapat merugikan kesehatan ibu maupun perkembangan dan pertumbuhan janin (Manuaba, 2012:235). Kehamilan remaja dapat menyebabkan terjadinya Intra Uterine Growth Retardation (IUGR) yang berakibat bayi berat lahir rendah (BBLR) (Marmi, 2011:108).

f) Agama

Pilihan agama dapat menuntun ke suatu diskusi tentang pentingnya agama dalam kehidupan klien, tradisi keagamaan dalam kelahiran, perasaan tentang jenis kelamin tenaga kesehatan, dan pada beberapa kasus penggunaan produk darah (Marmi, 2011:155).

g) Pendidikan

Tingkat pendidikan ibu hamil juga sangat berperan dalam kualitas perawatan bayinya. Informasi yang berhubungan dengan perawatan kehamilan sangat dibutuhkan, sehingga akan meningkatkan pengetahuannya. Pada ibu hamil dengan tingkat pendidikan rendah ketika tidak mendapat cukup informasi mengenai kesehatannya maka ia tidak tahu mengenai bagaimana cara melakukan perawatan kehamilan yang baik (Romauli, 2011: 124).

h) Pekerjaan

Ibu yang bekerja mempunyai tingkat pengetahuan yang lebih baik dari pada ibu yang tidak bekerja, karena ibu yang bekerja akan lebih banyak memiliki kesempatan untuk berinteraksi dengan orang lain, sehingga lebih mempunyai banyak peluang untuk mendapatkan informasi seputar keadaannya (Roumali, 2011:125). Pekerjaan rutin (pekerjaan rumah tangga) dapat dilaksanakan. Bekerja sesuai dengan kemampuan, dan makin dikurangi dengan semakin tua kehamilan (Manuaba, 2012:117). Pekerjaan klien penting untuk mengkaji pasien berada

dalam keadaan utuh dan untuk mengkaji potensi kelainan prematur dan pajanan terhadap bahaya lingkungan kerja yang dapat merusak janin (Marmi, 2011:155).

i) Penghasilan

Penghasilan sangat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan fisik dan psikologis ibu hamil. Pada ibu hamil dengan tingkat sosial ekonomi yang baik kemungkinan akan mendapatkan kesejahteraan fisik dan psikologis yang baik pula, sedangkan pada ibu hamil dengan kondisi ekonomi yang lemah maka ia akan mendapatkan banyak kesulitan, terutama masalah pemenuhan kebutuhan primer (Sulistyawati, 2010: 104).

j) Lama menikah

Batas ideal untuk hamil adalah setelah 2 tahun menikah, disebut primigravida tua jika hamil setelah 5 tahun menikah (Manuaba, 2010: 159).

k) Jumlah menikah

Jumlah menikah dipandang dari sudut obstetri penting, kawin tanpa kehamilan menjadi masalah. Berganti-ganti pasangan juga dapat meningkatkan risiko penyakit menular seksual (Manuaba, 2010: 210).

l) Alamat

Ibu yang tinggal di daerah yang terkena radiasi dapat berpengaruh pada janin yaitu sebelum umur 18 minggu kehamilan radiasi dapat menyebabkan kematian janin, kerusakan otak, mikrosefali, atau cacat bawaan lainnya.

2) Keluhan utama

Menurut Varney (2010: 536-544), keluhan utama untuk mengetahui pasien/ klien datang ke petugas. Pada ibu hamil trimester III keluhan-keluhan yang sering dijumpai yaitu edema dependen, peningkatan frekuensi berkemih, hemoroid, konstipasi, sesak nafas, nyeri ulu hati, varices, kram tungkai, nyeri punggung bawah, kecemasan menghadapi persalinan.

a) Edema Dependen

Edema dependen pada kaki timbul akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah. Gangguan sirkulasi ini disebabkan oleh tekanan uterus yang membesar pada vena-vena panggul saat wanita tersebut duduk atau berdiri dan pada vena kava inferior saat telentang (Varney, 2010: 526).

b) Peningkatan frekuensi berkemih

Peningkatan frekuensi berkemih pada trimester III sering dialami oleh primigravida. Bagian janin akan menurun masuk ke dalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih. Selain itu bagian janin yang mulai masuk panggul akan mengurangi ruang untuk distensi kandung kemih, sehingga membuat wanita sering buang air kecil (Romauli, 2011: 80).

c) Konstipasi

Konstipasi terjadi akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron. Masalah konstipasi timbul pada trimester III. Pergeseran dan tekanan yang terjadi pada usus akibat pembesaran uterus atau bagian presentasi juga dapat menyebabkan konstipasi. Progesterone menyebabkan otot polos berelaksasi sehingga penyerapan air meningkat yang mengakibatkan feses keras dan ibu hamil mengalami konstipasi dalam kehamilan. Penggunaan suplemen zat besi juga berperan terhadap munculnya konstipasi (Walsh, 2010: 141). Penekanan rektum (bagian terbawah usus besar) oleh pembesaran rahim juga dapat menyebabkan konstipasi (Rasjidi, 2015: 81).

d) Hemoroid

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi. Progesteron juga menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Selain itu pembesaran uterus mengakibatkan peningkatan tekanan pada vena hemoroid. Tekanan ini akan mengganggu sirkulasi vena dan mengakibatkan kongesti pada vena panggul.

e) Sesak nafas

Sesak nafas merupakan ketidaknyamanan terbesar yang dialami trimester III. Pada periode ini, uterus telah mengalami pembesaran hingga terjadi penekanan diafragma. Selain itu diafragma akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan.

f) Nyeri ulu hati

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

g) Varices

Varices dapat diakibatkan oleh gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah. Perubahan ini diakibatkan oleh penekanan uterus yang membesar pada vena panggul saat wanita duduk atau berdiri dan penekanan vena inferior saat berbaring. Varices yang terjadi selama kehamilan paling menonjol pada area kaki dan atau vulva.

h) Kram tungkai

Kram tungkai disebabkan uterus yang membesar memberi tekanan pada pembuluh darah panggul, sehingga mengganggu sirkulasi atau pada saraf, sementara saraf ini melewati foramen obturator dalam perjalanan menuju ekstremitas bagian bawah.

i) Nyeri punggung bawah

Nyeri punggung bawah biasanya akan meningkat intensitasnya seiring dengan penambahan usia kehamilan, hal ini dikarenakan perubahan pada berat

uterus yang semakin membesar. Pada ibu trimester III, biasanya akan berjalan dengan ayunan tubuh kebelakang akibat peningkatan lordosis. Lengkung ini akan meregangkan otot punggung dan menimbulkan rasa sakit atau nyeri.

j) Kecemasan menghadapi persalinan

Penyebab kecemasan dalam menghadapi persalinan adalah wanita mungkin merasa cemas dengan kehidupan bayi, kehidupan sendiri seperti, apakah nanti bayinya akan lahir abnormal, wanita menyadari bahwa dirinya akan bersalin atau bayinya tidak mampu keluar karena perutnya sudah luar biasa besar atau organ vitalnya akan mengalami cedera akibat tendangan bayinya, ibu akan sedikit berduka karena harus mempersiapkan diri untuk berpisah dengan bayi yang ada dalam rahimnya dan mulai mengantisipasi hilangnya perhatian dan hak-hak istimewa yang diperolehnya ketika hamil dan mungkin tidak ada lagi setelah proses persalinan.

a. Riwayat Kesehatan

Keadaan kesehatan ibu hamil mempengaruhi kehidupan janin. Ibu seharusnya dapat menjaga kesehatannya sehingga dapat melahirkan bayi yang sehat jasmani dan rohani. Kehamilan yang disertai penyakit sebaiknya dikonsultasikan ke dokter kandungan (Manuaba, 2012:123).

a) Penyakit jantung

Menurut Mochtar dalam Sofian (2012:105) kira-kira 80% ibu hamil yang menderita penyakit jantung kelas I dan II dapat meningkat menjadi kelas III atau IV. Bagi ibu hamil dengan penyakit jantung kelas I tidak memerlukan pengobatan tambahan, kelas II tidak memerlukan terapi tambahan, tetapi mengurangi kerja fisik usia kehamilan 28-36 minggu. Kelas III dan IV memerlukan obat tambahan dan harus dirawat di rumah sakit. Ibu hamil yang menderita penyakit jantung pada umumnya mengeluh cepat merasa lelah, jantung berdebar-debar, sesak napas disertai sianosis (kebiruan), edema tungkai atau terasa berat pada kehamilan muda, dan mengeluh tentang bertambah besarnya rahim yang tidak sesuai.

Penyakit jantung yang disertai kehamilan, penambahan denyut jantung dapat menguras cadangan kekuatan jantung sehingga mengakibatkan keadaan payah jantung yang puncaknya terjadi pada usia kehamilan minggu ke-28 sampai 32. Penyakit jantung dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam bentuk keguguran(Manuaba, 2012: 334).

b) Hipertensi

Kriteria hipertensi adalah kenaikan tekanan darah 30 mmHg untuk sistolik atau 15 mmHg untuk diastolik, tekanan darah absolute 140/90 sesaat dengan interval 6 jam, terdapat oedema atau kenaikan berat badan lebih dari $\frac{3}{4}$ kg/setiap minggu, terdapat proteinuria dan terdapat atau disertai konvulsi atau koma. Hipertensi sangat menentukan tingkat kematian perinatal karena dapat terjadi gangguan tumbuh kembang janin intrauteri akibat pertumbuhan plasenta yang terlalu kecil atau terjadi infark yang luas, terjadi solusio plasenta yang melebihi sekitar 1/3 luas plasenta dan penyebab utama kematian intrauterin adalah terjadinya insufisiensi plasenta yang menahun atau solusio plasenta (Manuaba, 2012:401)

c) Asma

Asma dalam kehamilan kadang-kadang bertambah berat atau malah berkurang. Dalam batas wajar, penyakit asma tidak banyak pengaruhnya terhadap kehamilan. Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin melalui pertukaran O₂ dan CO₂ di dalam rahim (Manuaba, 2012:336).

d) Tuberkulosis

Gejala penyakit ini adalah batuk menahun dan bercampur darah (Manuaba, 2012:336). Pada kehamilan dengan infeksi TBC risiko prematuritas, IUGR, dan berat badan lahir rendah meningkat, serta resiko kematian perinatal meningkat 6 kali lipat (Saifuddin, 2010:806).

e) Infeksi Toksoplasmosis, Rubella, Citomegalovirus, Herpes Simpleks (TORCH) Infeksi TORCH meliputi komponen toksoplasmosis, sitomegalovirus, herpes simpleks dan rubella dapat menimbulkan kelainan kongenital yaitu mikrosefali, ketulian dan kebutaan, kehamilan dapat terjadi abortus, persalinan premature dan pertumbuhan janin terlambat (Manuaba, 2012:340).

f) Diabetes Mellitus (DM)

Dalam kehamilan sering memberikan pengaruh yang kurang menguntungkan yaitu dapat terjadi gangguan pertumbuhan janin dalam rahim, terjadi keguguran, persalinan prematur, kematian dalam rahim, lahir mati atau bayi yang besar, menimbulkan preeklamsi, eklamsi, dan terjadi hidramnion (Manuaba, 2012:346).

g) Epilepsi

Risiko terkait kehamilan yang paling penting bagi wanita pengidap epilepsi adalah meningkatnya aktivitas kejang. Sebagian besar penelitian menyatakan terjadi peningkatan kejang pada sekitar sepertiga wanita selama hamil. Hal ini mungkin berkaitan dengan menurunnya kadar obat akibat perubahan fisiologis kehamilan berupa meningkatnya volume distribusi. Kejang selama hamil dapat menyebabkan penurunan sementara aliran darah uterus dan oksigenasi janin. Cidera pada ibu selama kejang juga meningkatkan risiko janin. Anak dari wanita epileptik berisiko lebih besar mengalami gangguan kejang.

h) Anemia

Anemia dapat mengakibatkan abortus, kematian intrauterine, persalinan prematuritas tinggi, BBLR, kelahiran dengan anemia, dapat terjadi cacat bawaan, bayi mudah mendapat infeksi sampai kematian perinatal, dan intelegensia rendah (Manuaba, 2012:240).

i) Penyakit tiroid

Kelenjar tiroid saat kehamilan bekerja lebih berat karena kebutuhan metabolisme meningkat sekitar 15% sampai 25% (Manuaba, 2012:347).

j) Sifilis

Transmisi treponema dari ibu ke janin umumnya terjadi setelah plasenta terbentuk utuh, kira-kira setelah umur kehamilan 16 minggu. Oleh sebab itu bila sifilis primer atau sekunder ditemukan pada kehamilan setelah 16 minggu, kemungkinan untuk timbulnya sifilis kongenital lebih memungkinkan (Saifuddin, 2010: 928).

k) Human Immuno Deficiency Virus (HIV)/Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS)

Transmisi dari ibu kepada janin dapat terjadi intrauterine, saat persalinan dan pasca persalinan. Kelainan yang dapat terjadi adalah berat badan lahir rendah, bayi lahir mati, partus preterm, dan abortus spontan (Saifuddin, 2010: 933).

l) Hepatitis B

Pengaruh infeksi hepatitis terhadap kehamilan bersumber dari gangguan fungsi hati dalam mengatur dan mempertahankan metabolisme tubuh sehingga aliran nutrisi ke janin dapat terganggu atau berkurang. Oleh karena itu, pengaruh infeksi hati terhadap kehamilan dapat dalam bentuk keguguran atau persalinan premature dan kematian janin dalam rahim (Manuaba, 2012: 342).

b. Riwayat kesehatan Keluarga

Penyakit keturunan sering terjadi, sehingga perlu dilakukan pemeriksaan sebelum kehamilan. Bila terjadi kehamilan, perlu dilakukan pemeriksaan kelainan bawaan (Manuaba, 2012: 242). Kejadian kehamilan ganda dipengaruhi salah satunya oleh faktor genetik atau keturunan (Saifuddin, 2010: 311). Diabetes, meskipun tidak diturunkan secara genetik, memiliki kecenderungan terjadi pada anggota keluarga yang lain, terutama jika mereka hamil atau obesitas. Hipertensi

juga memiliki komponen familial, dan kehamilan kembar juga memiliki insiden yang lebih tinggi pada keluarga (Fraser dan Cooper, 2010: 254).

c. Riwayat Kebidanan

a) Menstruasi

Menurut Manuaba (2012: 160), umumnya menarche terjadi pada usia 12–13 tahun, teratur atau tidaknya setiap bulan (siklus menstruasi berlangsung 28 hari, sehingga disebut siklus yang teratur jika mundur 2 hari setiap bulannya), lamanya menstruasi ideal terjadi selama 4–7 hari, pemakaian pembalut kurang dari 1–2 buah sehari (perdarahan kurang), pemakaian pembalut lebih dari 3 buah sehari/ sampai penuh (perdarahan banyak), kekentalan dan warna (darah menstruasi tidak mengandung fibrinogen sehingga bersifat encer dan warna hitam karena berasal dari deskuamasi endometrium), bau yang khas, disertai atau tidak dengan dismenore, tanggal menstruasi terakhir. Gambaran riwayat haid klien yang akurat biasanya membantu penetapan tanggal perkiraan kelahiran, dengan Rumus Neagele untuk menghitung $h+7$ $b-3$ $th+1$ untuk siklus 28 hari, sedangkan untuk siklus 35 hari dengan menggunakan rumus $h+14$ $b-3$ $th+1$ (Marmi, 2011: 137).

b) Riwayat hamil, bersalin, dan nifas yang lalu

(1) Kehamilan

Jumlah dan hasil akhir dari semua kehamilan dan komplikasinya, termasuk infeksi dan perdarahan harus diperoleh. Perawatan harus diberikan untuk meyakinkan bahwa faktor risiko seperti BBLR, lahir prematur, dan melahirkan sebelum waktunya dapat teridentifikasi (Walsh, 2010:113). Riwayat kehamilan lalu juga untuk mengetahui gangguan seperti perdarahan, muntah yang sangat (sering), toxaemia gravidarum (Marmi, 2011:158).

(2) Persalinan

Multigravida dikaji tentang persalinannya yang lampau, sebagai gambaran koordinasi antara 5P(power, passage, passanger, psychologic, dan penolong), bila

pada persalinan yang lampau persalinan spontan, bayi hidup, dan aterm, ini menunjukkan koordinasi kelima P berjalan baik (Manuaba, 2012: 125). Riwayat persalinan untuk mengetahui persalinan spontan atau buatan, aterm atau premature, perdarahan, ditolong oleh siapa (bidan, dokter) (Marmi, 2011: 158).

(3) Nifas

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38oC, bila terjadi peningkatan terus menerus selama 2 hari, kemungkinan terjadi infeksi (Manuaba, 2010:201). Riwayat nifas juga untuk mengetahui panas atau perdarahan, bagaimana laktasi (Marmi, 2011: 158).

c) Riwayat kehamilan sekarang

Menurut Saifuddin (2010: 90) jadwal pemeriksaan hamil dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan yaitu; 1 kali pada triwulan pertama, 1 kali pada triwulan ke-2, 2 kali pada triwulan ke-3. Pelayanan asuhan kehamilan standar minimal 14T yaitu; timbang, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, pemberian imunisasi Tetanus Toksoid (TT) lengkap (5x TT yaitu TT5), pemberian tablet zat besi minimum 90 tablet selama kehamilan, pemeriksaan Hb, VDRL (veneral disease research lab), pemeriksaan protein urine, pemeriksaan reduksi urine, perawatan payudara, senam hamil, pemberian obat malaria, pemberian kapsul minyak yodiun, dan temu wicara / konseling.

Quickening (gerakan janin pertama) mulai umur hamil 16 minggu (Manuaba, 2010:180). Sejak dini perlu diperhatikan agar puting susu mendapat perawatan yang baik, puting susu yang belum menonjol ditarik keluar setiap saat dan dimasase dengan minyak (Manuaba, 2012:113).

Menurut Kemenkes RI (2013: 29) pemberian vaksin Tetanus Toksoid (TT) sesuai status imunisasinya. Pemberian imunisasi pada wanita usia subur atau

ibu hamil harus didahului dengan skrining untuk mengetahui jumlah dosis (dan status) imunisasi TT yang telah dipercaya selama hidupnya. Pemberian imunisasi TT tidak mempunyai interval (selang waktu) maksimal, hanya terdapat interval minimal antar dosis. Ibu yang belum pernah imunisasi atau status imunisasinya tidak diketahui, pemberian dosis vaksin (0,5 ml Intramuskular (IM) di lengan atas) sesuai tabel 2.9:

Nasehat-nasehat yang diberikan kepada ibu hamil antara lain makanan (diet) ibu hamil, merokok, obat-obatan, lingkungan, gerak badan, kerja, bepergian, pakaian, istirahat dan rekreasi, mandi, koitus, kesehatan jiwa dan perawatan payudara (Sofian, 2013:46-47). Informasi tambahan yang berhubungan dengan kemajuan kehamilan, kelahiran, dan kebijakan institusi yang dapat membantu. Pemberian zat besi dimulai dengan memberikan satu tablet sehari sesegera mungkin setelah rasa mual hilang. Tiap tablet mengandung FeSO₄ 320 mg (zat besi 60 mg) dan asam folat 500 µg, minimal masing-masing 90 tablet. Tablet besi sebaiknya tidak diminum bersama teh atau kopi, karena akan mengganggu penyerapan (Varney, 2010:554).

d) Riwayat KB

Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi estimated date of delivery (EDD). Ketika seorang wanita menghabiskan pil berisi hormon dalam kaplet kontrasepsi oral, periode menstruasi yang selanjutnya disebut “withdrawal bleed”. Menstruasi ini bukan karena pengaruh hormon alami wanita tersebut, tapi karena dukungan hormonal terhadap endometrium yang disuplai oleh kontrasepsi telah dihentikan. Menstruasi spontan mungkin tidak terjadi atau terjadi pada waktu biasanya. Kurangnya menstruasi spontan disebut amenorea-post-pil (Roumali, 2011: 164-165).

d. Pola Kebiasaan Sehari-hari

a) Nutrisi

Wanita hamil setidaknya harus menambah 300 kalori selain asupan 2200 kalori yang dianjurkan bagi wanita yang tidak mengandung dan 60 g

protein, yakni 10 g per hari melebihi asupan 50 g yang dianjurkan bagi wanita yang tidak mengandung. Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 g/hari. Sumber protein tersebut dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewani (ikan, ayam, keju, susu, telur). Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 g/hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otot dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, keju, yogurt dan kalsium karbonat (Saifuddin, 2010: 286).

Karbohidrat diperlukan untuk pencernaan protein dan beberapa fungsi otak. Karbohidrat dapat ditemukan dalam biji-bijian, sayuran, buah dan gula. Gula dikenal sebagai karbohidrat sederhana dan zat tepung serta serat sebagai karbohidrat kompleks (Varney, 2010:94). Zat besi digunakan untuk membuat hemoglobin, yang mentransportasi oksigen ke seluruh jaringan tubuh. Makanan yang mengandung zat besi antara lain adalah produk susu dan sereal yang difortifikasi, minyak hati, ikan, kuning telur. Asam folat berfungsi sebagai koenzim dalam metabolisme asam nukleat, mencegah anemia megaloblastik. Asam folat bisa didapatkan dari sereal yang diperkaya, sayuran berdaun hijau, roti dan biji-bijian yang diperkaya, makanan yang difortifikasi (Varney, 2010:98-99). Vitamin A dibutuhkan untuk penglihatan normal, ekspresi genetik, reproduksi, perkembangan embrio dan fungsi imun. Vitamin A bisa didapatkan dari hati, produk susu, kuning telur, ikan, wortel, sayuran berdaun hijau, labu dan kentang manis. Vitamin D berfungsi untuk mempertahankan kalsium serum dan fosfor (penting untuk pembentukan dan pemeliharaan tulang). Vitamin D bisa didapatkan dari produk susu dan sereal yang difortifikasi, minyak hati, ikan dan kuning telur.

vitamin C berfungsi sebagai kofaktor untuk reaksi yang membutuhkan tembaga yang dikurangi atau metabolisme besi dan sebagai antioksidan pelindung (Varney, 2010: 98). Kebutuhan nutrisi sehari-hari pada ibu hamil dapat dilihat pada tabel 2.11:

Tabel 2.12

2.12 Kebutuhan nutrisi ibu hamil

JENIS	TIDAK HAMIL	HAMIL
Kalori	2000	2300
Protein (gr)	55	65
Kalsium (gr)	0,5	1
Ferum (mg)	12	17
Vit A (IU)	5000	6000
Vit D (IU)	400 IU	600
Vit C (mg)	60	90
Reboflavin (mg)	1,2	1,3
Niasin (mg)	13	15
Tiamin (mg)	0,8	1

(Sumber: Sofian, 2013:46)

Tabel 2.13

Contoh Menu Ibu Hamil

Bahan Makanan	Porsi Hidangan Sehari	Jenis Hidangan
Nasi	5+1 porsi	Makan pagi: nasi 1,5 porsi (150 gram) dengan ikan/daging 1 potong sedang, tempe 2 potong sedang, sayur 1 mangkok dan buah 1 potong sedang
Sayuran	3 mangkok	Makan selingan: susu 1 gelas dan buah 1 potong sedang
Buah	4 potong	Makan siang: nasi 3 porsi (300 gram) dengan lauk, sayur, dan buah sama dengan pagi
Tempe	3 potong	Selingan: susu 1 gelas dan buah 1 potong
Daging	3 potong	Makan malam: Nasi 2,5 porsi (250 gram) dengan lauk
Susu	2 gelas	Selingan: susu 1 gelas
Minyak	2 sendok teh	
Gula	2 sendok makan	

(Sumber : Kristiyanasari, Weni, 2011:78-79)

b) Eliminasi

Peningkatan frekuensi berkemih pada TM III paling sering dialami oleh wanita primigravida setelah lightening. Lightening menyebabkan bagian presentasi (terendah) janin akan menurun masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih (Marmi, 2011: 134). Konstipasi diduga akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesterone (Varney, 2007: 539).

c) Personal Hygiene

Menurut Marmi (2011: 120-122) personal hygiene sangat diperlukan selama kehamilan, karena kebersihan badan mengurangi kemungkinan infeksi. Kebersihan yang perlu diperhatikan selama kehamilan meliputi: Pakaian yang baik untuk wanita hamil ialah pakaian yang enak dipakai tidak boleh menekan badan. Penggunaan Bra yang dapat menopang payudara agar mengurangi rasa tidak nyaman karena pembesaran payudara, Sepatu atau sandal hak tinggi, akan menambah lordosis sehingga sakit pinggang akan bertambah, Saifuddin (2010: 287) menambahkan untuk selalu menyikat gigi setelah makan karena ibu hamil sangat rentan terhadap terjadinya caries dan gingivitis.

d) Aktivitas

Senam hamil bertujuan mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat dimanfaatkan untuk berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Senam hamil dimulai pada usia kehamilan sekitar 24-28 minggu. Beberapa aktivitas yang dapat dianggap sebagai senam hamil yaitu jalan-jalan saat hamil terutama pagi hari (Manuaba, 2012: 132-135). Aktivitas yang dianjurkan adalah jalan-jalan waktu pagi hari untuk ketenangan dan mendapatkan udara segar. Pelaksanaan olah raga saat hamil, merupakan kontroversi yang perlu pertimbangan. Olah raga mutlak dikurangi bila dijumpai: sering mengalami keguguran, persalinan belum cukup bulan, pada mereka yang mempunyai riwayat persalinan sulit, pada kasus infertilitas, usia saat hamil relatif tua (primi tua), hamil dengan perdarahan dan mengeluarkan cairan (Manuaba, 2012 : 121).

e) Istirahat dan Rekreasi

Wanita hamil harus menghindari posisi duduk, berdiri dalam waktu yang sangat lama. Ibu hamil tidur malam kurang lebih sekitar 8 jam setiap istirahat dan tidur siangkurang lebih 1 jam. Tempat hiburan yang terlalu ramai, sesak, dan panas lebih baik dihindari karena dapat menyebabkan pingsan (Sofian, 2013: 47).

f) Kehidupan Seksual

Sofian (2013:47-48) menjelaskan koitus boleh dilakukan dengan syarat:

(1) Tidak ada riwayat sering mengalami abortus/ persalinan prematur

(2) Tidak terdapat perdarahan pervaginam

(3) ketuban belum pecah. Orgasme pada kehamilan tua dikatakan dapat menyebabkan kontraksi uterus-partus prematurus. Pada umumnya koitus diperbolehkan pada masa kehamilan jika dilakukan dengan hati-hati. Pada akhir kehamilan, jika kepala sudah masuk ke dalam rongga panggul, koitus sebaiknya dihentikan karena dapat menimbulkan perasaan sakit dan perdarahan (Wiknjosastro, 2008:160).

e. Keadaan Psikososial dan spiritual

Menurut Varney (2007:504), pada trimester III wanita mulai memilih nama untuk bayi mempersiapkan kebutuhan bayi, mengikuti kelas persiapan menjadi orang tua. Orang-orang disekitarnya mulai membuat rencana untuk bayi yang akan dilahirkan. Kehamilan dan persalinan adalah suatu hal yang fisiologis, banyak ibu-ibu yang tidak tenang, merasa khawatir akan hal tersebut. Hal tersebut akan mengganggu jalannya partus, ibu akan menjadi lelah dan kekuatan hilang. Untuk menghilangkan cemas, harus ditanamkan kerja sama pasien dan penolong (dokter, bidan) dan diberikan penerangan sewaktu hamil (Sofian, 2013:47-48).

f. Riwayat Ketergantungan

Merokok, minum alkohol dan kecanduan narkotik secara langsung dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dan menimbulkan kelahiran dengan berat badan rendah bahkan dapat menimbulkan cacat bawaan atau kelainan pertumbuhan dan perkembangan mental (Manuaba, 2012:122). Menurut Saifuddin (2010:287) ibu tidak dianjurkan merokok selama hamil karena dapat menimbulkan fase spasme yang berakibat anoksia janin, berat badan lahir rendah (BBLR), prematuritas, kelainan kongenital dan solusio plasenta. Wheeler (2010:15) menambahkan kokain sangat berbahaya bagi pertumbuhan janin. Hal

ini dihubungkan dengan aborsi spontan, kelahiran premature, retardasi pertumbuhan intra uteri, dan abrupsi plasenta.

g. Latar belakang sosial budaya

Menurut Saifuddin (2010:98), tindakan lazim yang tidak bermanfaat bahkan dapat membahayakan antara lain mengurangi garam untuk mencegah kehamilan (faktanya, hipertensi bukan karena retensi garam), membatasi makan dan minum untuk mencegah bayi besar (faktanya, bayi besar disebabkan karena gangguan metabolisme pada ibu seperti diabetes melitus), menghindari makanan berprotein tinggi (faktanya, ibu menyusui butuh tambahan kalori sebesar 500 per hari). Beberapa jamu yang digunakan pada masa kehamilan dapat membahayakan. Hal ini dikarenakan dosis jamu belum diketahui atau karena jamu belum teridentifikasi dengan tepat, terkontaminasi, atau tercampur (Wheeler, 2010: 139).

2. Data Obyektif

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum: kesadaran composmentis (Manuaba, 2012:114). Pada saat ini diperhatikan pula bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan (Romauli, 2011: 172).

b) Tanda-Tanda Vital

(1) Tekanan Darah

Tekanan darah dalam batas normal, yaitu 100/70–130/90 mmHg. Wanita yang tekanan darahnya sedikit meningkat di awal pertengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika wanita nulipara dengan sistolik > 120 mmHg, berisiko mengalami pre eklampsia (Marmi, 2011: 163).

(2) Pernafasan

Untuk mengetahui sistem pernafasan, normalnya 16–24 kali per menit (Romauli, 2011: 173).

(3) Nadi

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

(4) Suhu

Suhu tubuh yang normal adalah 36,5–37,5°C. Suhu tubuh lebih dari 37°C perlu diwaspadai adanya infeksi (Romauli, 2011: 173).

c) Pemeriksaan Antropometri

(1) Berat Badan

Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5–16,5 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar 0,5 kg/minggu (Manuaba, 2012: 95).

(2) Tinggi Badan

Tubuh yang pendek dapat menjadi indikator gangguan genetik. Tinggi badan harus diukur pada saat kunjungan awal (Wheeler, 2009: 71). Ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm tergolong risiko tinggi (Romauli, 2011: 173).

(3) Lingkar Lengan Atas (LILA)

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm (Kemenkes RI, 2013: 28). Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama untuk srining ibu hamil berisiko kurang energi kronis (KEK), dimana LILA kurang dari 23,5 cm ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan BBLR (Kemenkes, Direktorat Bina Kesehatan Ibu, 2010: 9).

2) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi (Romauli, 2011:174).

b) Muka

Tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, tidak sembab. Bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romauli, 2011: 174). Edema pada muka atau edema seluruh tubuh merupakan salah satu tanda gejala adanya pre eklampsia (Saifuddin, 2010: 543).

c) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre eklampsia (Romauli, 2011: 174).

d) Mulut

Gusi akan menjadi lebih hiperemis dan lunak sehingga dengan trauma sedang saja bias menyebabkan perdarahan. Epulis selama kehamilan akan muncul (Saifuddin, 2010: 185).

e) Leher

Bendungan vena kemungkinan gangguan aliran darah akibat penyakit jantung atau aneurisma vena (Manuaba, 2010: 162). Pembesaran pada tiroid menunjukkan adanya penyakit hipotiroid dan hipertiroid dapat menimbulkan masalah pada ibu dan bayi. Wanita hipertiroid berisiko mengalami preeklampsia dan gagal jantung. Bayi dapat mengalami tirotoksikosis neonatus dan meninggal dalam rahim. Hipotiroid jarang terjadi pada masa kehamilan jika wanita terus

mendapat pengobatan tiroid, biasanya levotiroksin. Tanpa obat-obatan yang tepat, bayi baru lahir dapat mengalami hipotiroidisme

f) Dada

Auskultasi terhadap bunyi murmur, bunyi klik atau deviasi lain dari normal. Pada ibu dengan riwayat pernafasan (asma, bronchitis kronis, merokok), paru harus diauskultasi untuk mengetahui keadaan ibu (Walsh, 2010: 283). Terjadi sesak nafas karena pembesaran uterus sehingga terjadi penekanan diafragma (Varney, 2010: 543).

g) Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya menjadi lebih lunak. Setelah bulan kedua payudaranya akan bertambah ukurannya dan vena-vena di bawah kulit akan lebih terlihat. Puting payudara akan lebih besar, kehitaman dan tegak. Setelah bulan pertama cairan berwarna kekuningan yang disebut kolostrum dapat keluar (Saifuddin, 2010: 179). Evaluasi puting untuk mengidentifikasi puting datar atau masuk yang dapat menghalangi upaya menyusui. Seorang ibu dengan riwayat implantasi payudara mungkin meragukan kemampuannya untuk menyusui dan mungkin perlu keyakinan dan pembimbingan. Adanya massa yang ditemukan harus dicatat untuk tindakan lanjut pasca salin segera (Walsh, 2007: 283).

h) Abdomen

Menurut Varney (2010: 527) adalah luka akibat seksio sesaria sebelumnya sangat penting untuk mengetahui apakah wanita tersebut pernah menjalani apendektomi sehingga diagnosa apendiksitis dapat disingkirkan bila ia mengalami nyeri abdomen bagian kanan bawah selama kehamilan, observasi linea nigra dan striae abdomen merupakan tanda praduga kehamilan. Observasi atau palpasi gerakan janin dan auskultasi denyut jantung janin (DJJ) merupakan tanda positif kehamilan. Kisaran denyut jantung janin normal adalah 120 hingga 160 per menit. Jaringan parut harus dicocokkan dengan riwayat yang didapat sebelumnya tentang

kelahiran sesar lain. Pemeriksaan abdomen juga mencakup palpasi terhadap kontraksi. Menurut Sofian (2013: 37) perbedaan abdomen pada nulipara dan multipara diantaranya yaitu pada nulipara perut tegang, pusat menonjol, dan rahim tegang, sedangkan pada multipara perut longgar, perut gantung, banyak striae, pusat tidak begitu menonjol dan perut agak lunak. Setelah minggu ke-16, gerakan pertama sudah dapat dirasakan (Manuaba, 2012:235).

i) Genetalia

Pemeriksaan alat genetalia eksterna terdiri dari inspeksi vulva untuk mengetahui pengeluaran cairan atau darah dari liang senggama, perlukaan pada vulva/labia mayor, dan pertumbuhan abnormal (kondiloma akuminata-lata, kista bartholini, abses bartholini, fibroma labia mayor). Pada palpasi vulva akan teraba tumor pada vulva, teraba benjolan atau penebalan labia mayor, dan teraba pembengkakan kelenjar Bartholini (Manuaba, 2012:537). Kondiloma akuminata berbentuk seperti kembang kubis (cauliflower) dengan ditengahnya jaringan ikat dan ditutup terutama bagian atas oleh epitel dengan hiperkeratosis. 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 leukore. Kondiloma akuminata 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 diagnostik adanya penyakit sifilis (Wiknjastro, 2010:274-278).

Menurut Sofian (2013:37), perbedaan genetalia pada multipara dan nulipara diantaranya pada nulipara labia mayor nampak bersatu, himen koyak pada beberapa tempat, vagina sempit dengan rugae yang utuh, serviks licin, bulat dan tidak dapat dilalui oleh satu ujung jari, perineum utuh dan baik, sedangkan pada multipara labia mayor terbuka, adanya kurunkula himenalis, vagina lebih lebar rugae kurang menonjol, serviks bisa terbuka satu jari, kadang kala ada bekas robekan persalinan yang lalu, pada perineum terdapat bekas robekan atau bekas episiotomi.

j) Anus

Hemoroid sering terjadi pada wanita hamil sebagai akibat dari konstipasi dan peningkatan tekanan vena pada bagian bawah karena pembesaran uterus (Saifuddin, 2010: 185). Menurut Varney, (2010: 539) 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.

k) Ekstremitas

Pemeriksa harus mengidentifikasi adanya edema, perhatikan lokasi dan derajat pembengkakan. Edema umum, disertai dengan peningkatan tekanan darah dan atau protein urin, dapat menunjukkan gangguan hipertensi kehamilan (Walsh, 2010:283). Pemeriksaan ekstremitas harus mencakup pengkajian refleks tendon dalam, pemeriksaan ukuran tangan dan kaki, bentuk serta letak jari tangan dan jari kaki. Kelainan menunjukkan gangguan genetik (Wheeler, 2010:79). Menurut Manuaba (2012:108), varises atau penampakan pembuluh darah vena terjadi karena pengaruh dari estrogen dan progesteron, terutama bagi mereka yang mempunyai bakat. Varises terjadi di sekitar genetalia eksterna, kaki dan betis dan payudara.

3) Pemeriksaan Khusus

a) TFU Mc. Donald

Menurut Mc. Donald pemeriksaan tinggi fundus uteri dapat dilakukan dengan menggunakan pita pengukur, dengan cara memegang tanda-nol pita pengukur pada aspek superior simpisis pubis dan menarik pita pengukur secara longitudinal sepanjang aspek tengah uterus ke ujung atas fundus, sehingga dapat ditentukan tinggi fundus uteri dalam cm. Cara Spiegelberg digunakan untuk mengetahui usia kehamilan bulan, yaitu jarak fundus-simpfisis dalam cm dibagi 3,5 dengan rumus:

$$\text{Usia kehamilan} = \frac{\text{tinggi fundus uteri (cm)}}{3,5 \text{ cm}}$$

3,5 cm

Menurut Mochtar dalam Tatik Kusyanti (2012:90), Mc Donald memodifikasi spiegelberg, usia kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri Mc Donald dapat dilihat pada tabel 2.13:

Tabel 2.14

Usia Kehamilan Berdasarkan Tinggi Fundus Uteri Mc Donald

Tinggi fundus (cm)	Umur kehamilan(minggu)
26,7 cm diatas simpisis	28
29,5-30 cm diatas simpisis	30
29,5-30 cm diatas simpisis	32
31 cm diatas simpisis	34
32 cm diatas simpisis	36
33 cm diatas simpisis	38
37,7 cm diatas simpisis	40

(Sumber: Kusyanti, 2012: 90)

b) Palpasi

(1) Leopold I

Menentukan tinggi fundus uteri, bagian janin dalam fundus, dan konsistensi fundus (Manuaba, 2010: 118). Pemeriksaan tuanya kehamilan dari tingginya fundus uteri (Marmi, 2011: 167). Pada letak kepala akan teraba bokong pada fundus, yaitu tidak keras, tidak melenting, dan tidak bulat (Manuaba, 2010: 117). Menurut Marmi (2011: 167) langkah-langkah pemeriksaan Leopold I yaitu:

kaki pasien sedikit ditekuk, pemeriksa berdiri di sebelah kanan pasien dan melihat kearah muka pasien, rahim dibawa ke tengah, tinggi fundus uteri ditentukan, tentukan bagian apa dari bayi yang terdapat pada fundus, normalnya yaitu bokong. Sifat bokong lunak, kurang bundar dan kurang melenting. Pemeriksaan tuanya kehamilan dari tingginya fundus uteri.

(2) Leopold II

Normal teraba bagian panjang, keras seperti papan (punggung) pada satu sisi uterus dan pada sisi lain teraba bagian kecil janin. Tujuannya yaitu untuk mengetahui batas kiri/ kanan pada uterus ibu yaitu punggung janin pada letak bujur (Romauli, 2011: 175-176). Menurut Marmi (2011: 167-168) langkah-langkah pemeriksaan Leopold II yaitu: kedua tangan pindah ke samping, 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. Metode Ahfeld dan Budin dapat dilakukan jika sulit menentukan punggung dengan Leopold II, dengan cara:

(a) Metode Ahfeld

Janin dengan letak membujur didorong ke salah satu sisi sehingga janin mengisi ruangan yang lebih terbatas. Dengan menekan tegak ditengah perut maka mendorong janin kesatu arah, sehingga pemeriksaan punggung janin lebih mudah dilakukan (Manuaba, 2012: 116).

(b) Metode Budin

Metode Budin untuk menentukan letak punggung. Tehniknya yaitu satu tangan menekan fundus uteri kebawah sehingga badan janin akan melengkung sehingga punggung mudah ditetapkan (Manuaba, 2012: 116).

(3) Leopold III

Normal pada bagian bawah janin teraba bagian bulat, keras dan melenting (kepala janin). Tujuannya untuk mengetahui presentasi/ bagian terbawah janin yang ada di simfisis ibu. apabila kepala sudah masuk rongga panggul maka kepala tidak bisa digoyangkan (Romauli, 2011: 175-176). Menurut Marmi (2011: 168) langkah-langkah pemeriksaan Leopold III yaitu: dipergunakan satu tangan saja, bagian bawah ditentukan antara ibu jari dan jari lainnya, cobalah apakah bagian bawah masih dapat digoyangkan. Metode Kneebel dapat dilakukan jika sulit menentukan bagian terendah dengan menggunakan Leopold III yaitu dengan satu tangan di fundus dan tangan yang lain di atas simfisis, dengan cara membandingkan bagian mana yang lebih melenting Manuaba (2012: 118).

(4) Leopold IV

Leopold IV bertujuan untuk menentukan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul. Convergent berarti sebagian kecil bagian terendah masuk PAP. Divergent berarti sebagian besar bagian terendah masuk PAP. Bila sejajar berarti sebagian dari bagian terendah masuk PAP (Marmi, 2011: 163). Pada primigravida, posisi bagian terendah masuk ke dalam PAP pada usia kehamilan ≥ 36 minggu, sedangkan pada multigravida pada saat menjelang persalinan (Romauli, 2011:175-176). Menurut Marmi (2011:168) langkah-langkah pemeriksaan Leopold IV yaitu: pemeriksa mengubah sikapnya menjadi ke arah kaki penderita, dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi bagian bawah, 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 luar.

c) Tafsiran Berat Janin

Menurut Mochtar (1998) dalam Kusyanti (2012: 92), menurut rumusnya Johnson tausak adalah:

$$BB = (MD-n) \times 155$$

Keterangan :

BB = berat badan janin

MD = jarak symphysis fundus uteri

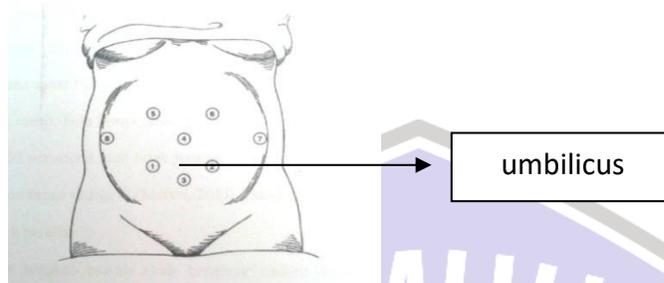
N = 11 jika kepala sudah masuk PAP, 12 jika kepala belum masuk PAP

d) Pemeriksaan osborn

Menurut Wiknjosastro (2008:641) osborn test dilakukan usia kehamilan 36 minggu pada primigravida kepala belum masuk PAP untuk mengetahui adanya CPD atau tidak. Bila kepala janin masuk ke arah PAP tanpa halangan maka hasil osborn test negatif, bila tidak bisa masuk dan teraba tonjolan di atas simpisis, maka tonjolan diukur dengan 2 jari telunjuk dan jari tengah tangan kanan. Lebar tonjolan lebih dari 2 jari maka Osborn Test positif, maka kemungkinan ibu mengalami CPD.

e) Auskultasi

Pemeriksaan denyut jantung janin dapat menggunakan alat-alat yaitu: stetoskop laeneck (fundoskop), alat dopton (doppler), dan ultrasonografi. Jumlah denyut jantung janin normal antara 120 sampai 160 denyut permenit (Manuaba, dkk, 2012: 235). Cara menghitung frekuensi bunyi jantung ialah dengan mendengarkan 3 kali 5 detik dengan interval 5 detik. Kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan empat, untuk keteraturan dihitung 5 detik pertama, 5 detik ketiga, dan 5 detik kelima dalam satu menit. Interval DJJ antara 5 detik pertama, ketiga, dan 1 menit tidak boleh lebih dari 2. Bunyi jantung kurang dari 120kali/ menit atau lebih dari 160 kali/ menit atau tidak teratur, janin dalam keadaan asfiksia atau kekurangan O₂ (Wirakusumah, 2014: 97).



Gambar 2.12

Punctum Maksimum

Sumber: Wheeler,2004:145

Gambar ini untuk mencari letak DJJ, posisi umbilikus berada dipertengahan angka 3 dan 4. Posisi 1 dan 2 mula-mula dengarkan di pertengahan kuadran bawah abdomen. Posisi 3 jika DJJ tidak ditemukan, dengarkan di pertengahan garis imajiner yang ditarik dari umbilikus sampai pertengahan puncak rambut pubis. 4 jika tidak ditemukan, dengarkan langsung di atas umbilikus. 5 dan 6 jika belum ditemukan, dengarkan di pertengahan kuadran atas abdomen. 7 dan 8 jika belum ditemukan, dengarkan 4 inci dari umbilikus, mendekati panggul.

Jadi, kesimpulannya interval DJJ antara 5 detik pertama, ketiga, dan kelima dalam 1 menit tidak boleh lebih dari 2

f) Perkusi

Tungkai bawah normal jika bergerak sedikit ketika tendon diketuk. Gerakan yang berlebihan dan cepat mungkin tanda pre eklamsia. Reflek patella negatif kemungkinan pasien mengalami kekurangan B1 (Romauli, 2011: 176).

g) Pemeriksaan panggul

(1) Pemeriksaan panggul luar

Menurut Saminem (2009:26) perlu dilakukan pemeriksaan panggul luar yaitu pada ibu hamil primigravida, ibu hamil dengan TB <150cm, ibu hamil multigravida dengan indikasi seperti riwayat persalianan dengan tindakan, persalinan spontan dengan bayi BBLR, jarak kelahiran anak sebelumnya terlalu lama lebih dari 10 tahun. Menurut Marmi (2011:171-176). Pemeriksaan panggul bagian luar yang masih dilakukan adalah untuk menentukan :

- (a) Distantia spinarum, jarak antara spina iliaca anterior superior kiri dan kanan (normalnya \pm 24-26 cm).
- (b) Distantia cristarum, jarak antara crista iliaca kanan dan kiri (normalnya \pm 28-30 cm).
- (c) Conjugata eksterna (baudeloque), jarak antara pinggir atas symphysis dan ujung processus spinosus ruas tulang lumbal ke-V (normalnya \pm 18 cm).
- (d) Ukuran lingkaran panggul, dari pinggir atas symphysis ke pertengahan antara spina iliaca anterior superior dan trochanter major sepihak dan kembali melalui tempat-tempat yang sama dipihak yang lain (normalnya 80-90 cm).

(2) Pemeriksaan panggul dalam

Pemeriksaan dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu. Pemeriksaan dalam dapat mengetahui kesan bentuk panggul. Hasil normal bila promontorium tidak teraba, tidak ada tumor, linea innominata teraba sebagian, spina ischiadica tidak teraba, os. sacrum mempunyai inklinasi ke belakang dan sudut arkus pubis $> 90^\circ$ (Marmi, 2011: 171-176).

h) Kedudukan janin dalam rahim

Menentukan kedudukan janin di dalam rahim dapat dijelaskan sebagai berikut:

- (1) Janin hidup: Detak jantung janin terdengar, rahim membesar sesuai usia kehamilan, palpasi janin jelas, reaksi biologis positif, ibu merasakan adanya gerakan janin (Saminem, 2009:7-8)
- (2) Janin tunggal: Perut tidak lebih besar dari usia kehamilan, tidak teraba 3 bagian besar. Rasional: tidak teraba 2 bagian besar yang berdampingan, tidak teraba banyak bagian

kecil janin, terdengar satu punctum maksimum detak jantung janin, dengan pemeriksaan rontgen/ ultrasonografi dapat dipastikan hamil tunggal (Manuaba, 2012: 129).

(3) Intrauterin: Gerakan janin tidak terasa nyeri, palpasi janin tidak teraba dibawah kulit abdomen, ada kontraksi Braxton Hicks, pemeriksaan ultrasonografi positif (Manuaba, 2012: 131).

(4) Situs (letak): Hubungan sumbu panjang ibu dengan sumbu panjang janin sehingga dijumpai kedudukan membujur atau lintang. Hubungan sumbu panjang janin dan sumbu panjang rahim dikenal dua bentuk membujur (letak kepala, letak sungsang) dan letak lintang (Manuaba, 2012: 130)

(5) Habitus (sikap): pada letak janin yang fisiologis badan melengkung menyesuaikan diri dengan rahim, kepala fleksi dimana dagu menempel pada dada, lengan bersilang didepan dada, kaki melipat pada paha dan lutut rapat pada badan, kepala janin berada diatas panggul (Manuaba, 2012: 130)

(6) Posisi: Letak salah satu bagian janin terhadap jalan lahir

(7) Anak hidup: Ada gerakan Janin, DJJ terdengar jelas 2 jari sebelah kanan/ kiri bawah

(8) Habitus Fleksi: Tidak ada benjolan yang membentuk sudut fibrie (Manuaba, 2012:153-156).

4) Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan Hemoglobin

Menurut Manuaba (2012:239), Pemeriksaan Hb minimal dilakukan 2x selama hamil, trimester I dan trimester III. Hasil pemeriksaan Hb dengan Sahli dapat digolongkan sebagai berikut: Hb 11g% tidak anemia. Hb 9–10g% anemia ringan. Hb 7–8g% anemia sedang. Hb < 7g% anemia berat.

b) Pemeriksaan Golongan Darah

Diambil dari darah perifer, bertujuan untuk mengetahui golongan darah, dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan. Mengetahui golongan darah ini sebagai persiapan ibu

apabila ibu mengalami perdarahan selama persalinan, sehingga transfusi dapat segera dilakukan (Romauli, 201:187-188)

c) Reduksi urin

Reduksi urin bertujuan untuk mengetahui kadar glukosa dalam urin, dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan. Cara menilai hasilnya: Hijau jernih/biru: negative, hijau keruh: positif 1/+, hijau keruh, kekuningan, (1-1,5 %): positif 2/++, jingga/kuning keruh (2-3,5 %): glukosa dan merah kekuningan, keruh/merah bata: 3,52 glukosa. Dapat pula di ukur dengan cara dipstik yaitu dengan mencelupkan strip ke dalam urine segar (5 detik) sampai semua test area terendam dalam urine. Baca hasil test dengan cara membandingkan warna pada standart warna yang tersedia, 30 detik untuk memeriksa glukosa urine, pada 60 detik untuk memeriksa protein urin.

d) Protein urin

Pemeriksaan urine dilakukan pada kunjungan pertama dan setiap kunjungan trimester III. Cara mengetahui dengan metode dibakar, dilihat warnanya, kemudian ditetesi asam asetat 2–3 tetes, lalu dilihat warnanya lagi. Cara menilai hasil: tidak ada kekeruhan (-). Ada kekeruhan ringan tanpa butir-butir (+). Kekeruhan mudah terlihat dengan butir-butir (++) . Kekeruhan jelas dan berkeping-keping (+++). Sangat keruh berkeping besar atau bergumpal (++++)(Romauli, 2011: 187-188).

e) Ultasonografi (USG)

Pemeriksaan USG dilakukan secara rutin sebelum usia gestasi mencapai 20 minggu, yakni untuk menentukan taksiran persalinan dan menentukan apakah terjadi gestasi multipel. Selain untuk menentukan taksiran persalinan, pemeriksaan yang dilakukan pada minggu ke-14 dan ke-16 mengungkap hampir seluruh kehamilan kembar dan pemeriksaan pada minggu ke-18 sampai ke-20 memberi informasi tentang kelainan struktur pada bayi (Wheeler, 2009:104). Saifuddin,(2010: 252), menambahkan bahwa pemeriksaan USG pada Trimester II dan III untuk penentuan usia kehamilan, evaluasi pertumbuhan janin, penentuan presentasi janin, penilaian jumlah cairan amnion.

f) Non Stress Test (NST)

Menurut Saifuddin (2010:232), interpretasi NST adalah sebagai berikut :

(1) Reaktif

Terdapat paling sedikit 2 kali gerakan janin dalam waktu 20 menit pemeriksaan yang disertai dengan adanya akselerasi paling sedikit 10–15 denyut per menit (dpm), frekuensi dasar denyut jantung janin diluar gerakan janin antara 120–160, variabilitas denyut jantung janin antara 6–25 dpm.

(2) Nonreaktif

Tidak didapatkan gerakan janin selama 20 menit pemeriksaan atau tidak ditemukan adanya akselerasi pada setiap gerakan janin, variabilitas denyut jantung janin mungkin masih normal atau berkurang sampai menghilang.

(3) Meragukan

Terdapat gerakan janin tetapi kurang dari 2 kali selama 20 menit pemeriksaan atau terdapat akselerasi yang kurang dari 10 dpm, frekuensi dasar denyut jantung janin normal, variabilitas denyut jantung janin normal. Pada hasil yang meragukan, pemeriksaan hendaknya diulangi dalam waktu 24 jam atau dilanjutkan dengan pemeriksaan Contraction Stress Test (CST).

(4) Hasil pemeriksaan NST disebut abnormal (baik reaktif maupun non reaktif) apabila ditemukan: Bradikardi, deselerasi 40 dpm atau lebih dibawah frekuensi dasar, atau denyut jantung janin mencapai 90 dpm, yang lamanya 60 detik atau lebih.

g) Kartu Skor Poedji Rochjati

Kartu Skor Poedjo Rochjati dapat digunakan untuk mengetahui kehamilan termasuk resiko rendah, resiko tinggi atau resiko sangat tinggi. Untuk jarak terlalu lama hamil lagi yaitu >10 tahun dapat berisiko perdarahan atau janin mati dalam kandungan. Tabel Skor Poedji Rochjati dapat dilihat pada lampiran.

b. Analisa data

Dari hasil pemeriksaan tersebut harus dapat diketahui tentang bagaimana keadaan kesehatan umum ibu, apakah primigravida atau multigravida, atau bagaimana keadaan jalan lahir, apakah benar hamil, berapa usia kehamilan saat ini, apakah janin hidup, apakah janin tunggal atau kembar, bagaimana letak janin, apakah intrauteri atau ekstrauteri, serta penolong ibu hamil dan kemungkinan jalannya persalinan (Manuaba, 2010:123). Menurut Marmi (2011:194) untuk menentukan diagnosa kehamilan langkah-langkahnya yaitu menetapkan normalitas kehamilan, membedakan antara ketidaknyamanan dalam kehamilan dan kemungkinan komplikasi, mengidentifikasi tanda dan gejala penyimpangan dari keadaan normal serta mengidentifikasi kemungkinan kebutuhan belajar.

2) Diagnosa kebidanan

Menurut Kepmenkes RI (2007:5), bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat yaitu sebagai berikut:

- a. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan.
- b. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien.
- c. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

Diagnosa kebidanan menurut Manuaba (2012:123-131) adalah G1/>1PAPIAH, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal/ganda, intrauterine/ekstrauterin, situs bujur/lintang, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong/lintang, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik. Prognosa baik.

3) Perencanaan

Menurut Kemenkes (2011:6) bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.

- a. Diagnosa kebidanan:

G1/>1PAPIAH, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal/ kembar, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi punggung kanan/ punggung kiri, presentasi kepala/ bokong kesan panggul normal, kepala masuk PAP/ belum masuk PAP, keadaan umum ibu dan janin baik dengan risiko rendah samapai dengan risiko sangat tinggi (Manuaba, 2012: 123).

b. Tujuan:

- 1) Ibu dan janin sehat, sejahtera sampai melahirkan.
- 2) Ibu dapat merawat dirinya.

c. Kriteria hasil:

1) Keadaan ibu menurut Romauli (2011:172):

- a) Keadaan umum baik
- b) Kesadaran composmentis.
- c) Tanda-tanda vital normal (TD:100/70 - 130/90 mmHg, N:76-88 x/menit, S:36,5 – 37,5°C, R:16-24 x/menit).
- d) Peningkatan BB 0,4 kg/ minggu.
- e) Pemeriksaan laboratorium.
Hb \geq 11 gr%, protein urine (-), reduksi urine (-).

2) Keadaan janin menurut Manuaba (2012: 130) :

- a) DJJ 120-160 x/menit kuat dan teratur
- b) TFU sesuai dengan usia kehamilan yaitu 28 minggu 3 jari diatas pusat, 32 minggu pertengahan px dengan pusat, 36 minggu setinggi px atau 2 sampai 3 jari bawah px, 40 minggu pertengahan px pusat.
- c) TBJ normal seperti tabel 2.500 gram – 4.000 gram

d) Situs bujur dan presentasi kepala.

e) Gerakakan janin 10 x gerakan/ 12 jam

d. Intervensi menurut Varney, Kriebs, & Gegor (2007: 554-556):

1) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan.

Rasional: Bila ibu mengerti keadaannya, ibu bisa kooperatif dengan tindakan yang diberikan.

2) Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin timbul pada ibu hamil trimester III

Rasional: Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya.

3) Diskusikan dengan ibu tentang kebutuhan dasar ibu hamil meliputi nutrisi, eliminasi, istirahat dan tidur, personal hygiene, aktivitas, hubungan seksual, perawatan payudara, dan senam hamil.

Rasional: Dengan memenuhi kebutuhan dasar ibu hamil, maka kehamilan dapat berlangsung dengan aman dan lancar

4) Jelaskan pada ibu tentang tanda bahaya kehamilan trimester III yang mengindikasikan pentingnya menghubungi tenaga kesehatan dengan segera.

Rasional: Mengidentifikasi tanda bahaya dalam kehamilan, supaya ibu mengetahui kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk menghadapi kemungkinan keadaan darurat.

5) Diskusikan pada ibu tentang persiapan persalinan.

Rasional: 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 (Marmi, 2011: 128).

6) Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan.

Rasional: Mengidentifikasi kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk mempersiapkan persalinan dan kemungkinan keadaan darurat.

7) Jadwalkan ibu untuk kontrol 2 minggu lagi jadwal atau sewaktu-waktu bila ada keluhan.

Rasional: Memantau keadaan ibu dan janin dalam mendeteksi dini bila terjadi komplikasi.

Masalah:

(1) Edema dependen

1) Tujuan:

Ibu dapat beradaptasi terhadap perubahan yang fisiologis (edema dependen).

2) Kriteria hasil:

c) Edema berkurang

d) Tekanan darah normal 100/70 mmHg - 130/90 mmHg

e) Protein urine negatif

3) Intervensi

Pada keluhan edema dependen menurut Varney, Kriebs dan Gegor (2010:540) adalah:

a) Jelaskan penyebab dari edema dependen

Rasional: Ibu mengerti penyebab edema dependen yaitu karena tekanan pembesaran uterus pada vena pelvic ketika duduk atau pada vena cava inferior ketika berbaring.

b) Nasehati ibu untuk tidur dengan posisi kaki lebih tinggi dari badan.

Rasional: Memperlancar sirkulasi darah balik ke jantung.

c) Anjurkan pada ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama

Rasional: Meringankan penekanan pada vena dalam panggul.

d) Anjurkan pada ibu menghindari pakaian yang ketat.

Rasional: Pakaian yang ketat dapat menekan vena sehingga menghambat sirkulasi darah.

d. Nokturia

1) Tujuan:

Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang dialami (nokturia)

2) Kriteria hasil menurut Varney, Kriebs dan Gegor (2007: 538):

- a) Ibu BAK 7–8 x/hari, terutama siang hari
- b) Asupan air minum minimal 3000 ml/hari, terutama siang hari
- c) Saat BAK tidak terasa nyeri dan panas
- d) Tidak ada peningkatan suhu (36-37,5oC)
- e) Produksi urin 150-200 cc setiap BAK

3) Intervensi menurut Varney, Kriebs, & Gegor (2007: 541).

a) Jelaskan penyebab terjadinya sering kencing

Rasional: Ibu mengerti penyebab sering kencing karena tekanan bagian bawah janin pada kandung kemih.

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

Rasional: Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih.

c) Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK

Rasional: Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

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

Rasional: Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

e. Konstipasi sehubungan dengan peningkatan progesterone.

1) Tujuan:

Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang dialami (konstipasi).

2) Kriteria hasil:

Ibu BAB 1-2 x/hari, konsistensi lunak

3) Intervensi

Pada keluhan konstipasi menurut Varney, Kriebs dan Gegor (2010: 539) adalah:

a) Asupan cairan yang adekuat, yakni minum air minimal 8 gelas/hari (ukuran gelas minum).

Rasional: Efek progesterone pada usus besar menyebabkan konstipasi karena waktu transit yang melambat membuat air semakin banyak diabsorpsi dan menyebabkan peningkatan flatulen karena usus mengalami pergeseran akibat pembesaran uterus (Varney, 2010: 501).

b) Anjurkan ibu minum hangat (misal: air putih, teh) pada pagi hari.

Rasional: Air hangat dapat menstimulasi peristaltis (Varney, (2010: 539).

c) Anjurkan ibu melakukan latihan secara umum, berjalan setiap hari, pertahankan postur tubuh, latihan kontraksi otot abdomen bagian bawah secara teratur.

Rasional: Memfasilitasi sirkulasi vena sehingga mencegah kongesti pada usus besar.

d) Pola defekasi yang baik dan teratur.

Rasional: Pola defekasi yang mencakup penyediaan waktu yang teratur untuk melakukan defekasi dan kesadaran untuk tidak mengacuhkan dorongan atau menunda defekasi (Varney, 2010: 539).

f. Hemoroid

1) Tujuan:

Hemoroid tidak terjadi.

2) Kriteria hasil:

a) BAB 1-2 x/hari, konsistensi lunak

b) BAB tidak berdarah dan tidak nyeri

3) Intervensi menurut Varney, (2010:541)

a) Anjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan tinggi serat untuk menghindari konstipasi.

Rasional: 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

Rasional: Minum air hangat akan merangsang peristaltik usus sehingga dapat merangsang pengosongan kolon lebih cepat.

c) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan atau senam ringan.

Rasional: Olahraga dapat memperlancar peredaran darah sehingga semua sistem tubuh dapat berjalan lancar termasuk sistem pencernaan.

d) Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi

Rasional: Mengejan yang terlalu sering akan memicu terjadinya hemoroid.

e) Anjurkan ibu untuk mandi berendam hangat.

Rasional: Hangatnya air tidak hanya memberikan kenyamanan, tetapi juga meningkatkan sirkulasi.

g. Kram pada kaki

1) Tujuan:

Ibu dapat mengerti dan beradaptasi terhadap keadaannya sehingga ibu dapat mengerti sehingga tidak menimbulkan kecemasan..

2) Kriteria:

- a) Kram pada kaki berkurang
- b) Aktifitas sehari-hari tidak terganggu

3) Intervensi

Menurut Varney, (2007: 540):

a) Jelaskan penyebab kram kaki

Rasional: Ibu mengerti penyebab kram pada kaki yaitu ketidak seimbangan rasio kalsium.

b) Anjurkan ibu untuk senam hamil teratur

Rasional: Senam hamil memperlancar peredaran darah, suplai O₂ ke jaringan sel terpenuhi.

c) Anjurkan ibu untuk menghangatkan kaki dan betis dengan massage.

Rasional: Sirkulasi darah ke jaringan lancar.

d) Minta ibu untuk tidak berdiri lama.

Rasional: Mengurangi penekanan yang lama pada kaki sehingga aliran darah lancar.

e) Anjurkan ibu untuk menghindari aktivitas berat dan cukup istirahat.

Rasional: Otot-otot bisa relaksasi sehingga kram berkurang.

f) Anjurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor

Rasional: Konsumsi kalsium dan phosphor baik untuk kesehatan tulang.

g) Anjurkan ibu untuk diet mengandung kalsium dan fosfor.

Rasional: Kekurangan asupan kalsium dan ketidakseimbangan rasio kalsium-fosfor dapat menyebabkan kram kaki (Marmi, 2011: 137).

h. Nyeri pinggang

a. Tujuan:

ibu mengerti dan mampu beradaptasi dengan keadaannya sehingga tidak cemas.

b. Kriteria:

a) Nyeri pinggang berkurang

b) Aktifitas sehari-hari tidak terganggu

c. Intervensi

Menurut Varney, (2010: 542):

a) Jelaskan pada ibu tentang penyebab nyeri pinggang.

Rasional: Ibu mengerti penyebab nyeri pinggang karena otot-otot pinggang tertarik oleh perut yang membesar.

b) Anjurkan ibu untuk menghangatkan dan massage daerah pinggang dan melakukan senam hamil.

Rasional: Memberi rasa nyaman, memperlancar peredaran darah, sehingga nyeri berkurang.

c) Minta ibu untuk tidur miring kiri dan perut diganjal bantal.

Rasional: Mengurangi penekanan pada vena cava inferior oleh uterus.

d) Anjurkan ibu untuk menghindari kelelahan.

Rasional: Kelelahan menambah ketegangan otot pinggang.

e) Anjurkan ibu memakai sepatu hak rendah atau sandal

Rasional: Mengurangi pergeseran titik berat.

i. Nyeri ulu hati

1) Tujuan

Setelah dilakukan penyuluhan, masalah nyeri ulu hati dapat teratasi.

2) Kriteria

Tidak kembung, tidak ada nyeri tekan bagian atas (varney, Kriebs dan Geger, 2010: 238-539).

3) Intervensi

Intervensi menurut Varney, Kriebs dan Geger (2010: 538) sebagai berikut:

a) Jelaskan penyebab nyeri ulu hati pada akhir kehamilan

Rasional: Ibu mengerti kalau nyeri ulu sering terjadi pada ibu hamil dan mengerti penyebabnya

b) Anjurkan ibu makan dalam porsi kecil tetapi sering untuk menghindari lambung terlalu penuh

Rasional: Lambung yang terlalu penuh merupakan sebab dari nyeri ulu hati

c) Anjurkan ibu mempertahankan postur tubuh yang baik supaya ada ruang lebih besar bagi lambung

Rasional: Penyebab nyeri ulu hati juga berasal dari ruang fungsional untuk lambung tidak ada karena penekanan uterus yang membesar

d) Anjurkan ibu untuk menghindari makanan dingin dan makanan yang pedas.

Rasional: Makanan dingin dan makanan pedas dapat merangsang gangguan pencernaan

e) Anjurkan ibu menghindari minum bersamaan dengan makan

Rasional: Cairan pada air minum dapat menghambat asam lambung

j. Varices

a) Tujuan:

Ibu mengerti dan mampu beradaptasi dengan keadaannya sehingga tidak menimbulkan kecemasan.

b) Kriteria:

Varices tidak bertambah

c) Intervensi:

Menurut Varney, (2010: 540):

a) Jelaskan pada ibu penyebab varices karena kongesti vena dalam vena bagian bawah yang meningkat sejalan dengan kehamilan karena tekanan dari uterus.

Rasional: Ibu mengerti dan merasa lega karena keadaannya merupakan hal fisiologis.

b) Anjurkan ibu untuk meninggikan kaki sewaktu berbaring/duduk.

Rasional: Untuk memperlancar (vena cava inferior)

c) Jelaskan pada ibu untuk beristirahat dalam posisi miring ke kiri.

Rasional: Mengurangi tekanan pada vena cava inferior

d) Anjurkan ibu menghindari pakaian ketat (misal: kaos kaki selutut)

Rasional: Pakaian ketat dapat menghambat vena

e) Anjurkan ibu mandi air hangat.

Rasional: Mandi air hangat memberikan sensasi menenangkan dan memperlancar sirkulasi darah

4) Pelaksanaan

Pelaksanaan merupakan hasil 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 No 938/ 2010).

5. Evaluasi

Standar evaluasi menurut KEPMENKES RI No. 938/MENKES/SK/VIII/2007/ Tentang Asuhan Kebidanan adalah sebagai berikut:

a. Pernyataan standart

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai perubahan perkembangan dengan kondisi klien.

b. Kriteria evaluasi

- 1) Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan sesuai kondisi klien
- 2) Hasil evaluasi segera di catat dan dikomunikasikan kepada klien dan/ keluarga
- 3) Evaluasi dilakukan sesuai standart
- 4) Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/ pasien.

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/ kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

Kriteria pencatatan asuhan kebidanan:

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (Rekam medis/ KMS/ Status pasien/ buku KIA)

b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu

S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa

O adalah data Objektif, mencatat hasil pemeriksaan

A adalah analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan

penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi evaluasi/ follow up dan rujukan.

2.2.2 Asuhan Kebidanan Persalinan

2. Data Subyektif

a. Biodata

1) Umur

Dalam kurun reproduksi sehat dikenal usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20–30 tahun. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia di bawah 20 tahun ternyata 2–5 kali lebih tinggi daripada kematian maternal yang terjadi pada usia 20–29 tahun. Kematian maternal meningkat kembali setelah usia 30–35 tahun (Wiknjastro, 2008: 23). Usia di bawah 16 tahun atau di atas 35 tahun mengakibatkan wanita rentan terhadap komplikasi. Usia di bawah 16 tahun meningkatkan insiden pre eklamsia, usia diatas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes, hipertensi kronis, persalinan yang lama pada nulipara, sectio caesarea (SC), kelahiran preterm, intrauterine growth retardation (IUGR), anomali kromosom, dan kematian janin (Varney, 2008: 691).

2) Gravida dan Para

Paritas memengaruhi durasi persalinan dan insiden komplikasi. Semakin tinggi paritas, insiden abrupsio plasenta, plasenta previa, perdarahan uterus, mortalitas ibu, dan mortalitas perinatal juga meningkat (Varney, 2008: 691). Paritas pada riwayat melahirkan

preterm meningkatkan risiko ibu sebesar 30% untuk melahirkan preterm lagi. Risiko tersebut meningkat seiring peningkatan jumlah kelahiran preterm dan menurun seiring peningkatan jumlah kelahiran cukup bulan. Wanita yang pernah melahirkan Bayi Kecil untuk Masa Kehamilan (BKMK) berisiko kembali melahirkan bayi BKMK. Catatan berat badan bayi dan usia gestasi dapat dipakai untuk mengidentifikasi adanya bayi BKMK (Wheeler, 2009: 10-11).

3) Keluhan utama

Menurut Manuaba (2012: 169), keluhan yang dirasakan ibu antara lain: kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek serta nyeri menjalar ke depan, dapat terjadi pengeluaran lendir atau lendir bercampur darah, disertai ketuban pecah. Wiknjastro (2008: 183) menambahkan ketuban akan pecah dengan sendirinya ketika pembukaan hampir atau telah lengkap.

4) Riwayat kesehatan

1. Riwayat kesehatan lalu

a) Penyakit jantung

Menurut Saifuddin (2009: M-106-108) Penyakit jantung kelas I dan II prinsip persalinannya adalah pervaginam dengan mempercepat kala II, sedapat mungkin hindari mendedan, jika perlu lakukan episiotomi dan akhiri persalihan dengan ekstraksi vakum. Penyakit jantung kelas III dan IV tidak boleh hamil, karena bahaya terlampau besar. Persalinan dilakukan dengan SC.

b) Pneumonia

Pneumonia yang terjadi saat persalinan perlu pertolongan yang tepat dengan mempercepat persalinan kala II. Keadaan ini sering dijumpai pada persalinan terlantar sehingga membahayakan jiwa janin maupun ibunya. Dalam menghadapi keadaan penyakit pneumonia pada saat persalinan, bidan sebaiknya merujuk penderita sehingga mendapat pertolongan yang cepat dan tepat di tempat dengan fasilitas yang cukup (Manuaba, 2012: 337).

c) Hipertensi

Pada ibu dengan penyakit hipertensi, janin bertumbuh kurang wajar (dismaturitas), dilahirkan prematur atau mati dalam kandungan. Sering pula terjadi solusio plasenta yang mempunyai akibat buruk, baik bagi ibu maupun anak. Angka kematian anak kira-kira 20% (Wiknjastro, 2008: 446).

d) Asma

Penyakit asma dan kehamilan kadang-kadang bertambah berat atau malah berkurang. Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O₂ dan CO₂, pengawasan hamil dan pertolongan persalinan dapat berlangsung biasa, kecuali terdapat indikasi pertolongan dengan tindakan operasi (Manuaba, 2012: 336).

e) Gonorrhoea

Bayi yang dilahirkan dari ibu penderita gonorrhoea dapat menderita konjungtivitis gonorrhoea neonatorum atau blenore neonatorum (Wiknjastro, 2008: 407)

f) HIV/ AIDS

Transmisi vertikal virus AIDS ibu kepada janinnya telah banyak terbukti, tapi belum jelas diketahui kapan transmisi perinatal itu terjadi. Dalam persalinan SC, bukan indikasi menurunkan risiko infeksi kepada bayi yang dilahirkan. Perawatan pasca salin perlu memperhatikan kemungkinan penularan melalui pembalut wanita, lochea, luka episiotomi, ataupun luka SC (Wiknjastro, 2008: 556-558).

2) Riwayat kesehatan Sekarang

a) Anemia dalam kehamilan memberi pengaruh kurang baik bagi ibu, baik dalam kehamilan, persalinan maupun dalam nifas dan masa selanjutnya. Berbagai penyulit dapat timbul akibat anemia, seperti: abortus, partus prematurus, partus lama karena inertia uteri, perdarahan postpartum karena atonia uteri, syok, infeksi baik intrapartum maupun postpartum, anemia yang sangat berat dengan Hb <4 g/100 ml dapat menyebabkan

dekompensasi kordis (Wiknjosastro, 2008: 450). Kadar Hb normal 11g% (Manuaba, 2012: 239).

b) Bahaya varises dalam persalinan, baik yang di vulva/vagina maupun yang di tungkai ialah kemungkinan pecahnya pembuluh darah. Selain bahaya perdarahan yang mungkin berakibat fatal, dapat pula terjadi emboli udara (Wiknjosastro, 2008: 403).

c) Bayi yang dilahirkan dari ibu penderita gonorrhoea dapat menderita konjungtivitis, gonorrhoea neonatorum atau disebut juga blenore neonatorum (Wiknjosastro, 2008: 407).

d) Transmisi vertikal virus AIDS ibu kepada janinnya telah banyak terbukti, tapi belum jelas diketahui kapan transmisi perinatal itu terjadi. Dalam persalinan SC, bukan indikasi menurunkan risiko infeksi kepada bayi yang dilahirkan. Perawatan pasca salin perlu memperhatikan kemungkinan penularan melalui pembalut wanita, lochea, luka episiotomi, ataupun luka SC (Wiknjosastro, 2008: 556-558).

3) Riwayat kesehatan keluarga

a) Pengaruh diabetes dalam persalinan antara lain: inertia uteri dan atonia uteri, distosia bahu karena anak besar, kelahiran mati, lebih sering pengakhiran partus dengan tindakan termasuk SC, lebih mudah terjadi infeksi, angka kematian maternal lebih tinggi

b) Pengaruh asma pada ibu dan janin sangat tergantung dari sering dan beratnya serangan, karena ibu dan janin akan kekurangan oksigen atau hipoksia. Keadaan hipoksia bila tidak segera diatasi tentu akan berpengaruh pada janin, dan sering terjadi keguguran, persalinan prematur atau berat janin tidak sesuai dengan usia kehamilan (gangguan pertumbuhan janin). Pada kembar yang berasal dari satu telur, faktor hereditas mempengaruhi terjadinya kehamilan kembar itu (Wiknjosastro, 2008: 387).

4) Riwayat kebidanan

a) Kehamilan yang lalu

Terminasi kehamilan dapat mempengaruhi viabilitas kehamilan berikutnya. Dilatasi dan kuretase menyebabkan terjadinya inkompetensi serviks (Fraser dan Cooper, 2009: 252).

Aborsi spontan berulang dapat mengindikasikan adanya kondisi, seperti abnormalitas genetik, ketidak seimbangan hormon, atau inkompetensi serviks (Freser dan Cooper, 2009: 252).

b) Persalinan yang lalu

(1) Lama persalinan sebelumnya merupakan indikasi yang baik untuk memperkirakan lama persalinan kali ini sehingga memungkinkan untuk membedakan persalinan antara primigravida dan gravida selanjutnya serta persalinan dengan paritas yang lebih tinggi. Untuk mengidentifikasi kelahiran melalui seksio sesarea atau kelahiran operatif pervaginam sebelumnya (Varney, 2008: 692).

(2) Ukuran bayi terbesar yang dilahirkan pervaginam memastikan keadekuatan panggul wanita untuk ukuran bayi saat ini. Juga untuk mengantisipasi kemungkinan komplikasi jika dibanding dengan perkiraan berat janin (Varney, 2008: 692).

(3) Wanita yang mempunyai riwayat melahirkan bayi kecil dari ayah yang sama cenderung memiliki bayi yang kecil juga pada kehamilan ini (Varney, 2008: 692).

(4) Semua wanita dengan riwayat SC pada segmen uterus bawah (insisi transversal bawah atau vertikal bawah) dan tidak memiliki kontraindikasi di anjurkan menjalani persalinan pervaginam (Varney, 2008: 780).

c) Nifas yang lalu

Pada hari pertama dan kedua lochea rubra atau lochea cruenta, terdiri atas darah segar bercampur sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, sisa-sisa vernik caseosa, lanugo, dan mekonium. Hari berikutnya darah bercampur lendir dan disebut lochea sanguinolenta. Setelah satu minggu, lochea cair tidak berdarah lagi, warnanya agak kuning disebut lochea serosa. Setelah 2 minggu, lochea hanya merupakan cairan putih disebut sebagai lochea alba. Biasanya lochea berbau agak sedikit amis, kecuali terdapat infeksi dan akan berbau busuk, umpamanya pada adanya locheastasis (lochea tidak lancar keluar dan infeksi) Hemoroid menjadi taramatis dan menjadi edema selama wanita mendorong bayi

pada kala II persalinan karena tekanan bayi dan distensi saat melahirkan (Varney, 2008: 977).

5) Pola Kehidupan Sehari-hari

a) Nutrisi

Nutrisi pada saat persalinan adalah makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi dan/atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif (Wiknjastro, 2008: 55). Ibu diperbolehkan mengonsumsi makanan rendah lemak dan rendah residu sesuai selera untuk memberinya energi. Namun, makan dan minum selama persalinan akan menyebabkan ibu mengalami peningkatan resiko regurgitasi dan aspirasi isi lambung (Fraser dan Cooper, 2009: 451). Selama persalinan, metabolisme karbohidrat baik aerob maupun anaerob meningkat dengan kecepatan tetap. Peningkatan ini terutama disebabkan oleh ansietas dan aktivitas otot rangka. Motilitas dan absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang. Apabila kondisi ini diperburuk oleh penurunan lebih lanjut sekresi asam lambung selama persalinan, maka saluran cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Makanan yang dicerna selama periode menjelang persalinan atau fase laten persalinan cenderung tetap berada dalam lambung selama persalinan. Mual dan muntah umum terjadi selama fase transisi, yang menandai akhir fase pertama persalinan. (Varney, 2008: 686-688).

b) Eliminasi

Selama persalinan, ibu harus dianjurkan berkemih setiap 1-2 jam. Urine yang berada dalam kandung kemih merupakan massa yang tidak dapat ditekan sehingga dapat mengganggu penurunan bagian presentasi janin atau mengurangi kapasitas uterus untuk berkontraksi, meningkatkan risiko perdarahan pasca salin. Kandung kemih yang penuh juga dapat menghambat masuknya kepala janin ke dalam gelang panggul (Fraser dan Cooper, 2009: 452). Poliuria sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini dapat diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah

jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Poliuria menjadi kurang jelas pada posisi telentang karena posisi ini membuat aliran urine berkurang selama kehamilan (Varney, 2008: 687).

d) Istirahat dan tidur

Kelelahan dan penurunan fisik pada wanita dipengaruhi oleh tingkat kelelahannya saat memasuki persalinan, rumatan hidrasi selama persalinan, lama persalinan, dan kemampuan menghadapi tuntutan kondisi dan situasi yang terjadi. Kehilangan kemampuan koping dapat meningkatkan kelelahan dan kelelahan dapat menurunkan kemampuan koping wanita, atau semakin lama persalinan, wanita merasakan kelelahan yang lebih besar, sebaliknya kelelahan juga dapat mengakibatkan persalinan berlangsung lama (Varney, 2008: 709).

e) Personal Hygiene

Pencukuran perineal rutin tidak dilakukan selama beberapa tahun terakhir. Riset menunjukkan bahwa pencukuran perianal tidak perlu dilakukan dan tidak meningkatkan angka terjadinya infeksi (Fraser dan Cooper, 2009: 442). Bagi ibu yang sedang berada pada proses persalinan normal, mandi air hangat (birthing pool) dapat menjadi pereda nyeri efektif yang dapat meningkatkan mobilitas tanpa peningkatan efek samping bagi ibu atau bayinya (Fraser dan Cooper, 2009: 442).

f) Aktivitas

Ibu yang berada pada masa persalinan harus mampu berambulasi ketika dan selama ia menginginkannya, tidak ada kontraindikasi untuk hal tersebut. Berjalan pada awal persalinan dapat menstimulasi persalinan. Sebagian besar ibu merasa lebih rileks dan mampu mengatasi persalinan mereka dengan lebih baik ketika mereka dapat berjalan. Bebas berjalan, duduk di kursi, menggunakan toilet, dan sebagainya tentunya lebih kondusif untuk mencapai persalinan yang nyaman, dan progresif, yang berorientasi pada proses normal, bukan orientasi keadaan sakit, yakni hanya berbaring di tempat tidur (Varney, 2008: 697). Ibu yang

menggunakan posisi tegak selama persalinan akan mengalami nyeri yang jauh lebih ringan dan lebih sedikit menderita trauma perineal. Posisi lateral dan posterior bagian presentasi dapat berkaitan dengan persalinan yang nyeri, lama, atau terobstruksi, serta kelahiran yang sulit (Fraser dan Cooper, 2009: 450).

6) Riwayat ketergantungan

Kenyataan bahwa wanita-wanita yang terlalu banyak merokok melahirkan anak yang lebih kecil, atau mudah mengalami abortus dan partus prematurus. Ketergantungan pada obat-obatan, terutama pada triwulan I dan II kehamilan mengakibatkan kelainan organik pada janin seperti pada obat yang teratogenik dan dapat terjadi abortus dan partus prematurus pada golongan obat yang dapat menimbulkan his.

7) Psikososial dan spiritual

a) Suasana hati yang berubah-ubah sering terjadi dan dorongan energi juga dapat dialami (Fraser dan Cooper, 2009: 429).

b) Sebagian mungkin memandang kontraksi yang dialami sebagai kekuatan positif yang memotivasi dan memberikan kehidupan. Sebagian lain mungkin merasakan kontraksi ini sebagai rasa nyeri dan melawan kontraksi tersebut (Fraser dan Cooper, 2009: 453).

c) 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 (Fraser dan Cooper, 2009: 453).

d) Ibu dapat merasa cemas membayangkan bahwa melahirkan seorang anak akan terasa sangat sakit dan khawatir tentang kemampuannya mengendalikan rasa nyeri (Fraser dan Cooper, 2009: 453).

e) Sejalan dengan kemajuan persalinan, ibu dapat merasa kurang percaya diri terhadap kemampuan kopingnya menghadapi sifat kontraksi yang kuat yang mengendalikan tubuhnya (Fraser dan Cooper, 2009: 453).

8) Latar belakang sosial budaya

Menurut Walsh (2007: 170), faktor yang dikaitkan dengan resiko nutrisi tinggi pada kehamilan adalah dari faktor sosial/kultural diantaranya adalah polamakan yang tidak biasa (vegetarian), keyakinan yang mencakup larangan makanan khusus, dukungan sosial buruk.

3. Data Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

1) Keadaan umum

Kondisi umum selama kala II persalinan akan bergantung pada kondisi umumnya di akhir kala I persalinan. Jika wanita memasuki tahap kedua persalinan sudah kehabisan tenaga, ia akan mengalami kesulitan mengerahkan tenaga yang diperlukan untuk mendorong, terutama jika ia primigravida (Varney, 2008: 760)

2) Tanda-tanda vital

a) Tekanan darah diukur setiap 2-4 jam, kecuali jika tidak normal, pengukuran yang lebih sering diperlukan bergantung pada situasi individu. Hipotensi dapat terjadi akibat posisi terlentang, syok, atau anestesi epidural. Pada ibu yang mengalami pre eklamsia atau hipertensi esensial selama kehamilan, persalinan lebih meningkatkan tekanan darah (Fraser dan Cooper, 2009: 453). Meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diantara kontraksi, tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring. Perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat di hindari. Nyeri, rasa takut dan kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah (Varney, 2008: 686).

b) Frekuensi nadi merupakan indikator yang baik dari kondisi fisik ibu. Jika frekuensi nadi meningkat lebih dari 100 denyut per menit, hal tersebut dapat mengindikasikan adanya ansietas, nyeri, infeksi, ketosis, atau perdarahan. Frekuensi nadi biasanya dihitung setiap 1-2 jam selama awal persalinan dan setiap 30 menit jika persalinan lebih cepat (Fraser dan Cooper, 2009: 453).

c) Suhu tubuh harus tetap berada dalam rentang normal. Pireksia merupakan indikasi terjadinya infeksi atau ketosis, atau dapat juga berkaitan dengan analgesia epidural. Pada persalinan normal, suhu tubuh maternal harus diukur sedikitnya setiap 4 jam (Fraser dan Cooper, 2009: 453). Sedikit meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Yang dianggap normal ialah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0.5 sampai 10C yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan (Varney, 2008: 687).

d) Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal, selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Varney, 2008: 687).

b. Pemeriksaan fisik

1) Kepala

a) Muka

Pada wajah perlu dilakukan pemeriksaan edema yang merupakan tanda klasik pre eklampsia (Varney, Kriebs dan Geger, 2008: 693). Saat menjelang persalinan, ibu akan nampak gelisah ketakutan dan menahan rasa sakit akibat his (Saifuddin, 2009: N-8).

b) Mata

Kehilangan penglihatan untuk sementara, yang berlangsung selama seminggu dapat terjadi. Perdarahan kadang-kadang terjadi pada retina, hal ini merupakan tanda gawat akan terjadinya apopleksia serebri.

c) Mulut dan gigi

Wanita yang bersalin biasanya mengeluarkan bau napas yang tidak sedap, mulut kering, bibir kering atau pecah-pecah dan tenggorokan nyeri, terutama jika ia bersalin selama berjam-jam tanpa mendapat cairan oral dan perawatan mulut (Varney, Kriebs dan Gegor, 2008: 719).

2) Payudara

Menjelang persalinan, perlu dilakukan pemeriksaan terhadap kondisi puting ibu misalnya kolostrum kering atau berkerak, muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam mengeluarkan puting yang rata atau inversi pada wanita yang merencanakan untuk menyusui (Varney, 2008: 1051).

3) Abdomen

Uterus selalu terasa lebih keras setiap kontraksi. Kontraksi yang terlalu lama, atau sangat kuat dan urutannya singkat akan menimbulkan masalah seperti hipoksia janin. Selama kala 1 persalinan penurunan hampir selalu dapat diraba dengan palpasi abdomen. Biasanya digambarkan dengan istilah 1/5 kepala, yang masih dapat dipalpasi di atas gelang pelvis. Pada wanita primipara, kepala janin biasanya mengalami engagement sebelum persalinan dimulai. Jika tidak demikian, tinggi kepala harus diperkirakan dengan sering melalui palpasi abdomen untuk mengobservasi apakah kepala janin dapat akan dapat melewati gelang pelvis dengan bantuan kontraksi yang baik (Fraser dan Cooper, 2009: 453-454).

4) Genetalia

Keluar lendir bercampur darah dalam (show) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks (Sofian, 2011: 70). Pengeluaran cairan, pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan (Manuaba, 2010: 173). Pada genetalia dilakukan pemeriksaan adanya luka atau massa termasuk kondilomata, varikosis vulva atau rektum, adanya perdarahan pervaginam, cairan ketuban, dan adanya luka parut di vagina. Luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya (Wiknjosastro, 2008: 46).

5) Anus

Perineum mulai menonjol dan anus mulai membuka. Tanda ini akan tampak bila betul-betul kepala sudah di dasar panggul dan mulai membuka pintu (Wiknjosasto, 2008: 45). Kemajuan kepala janin menjelang persalinan akan menyebabkan penonjolan pada rektum (Varney, Kriebs dan Gegor, 2008: 753).

6) Ekstremitas

Edema merupakan tanda klasik pre eklamsi. Edema pada kaki dan pergelangan kaki saja biasanya merupakan edema dependen yang disebabkan oleh penurunan aliran darah vena akibat penekanan uterus yang membesar (Varney, 2008: 693)

c. Pemeriksaan Status Obstetri

1) Observasi his

Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga parturien masih dapat berjalan-jalan. His kala II, His semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik (Manuaba, 2012: 173). Adanya his dalam persalinan dapat dibedakan sebagai berikut yaitu kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Kala satu persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif (Wiknjosastro, 2008: 40). 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: 79). Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (Wiknjosastro, 2008: 99). Persalinan kala empat dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu (Wiknjosastro, 2008: 99).

2) Menghitung DJJ

DJJ dinilai selama dan segera setelah kontraksi uterus. Mulai penilaian sebelum atau selama puncak kontraksi. Dilakukan selama minimal 60 detik, dengarkan sampai sedikitnya 30 detik setelah kontraksi berakhir. Penilaian DJJ tersebut dilakukan pada lebih dari satu kontraksi. Gangguan kondisi kesehatan janin dicerminkan dari DJJ yang kurang dari 120 atau lebih dari 160 kali per menit. Kegawatan janin ditunjukkan dari DJJ

yang kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali per menit. Bila demikian, baringkan ibu ke sisi kiri dan anjurkan ibu untuk relaksasi. Nilai kembali DJJ setelah 5 menit dari pemeriksaan sebelumnya, kemudian simpulkan perubahan yang terjadi (Wiknjosastro, 2008: 43).

3) Pemeriksaan dalam

Pemeriksaan dalam diperlukan untuk menilai vagina, terutama pada dindingnya apakah ada bagian yang menyempit, keadaan serta pembukaan serviks, kapasitas panggul, ada atau tidak adanya penghalang (tumor) pada jalan lahir, sifat fluor albus dan apakah ada alat yang sakit misalnya bartholinitis, uretritis, sistitis dan sebagainya, pecah tidaknya ketuban, yang terpenting ialah presentasi kepala janin, turunnya kepala dalam ruang panggul, penilaian besarnya kepala terhadap panggul, dan apakah partus telah mulai atau sampai dimanakah partus berlangsung (Wiknjosastro, 2008: 193). Menurut Cunningham (2009: 338-339) pemeriksaan vagina secara aseptik paling sering dilakukan, kecuali jika sudah ada perdarahan (bloody show) yang berlebihan. Perhatian cermat terhadap hal-hal berikut penting untuk mendapatkan sebanyak mungkin informasi dan untuk mengurangi kontaminasi bakteri akibat pemeriksaan berulang.

a) Pendataran serviks

Jika panjang serviks berkurang separuh, dikatakan 50 persen mendatar, bila serviks menjadi setipis segmen uterus bawah di dekatnya, serviks dikatakan telah mendatar penuh atau 100 persen.

b) Dilatasi serviks

Dilatasi serviks ditentukan dengan memperkirakan diameter rata-rata bukaan serviks. Jari pemeriksa disapukan dari tepi serviks di satu sisi ke sisi yang berlawanan, dan diameter yang dilintasi dinyatakan dalam sentimeter. Serviks dikatakan membuka penuh bila diameternya 10 cm, karena bagian terbawah ukuran bayi aterm biasanya dapat melewati serviks yang membuka lebar.

c) Posisi serviks

Hubungan antara os serviks dengan kepala janin dikategorikan sebagai posterior, posisi tengah, atau anterior. Posisi posterior mengesankan persalinan preterm.

d) Station

Ketinggian bagian terbawah janin di jalan lahir digambarkan dalam hubungannya dengan spina iskhidika yang terletak di tengah-tengah antara pintu atas panggul dan pintu bawah panggul. Jadi, saat bagian terbawah turun dari pintu atas panggul menuju spina iskhidika, disebut sebagai station -5, -4, -3, -2, -1 lalu 0. Di bawah spina iskhidika, bagian terbawah janin melewati station +1, +2, +3, +4 dan +5 untuk lahir. Station +5 cm setara dengan kepala janin yang terlihat di introitus.

e) Deteksi pecahnya selaput ketuban

Suatu diagnosis pasti pecahnya selaput ketuban dibuat apabila cairan amnion terlihat berada di fornix posterior atau cairan jernih mengalir dari kanalis serviks. Diagnosis jika tetap tidak pasti, metode lain yang dapat digunakan adalah pengujian pH cairan vagina, pH sekret vagina normalnya berkisar antara 4,5 dan 5,5 sementara cairan amnion biasanya 7,0 sampai 7,5. Menurut Varney (2008: 711) frekuensi pemeriksaan dalam pada wanita intrapartum yang normal dianjurkan melakukan pemeriksaan dalam sebanyak 5 kali, yakni: pada saat datang untuk menetapkan informasi dasar, sebelum memutuskan jenis obat jumlahnya dan rute pemberiannya, untuk memastikan pembukaan sudah lengkap sehingga dapat diputuskan apakah ibu harus mengejan atau sebaliknya, setelah ketuban pecah jika dicurigai atau kemungkinan terjadi prolaps tali pusat, untuk mengecek prolaps tali pusat ketika perlambatan frekuensi denyut jantung janin tidak kunjung membaik dengan prasat biasa.

4) Penurunan bagian terbawah janin menurut Wiknjosastro (2008: 44):

Penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan (perlimaan).

d. Pemeriksaan penunjang

Darah

Hemoglobin meningkat rata-rata 1.2 gm/100 mL selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan ada hari pertama pasca salin jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal. Waktu koagulasi darah berkurang dan terdapat peningkatan fibrinogen plasma lebih lanjut selama persalinan. Hitung sel darah putih secara progresif meningkat selama kala satu persalinan sebesar kurang lebih 5000 hingga jumlah rata-rata 15.000 pada saat pembukaan lengkap. Tidak ada peningkatan lebih lanjut setelah ini. Gula darah menurun selama persalinan, menurun drastis pada persalinan yang lama dan sulit, kemungkinan besar akibat peningkatan aktivitas otot uterus dan rangka (Varney, 2008:688). Pemeriksaan dan pengawasan Hb dapat dilakukan dengan menggunakan alat Sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan Sahli dapat digolongkan sebagai berikut : Hb > 11 g% disebut tidak anemia, Hb 9-10 g% disebut anemia ringan, Hb 7- 8 g% disebut anemia sedang, Hb \leq 7 g% disebut anemia berat (Manuaba, 2010: 239).

3. Assesment

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan (2011: 5), bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Kriteria perumusan diagnosa dan atau masalah adalah sebagai berikut:

a. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan

b. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien

c. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

Menurut Manuaba (2012:123-131) perumusan diagnosa persalinan adalah :

G1/>1PAPIAH, usia kehamilan 28-40 minggu, tunggal/ganda, hidup, intrauterin/ekstrauterin, situs bujur/lintang, habitus fleksi, punggung kiri/kanan, presentasi kepala/bokong, hodge I-IV, kesan panggul normal, inpartu kala I (laten/aktif) sampai kala IV dengan kemungkinan masalah menurut Doenges adalah kurangnya pengetahuan sehubungan dengan kemajuan persalinan, gangguan rasa nyaman (nyeri), keletihan. Sedangkan menurut Wiknjosastro (2008: 51-118) yaitu robekan servik, vagina, dan perineum, potensial kala II memanjang, potensial terjadi retensio plasenta.

4. Penatalaksanaan

a. Diagnosa :

G...PAPIAH, usia kehamilan 28-40 minggu, tunggal/ganda, hidup, intrauterin/ekstrauterine, situs bujur/lintang, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, hodge I-IV, inpartu kala I fase laten/aktif (akselerasi, dilatasi maksimal, deselerasi), kala II, III dan IV.

b. Tujuan: Setelah dilakukan asuhan kebidanan diharapkan tidak terjadi komplikasi selama persalinan.

c. Kriteria:

1) Kesejahteraan ibu

a) Keadaan umum: kesadaran komposmentis

b) TTV normal yaitu suhu badan 36–37,5 °C, tekanan darah 100/70–130/90 mmHg, nadi 60-80 kali per menit, dan napas 16–24 kali per menit (Romauli, 2011:173)

c) His terjadi 2-3 kali dalam 10 menit, lamanya \geq 40 detik (Wiknjosastro, 2008:43).

d) Penurunan kepala sesuai yaitu 5/5 jika kepala teraba diatas simphisis pubis, 4/5 jika kepala telah memasuki pintu atas panggul, 3/5 jika sebagian (2/5) kepala telah memasuki rongga panggul, 2/5 jika hanya sebagian dari kepala masih berada diatas simphisis dan 3/5 bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digerakkan), 1/5 jika hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian kepala yang berada diatas simphisis dan 4/5 bagian kepala telah masuk ke dalam rongga panggul, 0/5 jika bagian

kepala sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian kepala sudah masuk ke dalam rongga panggul (Wiknjosastro, 2008:44).

e) Kala I pada primigravida \pm 12 jam sedangkan multigravida \pm 8 jam (Manuaba, 2010: 173)

f) Kala II pada primigravida \pm 50 menit sedangkan pada multigravida \pm 30 menit (Manuaba, 2010:173)

g) Kala III berlangsung rata-rata 5-10 menit, dan paling lama berlangsung 30 menit (Varney, 2008 : 825).

h) Perdarahan normal (400-500 cc) (Manuaba, 2010: 174).

2) Kesejahteraan bayi

a) DJJ kuat, teratur, frekuensi 120-160 x/menit(Wiknjosastro, 2008:60).

b) Bayi baru lahir normal yaitu langsung menangis atau bernafas spontan dan tonus otot bayi baik (Wiknjosastro, 2008:126).

b. Intervensi:

Kala I

1) Hadirkan orang terdekat seperti suami, keluarga, atau teman dekat.

Rasional: Hasil persalinan yang baik ternyata erat hubungannya dengan dukungan dari keluarga yang mendampingi ibu selama proses persalinan (Wiknjosastro, 2008:81).

2) Bantu ibu mengatur aktivitas dan posisi. Posisi disesuaikan dengan keinginan ibu, sebaiknya tidak dalam posisi terlentang lurus.

Rasional: Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya (janin, cairan ketuban, plasenta dan lain-lain) menekan vena kava inferior ibu. Hal ini akan mengurangi pasokan oksigen melalui sirkulasi uteroplaster sehingga akan menyebabkan hipoksia pada bayi. Berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan

menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif (Enkin, et al dalam Wiknjastro, 2008:87).

3) Bimbing ibu untuk rileks sewaktu ada his. Ibu diminta menarik nafas panjang, tahan nafas sebentar, kemudian dilepaskan dengan cara meniup sewaktu ada his.

Rasional: Dapat memblok impuls nyeri dalam korteks serebral melalui respon kondisi dan stimulasikan, memudahkan kemajuan persalinan.

4) Lakukan masase pada punggung atau mengusap perut ibu.

Rasional: Usapan pada punggung dengan pemberian tekanan eksternal pada tulang belakang dapat menghilangkan tekanan internal pada tulang belakang (lumbal) oleh kepala janin sehingga mengurangi nyeri. Usapan pada perut dapat meningkatkan kenyamanan dan merupakan ekspresi kepedulian terhadap wanita (Varney, 2008:720–721).

5) Berikan nutrisi yang cukup pada ibu.

Rasional: Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi dan/atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif (Wiknjastro, 2008:55).

6) Anjurkan ibu untuk berkemih sesering mungkin dan memastikan kandung kemih tetap kosong .

Rasional: Kandung kemih yang penuh mengganggu penurunan kepala (Wiknjastro, 2008:82).

7) Pantau kondisi ibu dan janin dengan menilai denyut jantung janin setiap ½ jam, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap ½ jam, nadi setiap ½ jam, pembukaan serviks setiap 4 jam, penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam, tekanan darah dan temperatur suhu setiap 4 jam, produksi urine, aseton dan protein setiap 2 sampai 4 jam.

Rasional: Memantau kondisi ibu dan bayi (Wiknjastro, 2008:58).

Kala II

1) Dengar dan lihat tanda gejala kala II. Tanda gejala kala II yaitu ibu merasakan ada dorongan ingin meneran, tekanan pada anus, dan terlihat kondisi vulva yang membuka dan perineum yang menonjol (Wiknjosastro, 2008:79).

Rasional: Gejala dan tanda kala II merupakan mekanisme alamiah bagi ibu dan penolong persalinan bahwa proses pengeluaran bayi sudah dimulai (Wiknjosastro, 2008:82).

2) Pastikan perlengkapan peralatan, bahan, dan obatobatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi baru lahir (Wiknjosastro, 2008:80).

Rasional: Ketidakmampuan untuk menyediakan semua perlengkapan, bahan-bahan, dan obat-obat esensial yang diperlukan akan meningkatkan risiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi baru lahir sehingga keadaan ini dapat membahayakan keselamatan jiwa mereka (Wiknjosastro, 2008:53).

3) Pakai alat pelindung diri (Wiknjosastro, 2008:80).

Rasional: Alat pelindung diri merupakan penghalang atau barrier antara penolong dengan bahan-bahan yang berpotensi untuk menularkan penyakit (Wiknjosastro, 2008:80).

4) Lepas dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering (wiknjosastro, 2008:80).

Rasional: Cuci tangan adalah prosedur yang paling penting dari pencegahan penyebaran infeksi yang menyebabkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir (Wiknjosastro, 2008:18).

5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam (Wiknjosastro, 2008:80).

Rasional: Penggunaan sarung tangan merupakan tindakan kewaspadaan universal untuk melindungi esensial yang diperlukan akan meningkatkan risiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi baru lahir sehingga keadaan ini dapat membahayakan keselamatan jiwa mereka (Wiknjosastro, 2008:53).

3) Pakai alat pelindung diri (Wiknjosastro, 2008:80).

Rasional: Alat pelindung diri merupakan penghalang atau barrier antara penolong dengan bahan-bahan yang berpotensi untuk menularkan penyakit (Wiknjosastro, 2008:80).

4) Lepas dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering (wiknjosastro, 2008:80).

Rasional: Cuci tangan adalah prosedur yang paling penting dari pencegahan penyebaran infeksi yang menyebabkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir (Wiknjosastro, 2008:18).

5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam (Wiknjosastro, 2008:80).

Rasional: Penggunaan sarung tangan merupakan tindakan kewaspadaan universal untuk melindungi memastikan tali pusat atau bagian kecil (tangan dan kaki) tidak teraba, menilai penurunan bagian terbawah janin dan tentukan bagian tersebut telah masuk ke dalam rongga panggul, menilai derajat penyusupan tulang kepala janin (Wiknjosastro, 2008:46).

9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan (Wiknjosastro, 2008:83).

Rasional: Pencegahan infeksi sangat penting dalam menurunkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir. Upaya dan keterampilan untuk melaksanakan prosedur pencegahan infeksi secara baik dan benar melindungi penolong persalinan terhadap resiko infeksi (Wiknjosastro, 2008:56).

10) Periksa DJJ setelah kontraksi/saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120–160 x/menit) (Wiknjosastro, 2008:83).

Rasional: Mendeteksi bradikardia janin dan hipoksia berkenaan dengan penurunan sirkulasi maternal dan penurunan perfusi plasenta yang disebabkan oleh anestesia, valsava manuver, atau posisi yang tidak tepat.

11) Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya (Wiknjosastro, 2008:83).

Rasional: Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya (janin, cairan ketuban, plasenta dan lain-lain) menekan vena kava inferior ibu. Hal ini akan mengurangi pasokan oksigen melalui sirkulasi uteroplasenter sehingga akan menyebabkan hipoksia pada bayi. Berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif (Enkin, et al dalam Wiknjosastro, 2008:87).

12) Minta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman) (Wiknjosastro, 2008:83).

Rasional: Posisi duduk atau setengah duduk dapat memberikan rasa nyaman bagi ibu dan memberi kemudahan baginya untuk beristirahat di antara kontraksi. Keuntungan dari kedua posisi ini adalah gaya gravitasi untuk membantu ibu melahirkan bayinya (Enkin, et al dalam Wiknjosastro, 2008:84).

13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran (Wiknjosastro, 2008:83).

Rasional: Meneran secara berlebihan menyebabkan ibu sulit bernapas sehingga terjadi kelelahan yang tidak perlu dan meningkatkan risiko asfiksia pada bayi sebagai akibat turunnya pasokan oksigen melalui plasenta (Enkin, et al dalam Wiknjosastro, 2008:81).

14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit (Wiknjosastro, 2008:84).

Rasional: Posisi berjalan, berdiri, atau jongkok dapat membantu turunnya kepala bayi dan seringkali memperpendek waktu persalinan (Wiknjosastro, 2008:55).

15) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5–6 cm (Wiknjosastro, 2008:89).

Rasional: Handuk pada perut ibu digunakan untuk persiapan mengeringkan bayi saat bayi lahir (Wiknjosastro, 2008:89).

16) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu (Wiknjosastro, 2008:83).

Rasional: Untuk melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya kepala bayi secara bertahap dan hati-hati dapat mengurangi regangan berlebihan (robekan pada vagina dan perineum) (Wiknjosastro, 2008:89).

17) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan (Wiknjosastro, 2008:80).

Rasional: Ketidaklengkapan alat, bahan-bahan, dan obat-obat esensial pada saat diperlukan akan meningkatkan risiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi baru lahir sehingga keadaan ini dapat membahayakan keselamatan jiwa mereka (Wiknjosastro, 2008:53).

18) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan (Wiknjosastro, 2008:83).

Rasional: Penggunaan sarung tangan merupakan tindakan kewaspadaan universal untuk melindungi dari setiap cairan atau rabas yang mungkin atau patogen yang menular melalui darah (Varney, 2007:1117).

19) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5–6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi 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.

Rasional: Melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya bayi secara bertahap dan hati-hati dapat mengurangi regangan berlebihan (robekan) pada vagina dan perineum (Wiknjosastro, 2008:89).

20) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran (Wiknjosastro, 2008:90).

Rasional: Perasat ini dilakukan untuk mengetahui apakah tali pusat berada di sekeliling leher bayi dan jika memang demikian, untuk menilai seberapa ketat tali pusat tersebut sebagai dasar untuk memutuskan cara mengatasi situasi tersebut (Varney, 2008:1146).

21) Tunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan (Wiknjosastro, 2008:90-91).

Rasional: Pengamatan yang cermat dapat mencegah setiap gangguan, memberi waktu untuk bahu berotasi internal ke arah diameter anteroposterior pintu bawah panggul (Varney, 2008:1147).

22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang (Wiknjosastro, 2008:91).

Rasional: Penempatan tangan ini dirancang untuk mencegah memegang bayi di bawah mandibula atau di sekeliling leher untuk melahirkan bahu dan badan bayi. Kelahiran bahu dan badan bayi dengan gerakan ke arah atas dan luar secara biparietal merupakan mekanisme persalinan yang disebut kelahiran bahu dan tubuh dengan fleksi lateral melalui kurva carus (Varney, 2008:1153).

23) Setelah bahu lahir, geser tangan bawah untuk kepala dan bahu. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas (Wiknjosastro, 2008:91).

Rasional: Tangan ini mutlak penting untuk mengontrol lengan atas, siku, dan tangan bahu belakang saat bagian-bagian ini dilahirkan karena jika tidak tangan atau siku dapat menggelincir keluar dan menimbulkan laserasi perineum (Varney, 2008:1148).

24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk di antara kaki dan

pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya) (Wiknjosastro, 2008:92).

Rasional: Tindakan ini memungkinkan Anda menahan bayi sehingga Anda dapat mengontrol kelahiran badan bayi yang tersisa dan menempatkan bayi aman dalam rengkuhan tangan Anda tanpa ada kemungkinan tergelincir melewati badan atau tangan atau jari-jari Anda (Varney, 2008:1148).

25) Lakukan penilaian bayi baru lahir.

Rasional: Proses penilaian sebagai dasar pengambilan keputusan bukanlah suatu proses sesaat yang dilakukan 1 kali. Penilaian ini menjadi dasar keputusan apakah bayi perlu resusitasi (Wiknjosastro, 2008:152).

26) Keringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Biarkan bayi di atas perut ibu.

Rasional: Hipotermi mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relatif hangat (Wiknjosastro, 2008:127).

Meletakkan bayi di atas abdomen ibu, memungkinkan ibu segera kontak dengan bayinya, menyebabkan uterus berkontraksi, dan mempertahankan bayi bebas dari cairan yang saat ini terakumulasi di meja atau tempat tidur di area antara kaki ibu (Varney, 2008:1154)

27) Dalam waktu 2 menit setelah bayi lahir, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Dorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

Rasional: Memberi cukup waktu bagi tali pusat mengalirkan darah kaya zat besi kepada bayi (Wiknjosastro, 2008:126).

28) Lakukan pemotongan dan pengikatan tali pusat.

Rasional: Sistem sirkulasi bayi baru lahir sekarang merupakan sistem sirkulasi tertutup, bertekanan tinggi dan berdiri sendiri (Varney, 2008:880).

29) Letakkan bayi di atas perut ibu agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi (Wiknjosastro, 2008: 92).

Rasional: Meletakkan bayi di atas abdomen ibu memungkinkan ibu segera kontak dengan bayinya, menyebabkan uterus berkontraksi, dan mempertahankan bayi bebas dari cairan yang saat ini terakumulasi di meja atau tempat tidur di area antara kaki ibu (Varney, 2008:1154).

30) Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi (Wiknjosastro, 2008:92).

Rasional: Bagian kepala bayi memiliki luas permukaan yang relatif luas dan bayi akan dengan cepat kehilangan panas jika bagian tersebut tidak tertutup (Wiknjosastro, 2008:129).

Kala III

31) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal) (Wiknjosastro, 2008:101).

Rasional: Oksitosin menyebabkan uterus berkontraksi yang akan sangat menurunkan pasokan oksigen pada bayi. Jangan menekan kuat korpus uteri karena dapat terjadi kontraksi tetanik yang akan menyulitkan pengeluaran plasenta (Wiknjosastro, 2008:101).

32) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik (Wiknjosastro, 2008:101).

Rasional: Dengan dilakukan penjelasan, pasien akan lebih tenang dan tidak cemas atas tindakan yang dilakukan.

33) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit intramuskular (IM) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin) (Wiknjosastro, 2008:101).

Rasional: 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 (Wiknjosastro, 2008:101).

34) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5–10 cm dari vulva (Wiknjosastro, 2008:101).

Rasional: Memegang tali pusat lebih dekat ke vulva akan mencegah avulsi (Wiknjosastro, 2008:101).

35) Letakkan 1 tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat (Wiknjosastro, 2008:101).

Rasional: Tindakan ini dilakukan untuk mendeteksi tanda-tanda pelepasan plasenta meliputi uterus mengalami perubahan bentuk dan tinggi, fundus berada di bawah pusat, tali pusat memanjang, dan semburan darah mendadak dan singkat (Wiknjosastro, 2008:100).

36) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorso-kranial) secara hati-hati. Jika plasenta tidak lahir setelah 30–40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas (Wiknjosastro, 2008:102).

Rasional: Melahirkan plasenta dengan teknik dorso-kranial dapat mencegah terjadinya inversio uteri (Wiknjosastro, 2008:102).

37) Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial) (Wiknjosastro, 2008:102).

Rasional: Segera melepaskan plasenta yang telah terpisah dari dinding uterus akan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu (Wiknjosastro, 2008:102).

38) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinl kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan (Wiknjosastro, 2008:104).

Rasional: Melahirkan plasenta dan selaputnya dengan hati-hati akan membantu mencegah tertinggalnya selaput ketuban di jalan lahir (Wiknjosastro, 2008:103).

39) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras) (Wiknjosastro, 2008:106).

Rasional: Tindakan masase fundus uteri dilakukan agar uterus berkontraksi. Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 15 detik, lakukan penatalaksanaan atonia uteri (Wiknjosastro, 2008:106).

40) Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus (Wiknjosastro, 2008:106).

Rasional: Inspeksi plasenta, ketuban, dan tali pusat bertujuan untuk mendiagnosis normalitas plasenta, perlekatan, dan tali pusat, untuk skrining kondisi yang tidak normal dan untuk memastikan apakah plasenta dan membran telah dilahirkan seluruhnya (Varney, 2007:1162).

41) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan (Wiknjosastro, 2008:114).

Rasional: Penjahitan laserasi untuk menyatukan kembali jaringan tubuh dan mencegah kehilangan darah. Penjahitan digunakan untuk mendekatkan kembali jaringan tubuh dan mencegah kehilangan darah (Wiknjosastro, 2008:177). Menurut (Wiknjosastro, 2008:115) ada beberapa tingkatan derajat laserasi, yaitu :

a) Derajat 1: Laserasi mulai dari mukosa vagina–komisura posterior–kulit perineum.

b) Derajat 2: Laserasi mulai dari mukosa vagina–komisura posterior–kulit perineum–otot perineum.

c) Derajat 3: Mukosa vagina–komisura posterior–kulit perineum–otot perineum–otot sfingter ani.

d) Derajat 4: Mukosa vagina–komisura posterior–kulit perineum–otot perineum–otot sfingter ani–dinding depan rektum.

Kala IV

42) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam (Wiknjosastro, 2008:107).

Rasional: Jika uterus tidak berkontraksi dengan segera setelah kelahiran plasenta, maka ibu dapat mengalami perdarahan sekitar 350–500 cc/menit dari bekas tempat melekatnya plasenta (Wiknjosastro, 2008: 107).

43) Lakukan inisiasi menyusui dini (IMD) dan biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam (Wiknjosastro, 2008:131).

Rasional: IMD dan kontak kulit antara ibu dengan bayi akan menstabilkan pernapasan, mengendalikan temperatur tubuh bayi, menurunkan kejadian ikterus, serta merangsang produksi oksitosin dan prolaktin pada ibu, memberikan kekebalan pasif pada bayi. (Wiknjosastro, 2008:131–132).

44) Lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir.

Rasional: Dari hasil pemeriksaan, bidan memastikan tingkat kesejahteraan bayi baru lahir dan mengidentifikasi masalah yang mungkin terjadi dan masalah yang sedang terjadi (Varney, 2007:915).

45) Setelah 1 jam pemberian vitamin K1,

Rasional: Vitamin K1 injeksi 1 mg IM untuk mencegah perdarahan bayi baru lahir akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir. (Wiknjosastro, 2008:140).

46) Berikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan saat setelah vitamin K atau pada saat ibu dan bayi pulang.

Rasional: Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu ke bayi (Wiknjosastro, 2008:140).

47) Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam (Wiknjosastro, 2008:107).

Rasional: Atonia uteri terjadi jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah dilakukan rangsangan taktil (massase) fundus uteri (Wiknjosastro, 2008:108).

48) Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.

Rasional: Jika ibu dan keluarga mengetahui cara melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi maka ibu dan keluarga mampu untuk segera mengetahui jika uterus tidak berkontraksi dengan baik (Wiknjosastro, 2008:107)

49) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah (Wiknjosastro, 2008:114).

Rasional: Memperkirakan kehilangan darah hanyalah salah satu cara untuk menilai kondisi ibu (Wiknjosastro, 2008:115).

50) Periksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascasalin dan setiap 30 menit selama jam kedua pascasalin (Wiknjosastro, 2008:117).

Rasional: Kandung kemih yang penuh bisa mengganggu kontraksi uterus (WHO, 2013: 48).

51) Pantau tanda-tanda bahaya pada bayi setiap 15 menit. Pastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40–60 kali/menit) serta suhu tubuh normal (36,5–37,5 °C) (Wiknjosastro, 2008:117).

Rasional: Mekanisme pengaturan temperatur tubuh pada bayi baru lahir (BBL) belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh maka bayi baru lahir dapat mengalami hipotermia (Wiknjosastro, 2008:127).

52) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.

Rasional: Mencuci dan membilas adalah tindakantindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua cemaran darah, cairan tubuh atau benda asing dari kulit atau instrumen/peralatan (Wiknjosastro, 2008:17).

53) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.

Rasional: Sebagian besar limbah persalinan dan kelahiran bayi adalah sampah terkontaminasi. Jika tidak dikelola dengan benar, sampah terkontaminasi berpotensi untuk menginfeksi siapapun yang melakukan kontak atau menangani sampah tersebut termasuk anggota masyarakat (Wiknjosastro, 2008:31).

54) Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir, dan darah.

Rasional: Kebersihan dan kondisi kering meningkatkan kenyamanan dan relaksasi serta menurunkan risiko infeksi (Varney, 2007:719).

55) Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

Rasional: Kebersihan dan kondisi kering meningkatkan kenyamanan dan relaksasi serta menurunkan risiko infeksi (Varney, 2007:719).

56) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.

Rasional: Pemberian ASI secara dini bisa merangsang produksi ASI, memperkuat refleks menghisap bayi. Refleks menghisap awal pada bayi paling kuat dalam beberapa jam pertama setelah lahir (Wiknjosastro, 2008:132).

57) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.

Rasional: Dekontaminasi adalah tindakan yang dilakukan untuk memastikan bahwa petugas kesehatan dapat menangani secara aman berbagai benda yang terkontaminasi darah dan cairan tubuh (Wiknjosastro, 2008:17).

58) Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

Rasional: Larutan klorin 0,5% cepat mematikan virus (Wiknjosastro, 2008:24).

59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

Rasional: Cuci tangan merupakan upaya yang paling penting untuk mencegah kontaminasi silang (Saifuddin, 2010:U-14).

60) Lengkapi partograf, periksa TTV, dan asuhan kala IV.

Rasional: Tekanan darah sistolik dan diastolik mengalami peningkatan setelah melahirkan, suhu akan stabil dalam 24 jam pertama pasca persalinan, denyut nadi akan meningkat selama persalinan dan kembali normal pada jam pertama pasca persalinan (Varney, 2008:961).

d. Masalah

Kala 1

1) Nyeri persalinan

Tujuan: Ibu dapat beradaptasi dengan kontraksi rahim

Kriteria

a) Kesejahteraan ibu

(1) Keadaan umum ibu baik, kesadaran komposmentis (Romauli, 2011:172)

(2) Ibu tampak rileks atau tenang di antara kontraksi

(3) Ibu dapat menggunakan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri

(4) Pada primigravida lama persalinannya adalah

10–12 jam, pada multigravida lama persalinannya adalah 8–10 jam (Manuaba, 2010:175).

(5) His pada kala I 3 – 4 kali dalam 10 menit, lama 40–60 detik, his kala II 4 – 5 kali dalam 10 menit, lama 60 – 90 detik, setelah bayi lahir sekitar 2 – 3 kali dalam 10 menit kemudian rahim berkontraksi untuk melepaskan plasenta dari insersinya, setelah plasenta lahir kontraksi tetap kuat dengan (Manuaba, 2010:171).

b) Kesejahteraan janin

DJJ 120–160 x/menit dan teratur (Handajani, 2010:21)

Intervensinya adalah:

a) Bantu dalam penggunaan teknik relaksasi dengan tarik napas panjang dari hidung dan menghembuskannya dari mulut dan masase abdomen.

Rasional: Dapat memblokir impuls nyeri dalam korteks serebral melalui respon kondisi dan stimulasikan, memudahkan kemajuan persalinan .

b) Kaji kebutuhan klien terhadap sentuhan fisik selama persalinan.

Rasional: Sentuhan dapat bertindak sebagai distraksi dan membantu mengalihkan perhatian dari persalinan.

c) Lakukan masase pada punggung dan memberikan dukungan sosial pada waktu his.

Rasional: Usapan pada punggung dengan pemberian tekanan eksternal pada tulang belakang (lumbal) menghilangkan tekanan internal pada tulang belakang (lumbal) oleh kepala janin sehingga mengurangi nyeri (Varney, 2007:720–721).

d) Berikan lingkungan tenang yang dengan ventilasi adekuat, lampu redup, dan tidak ada petugas yang tidak dibutuhkan.

Rasional: Membantu mengalihkan perhatian dari persalinan .

2) Cemas menghadapi persalinan

Tujuan: Ibu dapat beradaptasi dengan cemas

Kriteria: Ibu tampak rileks dengan situasi persalinan.

Intervensinya adalah:

a) Kaji tingkat dan penyebab kecemasan, kesiapan untuk melahirkan anak, latar belakang budaya dan peran orang terdekat.

Rasional: Cemas memperberat persepsi nyeri dan mempengaruhi teknik koping .

b) Anjurkan klien untuk mengungkapkan perasaannya.

Rasional: Stres, rasa takut, dan ansietas mempunyai efek yang dalam pada proses persalinan.

c) Tentukan kebutuhan hiburan, anjurkan berbagai aktivitas (misal jalan-jalan) atau mengajak ibu berbincang-bincang dengan tema yang ringan.

Rasional: Membantu mengalihkan perhatian dari persalinan .

d) Sadari kebutuhan klien dengan memberikan apa yang dibutuhkan ibu, misalnya air minum.

Rasional: Rasa peduli dari tenaga kesehatan terhadap kebutuhan dari ibu akan meningkatkan kepercayaan dan menimbulkan ketenangan bagi ibu.

e) Tingkatkan privasi dan penghargaan terhadap kesopanan. Gunakan penutupan selama pemeriksaan vagina.

Rasional: Menjaga privasi akan meningkatkan kesadaran terhadap kesopanan dan kepercayaan terhadap tenaga kesehatan .

f) Berikan kesempatan untuk percakapan termasuk pilihan nama bayi, perkiraan persalinan, dan persepsi/ rasa takut selama kehamilan.

Rasional: Adanya kesempatan untuk klien mengungkapkan kesenangan tentang diri sendiri, kehamilan, dan bayinya bertindak sebagai pengalihan untuk membantu melewati waktu persalinan .

3) Dehidrasi

Tujuan: Mempertahankan asupan cairan sesuai kebutuhan

Kriteria:Klien dapat mendemonstrasikan hidrasi yang adekuat, kebutuhan cairan minum terpenuhi \pm 3000 ml, turgor baik, bibir lembab dan kulit lembab.

Intervensiadalah:

a) Kaji tingkat kekeringan kulit dan mulut.

Rasional: Dehidrasi dapat berakibat pada peningkatan suhu tubuh, kulit kering dan penurunan produksi saliva .

b) Ukur jumlah dan karakter emesis.

Rasional: Mual dan muntah memperberat kehilangan cairan .

c) Berikan ibu makan dan minum.

Rasional: Pelepasan output yang banyak harus diimbangi dengan input untuk mengetahui adanya hidrasi adekuat (Walsh, 2007:318).

d) Anjurkan ibu minum yang manis.

Rasional: Memberikan tenaga kepada ibu dan meningkatkan cadangan makanan pada saat hipoglikemia.

e) Berikan cairan per oral sesuai izin atau secara parenteral.

Rasional: Menggantikan kehilangan cairan.

Larutan seperti ringer laktat diberikan secara intravena membantu memperbaiki atau mencegah ketidakseimbangan elektrolit .

4) Keletihan

Tujuan: Klien menggunakan teknik menghemat energi di antara kontraksi.

Kriteria:

a) Klien tampak rileks di antara kontraksi

b) TTV normal yaitu tekanan darah 100/70–130/90 mmHg, nadi 60-80 kali per menit, dan napas 16–24 kali per menit (Varney, 2008: 686)

c) His pada kala I 3 – 4 kali dalam 10 menit, lama 40–60 detik, his kala II 4 – 5 kali dalam 10 menit, lama 60 – 90 detik, setelah bayi lahir sekitar 2 – 3 kali dalam 10 menit kemudian rahim berkontraksi untuk melepaskan plasenta dari insersinya, setelah plasenta lahir kontraksi tetap kuat dengan (Manuaba, 2010:171).

d) Klien dapat mengejan dengan adekuat

(1)Intervensiadalah:

(a)Kaji derajat keletihan dengan melihat dari wajah ibu.

Rasional: Kelelahan dapat mengganggu kemampuan fisik dan psikologis klien.

(b) Sediakan lingkungan dengan penerangan redup dan tidak membingungkan klien.

Rasional: Penurunan stresor membantu meningkatkan istirahat.

(c) Berikan dorongan agar ibu tetap bersemangat.

Rasional:

Membantu klien mempertahankan usaha maksimal.

(d) Bantu ibu memilih posisi yang nyaman

Rasional: Posisi terlentang akan menekan vena cava inferior yang mengakibatkan hipoksia janin (Wiknjosastro, 2008: 55).

Rasional: posisi miring kiri dapat mempercepat penurunan bagian terendah janin sampai dasar panggul dan kepala janin tetap fleksi dan membantu sirkulasi dan oksigenasi ke janin (Handajani, 2010:37).

Rasional: posisi jongkok membantu turunnya kepala bayi dan memperpendek waktu persalinan (Wiknjosastro, 2008: 55).

(e) Anjurkan ibu makan dan minum.

Rasional: Ibu bersalin mudah sekali mengalami dehidrasi selama proses persalinan dan kelahiran bayi (Wiknjosastro, 2008: 81).

(f) Anjurkan klien istirahat di antara kontraksi.

Rasional: Menghemat kekuatan dan mengambil O₂ sebanyak-banyaknya yang diperlukan untuk mengejan

5) Potensial terjadi kala I memanjang (fase laten dan aktif)

Tujuan: Kala I segera terlewati ibu dan janin sehat tanpa komplikasi

Kriteria:

- a) Tidak terjadi infeksi intrapartum (Suhu 36,5-37,5oC).
- b) Tidak terjadi ruptur uteri
- c) Tidak terjadi cincin retraksi patologis
- d) Tidak terjadi fistula
- e) Tidak terjadi cedera otot-otot dasar panggul
- f) DJJ 120–160 x/menit, kuat dan teratur
- g) Tidak terjadi kaput suksedaneum dan tidak terjadi molase kepala janin

Intervensi

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008: 51), adalah sebagai berikut:

- a) Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawatdarurat obstetri dan bayi baru lahir.

Rasional: Mendapatkan penatalaksanaan yang tepat

- b) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

Rasional: Mengantisipasi adanya masalah/komplikasi dalam perjalanan

- c) Berikan dukungan dan semangat.

Rasional: Memberi motivasi dalam menghadapi persalinan

- 6) Potensial terjadi ketuban pecah dini

Tujuan: Kala I segera terlewati ibu dan janin sehat tanpa komplikasi.

Kriteria :

- a) Tidak terjadi infeksi maternal maupun neonatal
- b) Tidak terjadi hipoksia karena kompresi tali pusat

Intervensi

Intervensi menurut Wiknjastro (2008: 48):

a) Pastikan diagnosis (Uji lakmus dan Vagina Toucher)

Rasional: Diagnosis yang tepat adanya KPD dapat untuk melakukan tindakan selanjutnya

b) Baringkan ibu miring ke kiri

Rasional: Miring kiri yang dilakukan pada ibu bersalin dapat mempercepat penurunan kepala janin dan memperlanca aliran darah plasenta yang mengalir ke janin.

c) Observasi DJJ

Rasional: Perubahan DJJ menjadi bradikardi atau takikardi merupakan tanda adanya kegawatdaruratan janin.

d) Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan lanjut

Rasional: Rujukan yang tepat akan meminimal kemungkinan terjadinya komplikasi dan kematian pada ibu dan bayi.

e) Dampingi ibu ke tempat rujukan dan bawa partus set, kateter, penghisap lendir Delee dan handuk atau kain.

Rasional: Memeberikan dukungan pada ibu dan mengantisipasi apabila persalinan berlangsung selama proses rujukan.

Kala II

1) Potensial terjadi distosia bahu

Tujuan: Janin lahir selamat, tanpa komplikasi.

Kriteria:

Kriteria menurut Saifuddin (2009: 600) sebagai

berikut:

a) Tidak terjadi trauma persalinan pada bayi (fraktur klavikula dan humerus).

b) Tidak terjadi cedera fleksus brakialis.

c) Tidak terjadi hipoksia. Intervensi

Intervensi

Menurut Saifuddin (2010: 602-604), adalah segera panggil bantuan, lakukan manuver McRobert (ibu terlentang dengan memfleksikan kedua paha sehingga lutut menjadi sedekat mungkin ke dada, dan rotasikan kedua kaki ke arah luar), langkah kedua lakukan manuver Rubin (memutar bahu secara langsung atau melakukan tekanan suprapubik ke arah dorsal), langkah ketiga melahirkan bahu posterior, posisi merangkak dan manuver wood (memasukkan tangan penolong ke arah punggung bayi, temukan bahu posterior, telusuri lengan atas dan buat sendi siku menjadi fleksi. Pegang bagian lengan bawah dan buarlah mengusap ke arah dada bayi, sehingga bahu

2) Potensial terjadi kala II memanjang

Tujuan: Kala II segera terlewati ibu dan janin sehat tanpa komplikasi

Kriteria

a) Tidak terjadi infeksi intrapartum (Suhu 36,5-37,5°C).

b) Tidak terjadi ruptur uteri

c) Tidak terjadi cincin retraksi patologis

d) Tidak terjadi fistula

e) Tidak terjadi cedera otot-otot dasar panggul

f) DJJ 120–160 x/menit, kuat dan teratur

g) Tidak terjadi kaput suksedaneum dan tidak terjadi molase kepala janin. Intervensi menurut Wiknjosastro (2008: 51) sebagai berikut:

a) Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatlaksanaan gawatdarurat obstetri dan bayi baru lahir.

Rasional: rujukan yang tepat akan meminimal kemungkinan terjadinya komplikasi dan kematian pada ibu dan bayi.

b) ibu ke tempat rujukan.

Rasional: mengantisipasi apabila persalinan berlangsung selama proses rujukan dan terjadi komplikasi lain.

3) Potensial terjadi gawat janin

Tujuan: Janin lahir selamat, tanpa komplikasi.

Kriteria:

a) DJJ 120-160 kali per menit

b) Bayi lahir sehat

Intervensi menurut Wiknjastro (2008: 94) sebagai berikut:

a) Baringkan miring ke kiri, anjurkan ibu untuk menarik nafas panjang perlahan-lahan dan berhenti meneran.

Rasional: Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya (janin, cairan ketuban, plasenta, dll) menekan vena cava inferior ibu. Hal ini akan mengurangi pasokan oksigen melalui sirkulasi uteroplasenta dan akan menyebabkan hipoksia pada bayi. Berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif (Ankin, et al dalam Wiknjastro, 2008: 87).

b) Nilai ulang DJJ setelah 5 menit.

(1) Jika DJJ normal, minta ibu kembali meneran dan pantau DJJ setelah setiap kontraksi. Pastikan ibu tidak berbaring telentang dan tidak menahan nafasnya saat meneran.

(2) Jika DJJ abnormal, rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawatdarurat obstetri dan bayi baru lahir.

Rasional: Perubahan DJJ menjadi bradikardi atau takikardi merupakan tanda adanya kegawatdaruratan janin. Jika DJJ normal, minta ibu kembali meneran dan pantau DJJ setelah setiap kontraksi. Pastikan ibu tidak berbaring telentang dan tidak menahan nafasnya saat meneran. Jika DJJ abnormal, rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawatdarurat obstetri dan bayi baru lahir.

c) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

Rasional: mengantisipasi apabila persalinan berlangsung selama proses rujukan dan terjadi komplikasi lain 4) Robekan vagina, perineum atau serviks

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan robekan vagina, perineum atau serviks dapat teratasi.

Kriteria: Perdarahan yang keluar tidak lebih dari 500 cc

Intervensi:

- a) Lakukan pemeriksaan secara hati-hati
 - b) Jika terjadi laserasi derajat satu atau dua lakukan penjahitan
 - c) Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks: Pasang infus dengan menggunakan jarum besar (ukuran 16 dan 18) dan berikan RL atau NS
 - d) Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawatdarurat obstetri
 - e) Dampingi ibu ke tempat rujukan
- 5) Potensial terjadi asfiksia neonatorum pada bayi baru lahir

Tujuan: Asfiksia neonatorum teratasi dan tidak terjadi komplikasi pada bayi

Kriteria:

- a) Bayi bernafas spontan, menangis kuat, dan bergerak aktif
- b) Warna kulit kemerahan
- c) Denyut jantung bayi > 100 kali per menit

Intervensi

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:158) sebagai berikut:

- a) Lakukan langkah awal yang meliputi: jaga bayi tetap hangat, atur posisi, isap lendir, keringkan dan rangsang bayi, atur kembali posisi kepala bayi dan selimuti bayi serta lakukan penilaian pada bayi.
- b) Jika bayi tidak bernapas atau bernapas megapmegap, lakukan resusitasi.
- c) Jika bayi bernapas normal, lakukan asuhan pascaresusitasi.

Kala III

1) Potensial terjadi retensio plasenta

Tujuan: Avulsi tidak terjadi, plasenta lahir lengkap

Kriteria: Tali pusat lahir utuh

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:118), adalah sebagai berikut:

- a) Jika plasenta terlihat, lakukan penegangan tali pusat terkendali dengan lembut dan tekanan dorso kranial pada uterus, minta ibu untuk meneran agar plasenta keluar
- b) Setelah plasenta lahir: lakukan masase pada uterus dan periksa plasenta.
- c) Jika plasenta masih di dalam uterus dan terjadi perdarahan berat, pasang infus menggunakan jarum besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan RL atau NS dengan 20 unit oksitosin. Coba lakukan plasenta manual dan lakukan penanganan lanjut.
- d) Bila tidak memenuhi syarat plasenta manual di tempat atau tidak kompeten maka segera rujuk ibu ke fasilitas terdekat dengan kapabilitas kegawatdaruratan obstetri.
- e) Dampingi ibu ke tempat rujukan.
- f) Tawarkan bantuan walaupun ibu telah dirujuk dan mendapat pertolongan di fasilitas kesehatan rujukan.

2) Potensial terjadi avulsi tali pusat

Tujuan: Avulsi tidak terjadi

Kriteria: Tali pusat lahir utuh

Intervensi:

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:119) sebagai berikut:

- a) Palpasi uterus untuk melihat kontraksi, minta ibu meneran pada setiap kontraksi.
- b) 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.
- c) Setelah plasenta lahir, lakukan massase uterus dan periksa plasenta.
- d) Jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit, tangani sebagai retensio plasenta.

Kala IV

(1) Kemungkinan terjadinya atonia uteri

Tujuan: Uterus berkontraksi baik dan tidak terjadi syok hipovolemik

Kriteria: Uterus berkontraksi baik, perdarahan berkurang

Intervensi: Intervensi menurut Wiknjosastro (2008: 108) dengan dilakukan KBI, KBE, dan KAA.

2.2.3 Asuhan Kebidanan Nifas

1. Data Subyektif

a. Biodata

Meliputi nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, suku/bangsa dan alamat.

b. Keluhan utama

Menurut Varney, Kriebs dan Gegor (2008: 974-977) keluhan yang sering dialami ibu masa nifas antara lain sebagai berikut:

1) After pain

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 (sementara) 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 normal cairan intraseluler selama kehamilan.

3) Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi, dan stasis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ke 3 paska salin baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui, dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam. Nyeri tekan payudara dapat menjadi nyeri hebat terutama jika bayi mengalami kesulitan dalam menyusui.

4) Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan nyeri akibat laserasi atau episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut.

5) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum.

6) Hemoroid

Wanita yang mengalami hemoroid mungkin merasa nyeri selama beberapa hari. Pada persalinan dapat menjadi edema selama ibu mendorong bayi pada kala II persalinan karena tekanan bayi dan distensi saat melahirkan.

c. Riwayat kesehatan

1) Anemia

Anemia post partum akan 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). Menurut Manuaba (2010:30) tingkatan derajat anemia sebagai berikut Hb ≥ 11 gr% tidak anemia, Hb 9 - < 11 gr% anemia ringan, Hb 7 - < 9 gr% anemia sedang, Hb < 7 gr% anemia berat.

2) Penyakit TBC

Ibu dengan tuberculosis aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Manuaba, 2010: 336).

3) Sifilis

Dapat menyebabkan infeksi pada bayi dalam bentuk Lues Kongenital (Pemfigus Sifilitus, Deskuamasi kulit telapak tangan dan kaki, terdapat kelainan pada mulut dan gigi) (Manuaba, 2010: 338).

4) Penyakit asma

Pada persalinan kala II, diafragma dan paru-paru dapat membantu mempercepat persalinan dengan jalan mengejan dan menahan nafas. Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O₂ dan CO₂ (Manuaba, 2010: 336).

5) Pengaruh penyakit jantung dalam masa pasca persalinan/ nifas menurut Manuaba (2010: 337)

6) 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.

7) Saat laktasi kekuatan jantung diperlukan untuk membentuk ASI.

8) Mudah terjadi infeksi post partum, yang memerlukan kerja tambahan jantung

9) Ibu yang pernah mengalami episode hipertensi pada kehamilan dapat terus mengalaminya hingga pascapartum (Fraser, 2009: 629).

10) WHO menganjurkan agar ibu dengan HIV (+) tetap menyusui bayinya mengingat manfaat ASI yang lebih besar dibandingkan dengan risiko penularan HIV (Wiknjosastro, 2008: 557)

11) Ibu dengan hepatitis dapat menularkan pada anaknya yang terjadi saat lahir dan setelah lahir adalah melalui pencernaan yang menelan darah dari perlukaan jalan lahir, ASI, kontak langsung dengan sekret dari Ibu (Wiknjosastro, 2008: 560).

d. Riwayat kebidanan

1) Riwayat haid

Dengan memberikan ASI kembalinya menstruasi atau 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 (Manuaba, 2010: 203).

Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama meneteki (Saifuddin, 2009: 129).

2) Riwayat nifas yang lalu

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan post partum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui eksklusif sampai usia anak 6 bulan.

Terdapat pengeluaran lochea rubra sampai hari ketiga berwarna merah. Lochea serosa hari keempat sampai kesembilan warna kecoklatam. Lochea alba hari kesepuluh sampai kelimabelas warna putih dan kekuningan. Ibu dengan riwayat pengeluaran lochea purulenta, lochea stasis, infeksi uterin, rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus. Dan ibu meneteki eksklusif selama 6 bulan. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba, 2010: 201).

3) Riwayat KB

Ibu yang menyusui secara eksklusif, menyusui secara penuh (full breast feeding)/ on demand, bayi berumur kurang dari 6 bulan dan belum mendapatkan haid sejak setelah

melahirkan dapat menggunakan KB MAL sampai bayi berusia 6 bulan dan dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya (Saifuddin, 2013: MK-1). Metode amenorrhoe laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan baru (Saifuddin, 2009:129). Menurut Manuaba (2012:204), pemeriksaan postpartum merupakan waktu yang tepat untuk membicarakan metode KB untuk menjarangkan atau menghentikan kehamilan. Khusus untuk mendapatkan pelayanan kontak wanita (Metode Operasi Wanita) sama sekali tidak diperlukan hamil. Pelayanan kontak dapat dilayani setiap saat dikehendaki. Pemasangan AKDR post plasenta dimana pasien mendapat pemasangan AKDR pascapersalinan dan pada saat seksio sesarea, dilakukan pemasangan segera setelah melahirkan, selama 48 jam, namun angka ekspulsi sangat tinggi. AKDR post plasenta tidak dianjurkan bagi ibu dengan riwayat ketuban pecah lama, infeksi intrapartum, perdarahan postpartum (Saifuddin, 2013: MK-85 –Mk-86). Menurut Ambarwati (2010: 134) riwayat KB sebelumnya ditanyakan tentang jenis kontrasepsi yang digunakan, lama penggunaan, keluhan selama menggunakan KB, rencana kontrasepsi setelah masa nifas ini.

e. Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Ibu menyusui harus mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (dianjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui). Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin. Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASInya (Saifuddin, 2009: 128). Berikut asupan jumlah porsi kecukupan energi untuk kelompok ibu menyusui dapat dilihat pada Tabel 2.17 berikut:

Tabel 2.15 Asupan Jumlah Porsi Kecukupan Energi Untuk Kelompok Ibu Menyusui

Bahan Makanan	Kebutuhan dalam Sehari	Berat
Nasi	6 porsi (nasi 1 porsi= $\frac{3}{4}$ gelas)	100 gr = 175 kkal
Sayur	4 porsi (sayur 1 porsi= 1 gelas)	100 gr = 25 kcall

Buah	4 porsi (buah 1 porsi= 1 buah pisang ambon)	50 gr = 50 kkal
Tempe	4 porsi (tempe 1 porsi= 2 potong tempe sedang)	50 gr = 80 kkal
Daging	3 porsi (daging 1 porsi= 1 potong daging sedang)	35 gr = 50 kka
Susu	1 porsi (susu 1 porsi= 1 gelas susu)	200 gr = 50 kkal
Minyak	6 porsi (minyak 1 porsi= 1 sendok teh minyak)	5 gr = 50 kkal
Gula	porai (gula 1 porsi= 1 sendok makan gula)	20 gr = 50 kkal

(Sumber: Permenkes No. 41, 2014:86-89)

2) Eliminasi

Segera setelah pascapartum kandung kemih, edema, mengalami kongesti, dan hipotonik, yang dapat ,menyebabkan overdistensi, pengosongan yang tidak lengkap, dan residu urien yang berlebihan kecuali perawatan diberikan untuk memastikan berkemih secara periodik. Efek persalinan pada kandung kemih dan uretra menghilang dalam 24 jam pertama pascapartum, kecuali wanita mengalami infeksi saluran kemih. Diuresis mulai segera setelah melahirkan dan berakhir hingga hari kelima pascapartum. Diuresis adalah rute utama tubuh untuk membuang kelebihan cairan interstisial dan kelebihan volume cairan (Varney, 2008:961). Miksi dan defekasi diatur sehingga kelancaran kedua sistem tersebut dapat berlangsung dengan baik (Manuaba, 2010: 202). Menurut Bahiyatun (2009: 77), berkemih harus terjadi dalam 4-8 jam pertama dan minimal sebanyak 200 cc. Anggraini (2010:56) menjelaskan bahwa sulit BAB (konstipasi) dapat terjadi karena ketakutan akan rasa sakit, takut jahitan terbuka, atau karena adanya haemorroid. Buang air besar harus dilakukan 3-4 hari pasca persalinan. Bila masih sulit buang air besar dan terjadi obstipasi apalagi berak keras dapat diberikan obat laksans per oral atau rektal. Menurut Ambarwati (2010:105), miksi disebut normal jika ibu dapat buang air kecil spontan setiap 3 – 4 jam. Ibu diusahakan dapat buang air kecil sendiri,

bila tidak dilakukan dengan tindakan: dirangsang dengan mengalirkan air kran di dekat klien dan mengompres air hangat diatas simpisis. Cara di atas jika tidak berhasil dilakukan kateterisasi. Ambarwati (2010:106) menambahkan biasanya 2 – 3 hari post partum masih sulit buang air besar. Jika klien pada hari ke tiga belum juga buang air besarmaka diberikan laksan supositoria dan minum air hangat. Buang air besar agar secara teratur dapat dilakukan diit teratur, pemberian cairan yang banyak, makanan cukup serta olahraga.

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 (Saifuddin, 2009: 127).Pakaian agak longgar terutama di daerah dada sehingga payudara tidak tertekan. Pakaian dalam sebaiknya yang menyerap, sehingga lochea tidak memberikan iritasi pada sekitarnya. Kassa pembalut sebaiknya dibuang setiap saat terasa penuh dengan lochea (Manuaba, 2010: 202)

4) Istirahat

Beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal, yaitu: mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Saifuddin, 2009: 127).

5) Aktivitas

Diskusikan pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu, seperti mengurangi rasa sakit pada punggung (Saifuddin, 2009: 127). Menurut Wiknjastro (2009: 243), sesudah 8 jam, ibu boleh miring ke kiri atau ke kanan, untuk mencegah adanya thrombosis. Ibu dan bayi dapat ditempatkan dalam satu kamar bersama disebut rooming in, atau pada kamar yang terpisah. Pada hari kedua, bila perlu, telah dapat dilakukan latihan senam. Umumnya hari ketiga ibu dapat duduk, pada hari keempat berjalan, dan pada hari kelima

dapat dipulangkan. Sebelum menyusui payudara harus lemas dengan melakukan massage secara menyeluruh, dibersihkan pada area areola dan puting, barulah bayi disusui.

f. Latar belakang sosial budaya

Menurut Saifuddin (2009: 130-131), kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan, antara lain:

Menghindari makanan yang berprotein, seperti ikan/telur karena ibu menyusui perlu tambahan kalori sebesar 500 kalori/hari, penggunaan bebet perut segera pada masa nifas (2-4 jam pertama), penggunaan kantong es batu pada masa nifas (2-4 jam pertama), penggunaan kantong es batu atau pasir untuk menjaga uterus berkontraksi karena merupakan perawatan yang tidak efektif untuk atonia uteri, 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 menyusui.

g. Psikososial dan spiritual

Menurut Anggraini (2010: 80–81), membagi 3 tahap psikologi masa nifas:

1) Taking in (1-2 hari postpartum)

Wanita menjadi pasif dan sangat tergantung serta berfokus pada dirinya, tubuhnya sendiri. Mengulang-ulang menceritakan pengalaman proses bersalin yang dialami. Wanita yang baru melahirkan ini perlu istirahat atau tidur untuk mencegah gejala lelah, cepat tersinggung, campur baur dengan proses pemulihan.

2) Taking hold (2-4 hari postpartum)

Ibu khawatir akan kemampuannya untuk merawat bayinya dan khawatir tidak mampu bertanggung jawab untuk merawat bayinya. Wanita postpartum ini berpusat pada kemampuannya dalam mengontrol diri, fungsi tubuh. Berusaha untuk menguasai kemampuan untuk merawat bayinya, cara menggendong dan menyusui, memberi minum, mengganti popok. Wanita pada masa ini sangat sensitif akan ketidakmampuannya, cepat tersinggung dan cenderung menganggap pemberitahuan bidan atau perawat sebagai teguran, maka hati-hati dalam berkomunikasi dengan wanita ini dan perlu memberi support.

3) Letting go

Pada masa ini pada umumnya ibu sudah pulang dari RS. Ibu mengambil tanggung jawab untuk merawat bayinya, dia harus menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayi, begitu juga adanya greffing karena dirasakan sebagai mengurangi interaksi sosial tertentu. Depresi postpartum sering terjadi pada masa ini.

h. 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. Begitu darah merah berhenti dan ibu tidak merasakan ketidaknyamanan, aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap. Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan (Saifuddin, 2009:128).

2. Data obyektif

a. Keadaan umum: kesadaran komposmetis (Manuaba, 2010:114).

b. Tanda-tanda vital

1) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolik, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari (Varney, 2008: 961). Tekanan darah biasanya tidak berubah. Tekanan darah tinggi pada saat postpartum dapat menandakan terjadinya pre eklamsi postpartum (Ambarwati, 2010: 85).

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 memengaruhi proses ini. Apabila denyut nadi di atas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi pascapartum lambat (Varney, 2008: 961).

3) Suhu

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh tapi tidak lebih dari 380C. Bila terjadi peningkatan melebihi 380 C berturut-turut selama 2 hari, kemungkinan terjadi infeksi (Manuaba, 2010: 201). Suhu maternal kembali normal dari suhu yang sedikit meningkat selama periode intrapartum dan stabil dalam 24 jam pertama pascapartum (Varney, 2008: 961).

4) Pernafasan

Napas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kelelahan cairan. Eksaserbasi asma, dan embolus paru (Varney, 2008: 961). Pernafasan harus berada dalam rentang yang normal, yaitu sekitar 20 – 30 x/ menit.

c. Pemeriksaan fisik

1) 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).

2) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011:174).

3) 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 (Saifuddin, 2009: 124). Menunjukkan adanya kolostrum dan penatalaksanaan puting susu pada wanita menyusui (Varney, 2008:969). Pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi, dan stasis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat

pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ke 3 pascapartum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui, dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam. Nyeri tekan payudara dapat menjadi nyeri hebat terutama jika bayi mengalami kesulitan dalam menyusui. Peningkatan metabolisme akibat produksi air susu dapat menyebabkan peningkatan suhu tubuh ringan (Varney, 2008:974).

4) Abdomen

Pada abdomen kita harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan ukuran kandung kemih (Saifuddin, 2009:124). Menurut Varney (2008:1064), pemeriksaan abdomen pascapartum dilakukan selama periode pascapartum 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. Oleh karena itu bukti dari kandung kemih yang penuh harus dievaluasi dalam pemeriksaan abdomen. Distensi kandung kemih dapat terlihat sebagai penonjolan pada kontur abdomen di atas simpisis pubis yang memanjang ke arah umbilikus.

b) Pemeriksaan uterus

Mencatat lokasi, ukuran, dan konsistensi. Penentuan lokasi uterus dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada di atas atau di bawah 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 distasis

Penentuan jumlah diastasis rekti digunakan sebagai alat obyektif untuk mengevaluasi tonus otot abdomen. Diastasis adalah derajat pemisahan otot rektus abdomen (rektus abdominis). Pemisahan ini diukur menggunakan lebar jari ketika otot-otot abdomen berkontraksi dan sekali lagi ketika otot-otot tersebut relaksasi. Segera janin dilahirkan fundus uteri kira-kira setinggi pusat, segera setelah plasenta lahir tinggi fundus uteri + 2 jari di bawah pusat. Pada hari

ke-5 postpartum uterus kurang lebih setinggi 7 cm di atas simfisis atau setengah simfisis pusat, sesudah 12 hari uterus tidak dapat diraba lagi di atas simfisis (Wiknjastro, 2008:237). Setelah persalinan, dinding perut longgaar karena diregang begitu lama, tetapi biasanya pulih kembali dalam 6 minggu. Kadang-kadang pada wanita yang asthenis terjadi diastasis dari otot-otot rectus abdominis sehingga sebagian dari dinding perut di garis tengah hanya terdiri dari peritoneum, fascia tipis dan kulit. Tempat yang lemah ini menonjol kalau berdiri atau mengejan. Melalui latihan postnatal, otot-otot dari dinding abdomen seharusnya dapat normal kembali dalam beberapa minggu. Ukuran diastasis rektus abdominalis (derajat pemisahan otot rektus abdominalis) sebagai evaluasi denyut otot abdominal dengan menentukan derajat diastasis (Anggraini, 2010: 126). Menurut (Varney, 2010: 186), penentuan jumlah diastasis rekti digunakan sebagai alat objektif untuk mengevaluasi tonus otot abdomen. Diastasis rekti 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. Catat hasil pemeriksaan anda sebagai suatu pecahan yang didalamnya pembilang mewakili lebar diastasis dalam hitungan lebar jari ketika otot-otot mengalami kontraksi dan pembagimewakili lebar diastasis dalam hitungan lebar jari ketika otot-otot relaksasi misalnya diastasis yang ukurannya dua lebar jari ketika otot-otot berkontraksi dan lima lebar jari ketika otot-otot relaksasi akan dicatat sebagai berikut: diastasis= $\frac{2}{5}$ jari. rangkaian pengukuran dapat tertulis sebagai berikut: diastasis = dua jari ketika otot-otot berkontraksi dan lima jari ketika otot-otot relaksasi.

d) Memeriksa adanya nyeri tekan CVA (Costovertebral Angel) Nyeri yang muncul diarea sudut CVA merupakan indikasi penyakit ginjal.

5) Genetalia dan Anus

Pemeriksaan tipe, kuantitas, dan bau lokia, pemeriksaan perineum terhadap memar, edema, hematoma, penyembuhan setiap jahitan, inflamasi, supurasi (Varney, 2008:969). Setelah persalinan, vagina meregang dan membentuk lorong berdinding lunak dan luas yang ukurannya secara perlahan mengecil, tetapi jarang kembali ke ukuran nullipara. Kadang-kadang pada persalinan lama, ditemukan edema dan memar pada dinding vagina. Rugae terlihat kembali pada minggu ketiga. Himen muncul sebagai jaringan kecil yang

selama proses sikatrisasi diubah menjadi karunkulae mirtiformis yang merupakan ciri khas wanita yang pernah melahirkan (Bahiyatun, 2009:1) Hal yang perlu dilihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah penjahitan laserasi atau luka episiotomi, pembengkakan, luka dan hemoroid (Saifuddin, 2009:125). Jika wanita mengalami hemoroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari, jika terjadi selama kehamilan, hemoroid menjadi tarauomatis dan menjadi edema selama wanita mendorong bayi pada kala II persalinan karena tekanan bayi dan distensi saat melahirkan (Varney, 2008: 977).

6) Ekstremitas

Menurut Manuaba (2010: 418), normal, tidak terdapat flagmasia alba dolens yang merupakan salah satu bentuk infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena temoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa sangat nyeri, tampak bendungan pembuluh darah, suhu tubuh meningkat. Anggraini (2010:131) menambahkan untuk memeriksa adanya tromboplebitis dan edema yang disebabkan karena tidak lancarnya peredaran darah daat masa nifas, selain itu menilai pembesaran varices, dan mengukur reflek patela (jika ada komplikasi menuju eklampsia postpartum).

d. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (Hb) dapat dilakkukan dengan menggunakan alat Sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan Sahli dapat digolongkan sebagai berikut:

Tidak anemia jika Hb ≥ 11 g%, anemia ringan jika Hb 9 - <11 gr%, anemia sedang jika Hb 7 - <9 gr%, anemia berat jika Hb < 7 gr% (Manuaba,2010: 239)

e. Terapi yang didapat

Terapi yang diberikan pada ibu nifas menurut Bahiyatun (2009: 129) yaitu: Pil zat besi besi 250 mg sebanyak 40 tablet, Vitamin A 200.000 unit.

3. Assesment

Menurut Marmi (2012: 183) dignosa kebidanan pada ibu nifas adalah PAPIAH, post partum hari/ jam..., jenis persalinan..., belakang kepala, anak tunggal, laktasi lancar/

belum, involusio baik/ tidak, lochea normal, dengan kemungkinan masalah kurangnya perawatan diri (Personal Hygiene), kurangnya kebutuhan istirahat, after pains atau kram perut, nyeri perineum, gangguan eliminasi BAB, KU baik, Prognosa baik.

4. Penatalaksanaan

a. Diagnosa

PAPIAH, post partum hari/ jam..., jenis persalinan..., belakang kepala, anak tunggal, laktasi lancar/ belum, involusio baik/ tidak, lochea normal, KU baik, Prognosa baik.

b. Tujuan

Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi bagi ibu dan bayi.

c. Kriteria

Kriteria menurut Saifuddin (2009: N-32) sebagai berikut:

- 1) Keadaan umum, kesadaran komposmetis.
- 2) Kontraksi uterus baik (bundar dan keras)
- 3) Tanda-tanda vital dalam batas normal, yaitu Tekanan Darah 110/70-130/90 mmHg, nadi 60-80 x/menit, suhu: 36-37,50C, respirasi 16-24x/menit
- 4) Laktasi lancar, kolostrum merupakan cairan yang pertama kali disekresi oleh kelenjar payudara mulai dari hari pertama sampai hari ketiga atau keempat. ASI masa peralihan diproduksi pada hari keempat sampai kesepuluh. ASI matur merupakan ASI yang disekresi pada hari kesepuluh sampai seterusnya (Anggraini, 2010:19-20). dapat dilihat pada tabel 2.18

Tabel 2.16 Tahap peralihan ASI

Jenis	Ciri - ciri	Disekresi Hari ke-
Colostrum	Warna kuning, lebih banyak mengandung protein, mineral, rendah karbohidat dan lemak, bila di paskan akan menggumpal	Hari ke-1 sampai hari ke-3

ASI peralihan	Kadar protein rendah, tinggi karbohidrat dan lemak, volume meningkat	Hari ke-4 sampai hari ke-10
ASI matur	Warna putih kekuningkuningan, tidak menggumpal jika dipanaskan	Hari ke 10 dan seterusnya

(Sumber: Wiknjosastro, 2008:97)

5) Involusi normal, kontraksi uterus keras dan bundar, Pada saat bayi lahir fundus uteri setinggi pusat, pada akhir kala III TFU teraba 2 jari di bawah pusat, pada 1 minggu post partum TFU teraba pertengahan pusat simfisis, pada 2 minggu post partum TFU teraba di atas simfisis, pada 6 minggu post partum, fundus uteri mengecil (tak teraba) Sulistyawati (2009: 74). Penurunan TFU sesuai dengan hari dapat dilihat dalam tabel 2.19.

Tabel 2.17
Proses involusi uteri

Waktu involusi	Tinggi fundus	Berat uterus (g)
Plasenta lahir	Sepusat	1000
7 hari	Pertengahan pusat-simfisis	500
14 hari	Tidak teraba	350
42 hari	Sebesar hamil 2 minggu	50
56 hari	Normal	30

(Sumber : Manuaba, Ida Ayu Chandranita, dkk. 2010:200)

6) Lochea normal

Lochea rubra (kruenta) keluar dari hari ke 1- 3 hari, berwarna, merah dan hitam, lochea sanguinolenta, keluar dari hari ke 3-7 hari, berwarna putih bercampur merah, lochea serosa, keluar dari hari ke 7-14 hari, berwarna kekuningan, lochea alba, keluar setelah hari ke 14, berwarna putih (Manuaba, 2010: 201).

7) Luka jahitan sembuh dan kering dalam 6-7 hari post partum.

8) Dapat berkemih setelah 4 jam post partum dan defekasi setelah 3-4 hari post partum

d. Intervensi

1) Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu.

Rasional: Ibu mengetahui keadaan dirinya dan lebih kooperatif dengan tindakan yang akan dilakukan.

2) Jelaskan tentang fisiologi nifas

Rasional: Ibu memahami perubahan-perubahan yang terjadi pada ibu nifas.

3) Jelaskan komplikasi atau tanda bahaya nifas.

Rasional: Ibu dapat mendeteksi dini adanya kelainan, sehingga bisa segera ditangani

4) Jelaskan pada ibu tentang kebutuhan dasar ibu nifas dan pemenuhannya meliputi nutrisi, eliminasi, personal hygiene, aktivitas, istirahat, perawatan payudara, senam nifas, perawatan BBL, kehidupan seksual, dan KB.

Rasional: Ibu mampu mengerti pola kehidupan sehari-hari yang baik selama masa nifas.

5) Beritahu ibu mengenai perawatan bayi meliputi perawatan tali pusat, ASI eksklusif (6 bulan), posyandu, imunisasi, tanda-tanda bayi sehat.

Rasional: Ibu dapat merawat bayinya dengan baik.

6) Observasi TTV, Bandung kemih, kontraksi uterus, TFU, laktasi, lochea

Rasional: Deteksi dini adanya kelainan, sehingga bisa segera diatasi.

7) Menurut Saifuddin (2009: 123) dilakukan kunjungan masa nifas adalah sebagai berikut:

a) 6-8 jam setelah persalinan.

Tujuan:

- (1) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
 - (2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan rujuk jika perdarahan berlanjut.
 - (3) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
 - (4) Pemberian ASI awal.
 - (5) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
 - (6) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.
 - (7) Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.
- b) 6 hari setelah persalinan
- (1) Memastikan involusi uterus untuk berjalan dengan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
 - (2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
 - (3) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
 - (4) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.
 - (5) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
- c) 2 minggu setelah persalinan
- (1) Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
 - (2) Menilai tanda- tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.

(3) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.

(4) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.

(5) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

d) 6 minggu setelah persalinan

(1) Menanyakan pada ibu tentang penyulitpenyulit yang ia atau bayi alami.

(2) Memberikan konseling KB secara alami.

Rasional: untuk mengetahui involusi normal dan berfungsinya kembali alat kandungan.

e. Masalah

1) Kurangnya perawatan diri (Personal Hygiene)

a) Tujuan: Perawatan diri dapat terpenuhi

b) Kriteria

(1) Infeksi tidak terjadi

(2) Pasien tampak lebih nyaman dan segar

c) Intervensi

Intervensi menurut Saifuddin (2009:127) sebagai berikut:

(1) Berikan penjelasan tentang pentingnya perawatan diri selama nifas.

Rasional: Ibu dapat mengerti bagaimana cara perawatan diri pada masa nifas.

(2) Anjurkan ibu untuk mandi 2x sehari.

Rasional: Ibu dapat menjaga cara kebersihan diri sendiri.

(3) Ajarkan pada ibu cara vulva hygiene yang benar.

Rasional: Dapat mencegah masuknya bibit penyakit yang masuk melalui vagina.

2) Kurangnya kebutuhan Istirahat

a) Tujuan: Kebutuhan istirahat terpenuhi

b) Kriteria

(1) Pasien tidak depresi

(2) Pasien tidak merasa kelelahan

c) Intervensi

Intervensi menurut Saifuddin (2009:127) sebagai berikut:

(1) Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.

Rasional: Dengan istirahat cukup kebutuhan istirahat ibu akan terpenuhi dan ibu tidak kelelahan

(2) Sarankan ia untuk kembali ke kegiatan-kegiatan rumah tangga biasa perlahan-lahan serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur.

Rasional: Ibu post partum mempunyai 3 fase untuk kembali ke kegiatan-kegiatan rumah tangga biasa perlahan-lahan yaitu taking in, taking hold, leting go (Varney, 2008: 963).

(3) Jelaskan pada ibu pentingnya kebutuhan istirahat

Rasional:

Kurang istirahat akan mempengaruhi produksi ASI dan proses involusi (Saifuddin, 2009:127).

3) After pains atau kram perut

a) Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya

b) Kriteria

(1) Kram perut berkurang

(2) Aktifitas sehari-hari tidak terganggu.

c) Intervensi

Intervensi menurut Bahiyatun (2009:123) sebagai berikut:

(1) Jelaskan pada ibu penyebab kram perut

Rasional: Kram perut dikarenakan kontraksi dan relaksasi terus menerus pada uterus.

(2) Kosongkan kandung kemih

Rasional: Kandung kemih yang penuh menyebabkan kontraksi uterus tidak optimal

(3) Ibu dapat telungkup dengan bantal di bawah perut dan jelaskan bahwa pertama kali akan dirasakan kram yang hebat sekitar 5 menit sebelum nyeri hilang.

Rasional: Dengan posisi telungkup dapat menekan kram di bawah perut sehingga nyeri berkurang (4) Berikan analgesik bila perlu (paracetamol, asam mefenamat, kodein atau asetaminofen).

Rasional: Analgesik berfungsi untuk mengurangi nyeri.

4) Nyeri perineum

a) Tujuan: Ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya

b) Kriteria: Perineum bekas episiotomi, laserasi atau jahitan tidak terjadi hematoma atau infeksi

c) Intervensi

Intervensi menurut Bahiyatun (2009:125) sebagai berikut:

(1) Letakkan kantong es di daerah genital \pm 20 menit dan dilakukan 2 atau 3 kali sehari

Rasional: Untuk mengurangi rasa nyeri

(2) Lakukan latihan Kegel

Rasional: Untuk meningkatkan sirkulasi di daerah tersebut dan membantu memulihkan tonus otot

(3) Berikan paracetamol/asetaminofen bila perlu untuk mengurangi nyeri Rasional: Analgesik berfungsi untuk mengurangi nyeri.

5) Gangguan eliminasi BAB

a) Tujuan: Eliminasi terjadi secara normal

b) Kriteria: Ibu dapat BAB pada hari ke 2-3

c) Intervensi

Intervensi menurut Bahiyatun (2009:125) sebagai berikut:

(1) Jelaskan tentang pentingnya eliminasi BAB

Rasional: Ibu mengetahui tentang pentingnya eliminasi pada masa nifas

(2) Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung serat dan memperbanyak air putih.

Rasional: Makanan berserat dapat memperlancar BAB

(3) Anjurkan ibu untuk istirahat cukup

Rasional: Dengan istirahat cukup otot-otot dalam tubuh dapat rileks dan melancarkan system pencernaan

(4) Berikan laksatif bila konstipasi parah

Rasional: Laksatif dapat melunakkan feses sehingga feses bisa keluar

2.2.4 Asuhan Neonatus

1. Data subyektif

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 neonatus adalah bayi menangis kuat, gerak aktif, pernapasan teratur, warna kulit kemerahan (Varney, 2008: 890).

c. Riwayat antenatal

Menurut Varney (2008: 893-917) pengkajian usia gestasi penting karena ketika dimasukkan dalam sebuah bagan dengan berat dan panjang badan lahir, bagan tersebut menunjukkan apakah bayi Sesuai Masa Kehamilan (SMK), Kecil Masa Kehamilan (KMK) atau Besar Masa Kehamilan (BMK). Selain itu komplikasi selama hamil perlu dikaji seperti perdarahan selama kehamilan dapat menyebabkan defek plasenta, hipertensi dalam kehamilan dapat menyebabkan retardasi pertumbuhan dan prematuritas, diabetes gestasional dapat menyebabkan makrosomia dan trauma lahir, polihidramnion dapat menyebabkan masalah ginjal pada neonatus dan ketidakmampuan untuk menelan, oligohidramnion dapat menyebabkan defek pada amniotic band, sindrom dehidrasi dan kelainan ginjal/kandung kemih pada neonatus, ketidaksesuaian ukuran dan usia kehamilan dapat menyebabkan retriksi pertumbuhan, bayi lahir besar dan trauma, infeksi selama kehamilan dapat menyebabkan transmisi perinatal.

d. Riwayat natal

Usia gestasi pada waktu kelahiran, lama persalinan, lama Kala I, lama Kala II. 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 pernafasan. Medikasi selama persalinan seperti analgesik, anestetik, magnesium sulfat dan glukosa dapat mempengaruhi perilaku dan metabolisme bayi baru lahir (Walsh, 2007: 368).

e. Riwayat post natal

Riwayat bayi sejak lahir harus ditinjau ulang, termasuk pola menyusui, berkemih, defekasi, tidur, dan menangis (Walsh, 2007: 368). Meninjau catatan kelahiran bayi tentang tanda-tanda vital dan perilaku bayi baru lahir. Perilaku mengkhawatirkan bayi meliputi letargi, aktivitas menghisap yang buruk atau tidak ada, dan tangisan yang abnormal (Varney, 2008:917).

f. Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari ke dua energi berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6 (Marmi, 2012: 313). Bayi menyusu setiap 1–8 jam. Menyusu biasanya jarang pada hari pasca salin. Frekuensi meningkat dengan cepat antara hari ke-3 sampai hari ke-7 setelah kelahiran (Walsh, 2007: 375). Kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonatus dapat dilihat pada tabel 2.20 sebagai berikut.

Tabel 2.18 Kebutuhan Dasar Cairan dan Kalori Pada Neonatus

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

(Sumber: Saifuddin, Abdul Bari, 2009:380)

2) Eliminasi

Tinja yang berbentuk mekonium berwarna hijau tua yang telah berada di saluran pencernaan sejak janin berumur 16 minggu, akan mulai keluar dalam waktu 24 jam; pengeluaran ini akan berlangsung sampai hari ke-2 dan ke-3. Pada hari ke-4 sampai hari ke-5 warna tinja menjadi coklat kehijau-hijauan. Selanjutnya warna tinja akan tergantung dari jenis susu yang diminumnya. Misalnya bayi yang mendapat air susu ibu, tinjanya akan berwarna kuning dan lembek. Defekasi mungkin 3–8 kali sehari. Bayi yang

mendapat susu buatan tinjanya berwarna keabu-abuan dengan bau yang sedikit menusuk (Wiknjosastro, 2008: 256). BAK bayi normalnya mengalami berkemih 8–10 kali atau popok kotor per hari (Walsh, 2007: 378).

3) Istirahat dan tidur

Bayi baru lahir tidur 16–18 jam sehari, paling sering waktu tidurnya 45 menit sampai 2 jam (Walsh, 2010: 378).

4) Personal hygiene

Bayi dimandikan sedikitnya 4–6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mengering. Pencucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau 2 kali dalam seminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga puntung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urin dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah (Walsh, 2010: 377–378). Perawatan tali pusat ialah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. tangan dengan sabun sebelum merawat tali pusat (Saifuddin, 2010: 370).

5) Aktifitas

Bayi yang normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut (Saifuddin, 2009: 137). Bayi menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari (Walsh, 2010: 378).

f. Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga di dapat pola tidur yang lebih baik (Saifuddin, 2009:369). Bayi baru lahir waspada dan sadar terhadap lingkungannya saat ia terbangun. Bayi bereaksi terhadap rangsang dimulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya (Fraser, 2009: 712).

g. Sosial Budaya

Untuk menjaga kesehatan bayi perawatan tali pusat sangatlah penting. Tidak dianjurkan bila dukun bayi membubuhkan ramuan seperti ke tali pusat dengan tujuan membuat tali pusat cepat terlepas (Varney, 2008). Bayi jangan diberi makan sebelum usia 6 bulan karena usus bayi masih belum matang sehingga tidak mampu melindungi dirinya sendiri dari zat- zat berbahaya yang masuk ke dalam saluran pencernaan (Marmi, 2012: 22).

2. Data Obyektif

a. Keadaan umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu $36,5^{\circ}\text{C}$ – $37,5^{\circ}\text{C}$ (Wiknjosastro, 2008: 256). Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan (Saifuddin, 2009: 137).

b. Tanda-tanda vital

1) Suhu

Suhu tubuh paling kurang diukur satu kali sehari. Bila suhu rektal di bawah 36°C , bayi ini harus diletakkan di tempat yang lebih panas misalnya di dalam inkubator yang mempunyai suhu 36°C – 37°C , dalam pangkuan ibu atau bayi dibungkus. Lampu yang disorotkan ke arah bayi dapat pula dipakai. Disamping pemanasan harus pula dipikirkan kemungkinan bayi menderita infeksi. Suhu rektal diukur setiap $\frac{1}{2}$ jam sampai suhu tubuh diatas 36°C (Wiknjosastro, 2008:256). Suhu aksila $36,5$ – 37°C sedangkan suhu kulit 36 – $36,5^{\circ}\text{C}$ (Fraser, 2009 :710).

2) Pernafasan

Pernafasan cepat pada menit-menit pertama ± 80 kali/menit disertai pernafasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan interkostal serta rintihan hanya berlangsung 10–15 menit (Wiknjosastro, 2008: 255). Pada pernapasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi dan ekspirasi. Gerak pernapasan 30–50 kali per menit (Saifuddin, 2009: 138).

3) Nadi

Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180/menit yang kemudian turun sampai 140/menit–120/menit pada waktu bayi berumur 30 menit (Wiknjosastro, 2008: 255). Frekuensi jantung 120-160x/menit ketika istirahat (Walsh, 2010: 369). Frekuensi jantung bayi cepat sekitar 120–160 kali per menit serta berfluktuasi selaras dengan fungsi pernafasan bayi, aktifitas atau dalam kondisi tidur (Fraser dan Cooper, 2009: 710).

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 (Wiknjosastro, 2008: 256). Berikut disajikan tabel 2.21 mengenai penurunan berat badan sesuai umur:

Tabel 2.19 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 setidaknya-tidaknnya 160 gram perminggu (setidaknya 15 gram perhari).
1 bulan	Naik setidaknya-tidaknnya 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 setidaknya-tidaknnya 20 gram.

(Sumber : Wiknjosastro, Gulardi H, 2008:143)

2) Panjang badan

Panjang bayi baru lahir paling akurat dikaji jika kepala bayi baru lahir terletak rata terhadap permukaan yang keras. Kedua tungkai diluruskan dan kertas dimeja pemeriksaan diberi tanda. Setelah bayi baru lahir dipindahkan, badan kemudian dapat mengukur panjang bayi dalam satuan sentimeter (Varney, 2008: 921). Panjang bayi rata-rata 50 cm, dengan kisaran normal 48–52 cm. Pertambahan panjang yaitu 2 cm per bulan pada 6 bulan pertama (Ladewig, 2009:157).

3) Ukuran Antropometri

Ukuran kepala bayi menurut Wirakusumah (2011:70) antara lain:

- a) Sirkumferensia suboccipito bregmatika berukuran 32 cm
- b) Sirkumferensia fronto oksipitalis berukuran 34 cm
- c) Sirkumferensia mento-oksipitalis berukuran 35 cm

Berat badan 2500–4000 gram, panjang badan 48–52 cm, lingkar dada 30–38 cm (Marmi, 2012:8). Untuk nilai normal berat badan, panjang dan lingkar kepala bayi dapat dilihat pada tabel 2.22.

Tabel 2.20 Mean Berat Badan, Panjang, dan Lingkar Kepala Bayi Cukup Bulan

Usia gestasi (minggu)	Berat (gram)	Panjang (cm)	Lingkar kepala (cm)
38	3050	48,3	33,6
39	3225	49,0	34,0
40	3364	49,5	34,3
41	3501	50,2	34,7
42	3598	50,5	34,9

(Sumber : Varney, Helen. 2008: 923)

d. Pemeriksaan Fisik

1) Kepala

Bentuk simetris, besar ukurannya 33–38 cm, sutura menutup, caput succedaneum tidak ada, chepalhematom tidak ada, tidak ada kraniotabes, tidak oedem, tidak ada benjolan, tidak cekung maupun cembung (Wiknjosastro, 2008: 251).

Menurut Wiknjosastro (2010: 20) tanda dan gejala cephal hematoma adanya fluktuasi, adanya benjolan, biasanya baru tampak jelas 2 jam setelah bayi lahir, adanya cephal hematoma timbul di daerah tulang parietal berupa benjolan timbunan kalsium, sisa jaringan fibrosa yang masih

teraba. Ubun-ubun kecil menutup pada minggu ke-6 sampai ke-8. Ubun-ubun besar tetap terbuka hingga bulan ke-18 (Fraser dan Cooper, 2009:712).

2) Mata

Katarak kongenital akan mudah terlihat yaitu pupil berwarna putih. Periksa adanya trauma seperti palpebra, perdarahan konjungtiva atau retina. Periksa adanya sekret pada mata, konjungtivitis oleh kuman gonokokus dapat menjadi panoftalmia dan menyebabkan kebutaan (Marmi, 2012:57).

Diperhatikan adanya tanda-tanda perdarahan berupa bercak merah yang akan menghilang dalam waktu 6 minggu (Saifuddin, 2009:137).

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 adakelainan bawaan saluran cerna. Kelainan yang dapat dijumpai yaitu labio skisis, labio palato skisis, labio palato genato skisis (Saifuddin, 2009:137).

5) Telinga

Pemeriksa dalam hubungan letak dengan mata dan telapak (Saifuddin, 2009:N-33). Tulang kartilago telinga telah sempurna dibentuk (Fraser dan Cooper, 2009:709).

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: 57-58).

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 (Marmi, 2012:58).

8) Punggung

Melihat adanya benjolan/tumor dan tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna (Saifuddin, 2009:137).

9) Abdomen

Bentuk, penonjolan sekitar tali pusat saat menangis, perdarahan tali pusat, lembek saat tidak menangis (Saifuddin, 2009: N-33–34). Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan. Jika perut cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika (Marmi, 2012: 58-59).

10) Genetalia

Pada laki-laki testis berada dalam skrotum, penis berlubang pada ujung, sedangkan pada perempuan vagina dan uretra berlubang (Saifuddin, 2009: N-34). Pada perempuan labia mayora menutupi labia minora (Saifuddin, 2009:34).

11) Anus

Anus berlubang (Saifuddin, 2009:34). Periksa adanya kelainan atresia ani (Marmi, 2012: 59).

12) Ekstermitas

Ukuran setiap tulang harus proporsional untuk ukuran seluruh tungkai dan tubuh secara umum. Tungkai harus simetris harus terdapat 10 jari. Telapak harus terbuka secara penuh untuk memeriksa jari ekstra dan lekukan telapak tangan. Sindaktili adalah penyatuan atau penggabungan jari-jari, dan polidaktili menunjukkan jari ekstra. Kuku jari harus ada pada setiap jari. Panjang tulang pada ekstremitas bawah harus dievaluasi untuk ketepatannya. Lekukan harus dikaji untuk menjamin simetrisitas. Bayi yang lahir dengan presentasi bokong berisiko tinggi untuk mengalami kelainan panggul kongenital (Walsh, 2010: 371-372).

13) Kulit

Dalam keadaan normal, kulit berwarna kemerahan kadang-kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan. Pengelupasan yang berlebihan harus dipikirkan kemungkinan adanya kelainan. Waspada timbulnya kulit dengan warna yang tidak rata (Cutis Marmorata), telapak tangan, telapak kaki atau kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat atau kuning. Bercak-bercak besar biru yang sering terdapat di sekitar bokong (Mongolian Spot) akan menghilang pada umur 1–5 tahun (Saifuddin, 2009: 137).

e. Pemeriksaan neurologis

Pemeriksaan neurologis merupakan indikator integritas sistem saraf. Baik respons yang menurun (hipo) maupun yang meningkat (hiper) merupakan penyebab masalah (Varney, 2008: 923). Reflek yang dikaji antara lain:

1) Refleksi glabella

Ketuk daerah pangkal hidung secara pelan-pelan dengan menggunakan jari telunjuk pada saat mata terbuka. Bayi akan mengedipkan mata pada 4–5 ketukan pertama (Marmi, 2012: 70).

2) Refleksi menghisap (sucking reflex)

Didapat saat sisi mulut bayi baru lahir atau dagunya disentuh. Sebagai respons, bayi akan menoleh ke samping untuk mencari sumber objek, dan membuka mulutnya untuk mengisap (Ladewig, 2009: 174).

3) Refleksi mencari (rooting)

Bayi menoleh ke arah benda yang menyentuh pipi. Misalnya mengusap pipi bayi dengan lembut, bayi menolehkan kepalanya ke arah jari kita dan membuka mulutnya (Marmi, 2012: 71).

4) Refleksi menggenggam (palmar grasp reflex)

Didapat dengan cara menstimulasi telapak tangan bayi dengan sebuah objek, atau dengan jari pemeriksa. Respons bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat, sehingga dapat diangkat sebentar dari tempat tidur (Ladewig, 2009: 174).

5) Refleksi babinsky

Gores telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsofleksi (Marmi, 2012: 71).

6) Refleksi morro

Didapat dengan cara memberikan isyarat kepada bayi, dengan satu teriakan kencang atau gerakan yang mendadak. Respons bayi baru lahir berupa mengehentikan tangan dan kaki lurus ke arah keluar, sedangkan lutut fleksi. Tangan kemudian akan kembali lagi ke arah dada seperti posisi bayi dalam pelukan. Jari-jari nampak terpisah, membentuk huruf C, dan bayi mungkin menangis (Ladewig, 2012: 174).

7) Refleksi tonik leher

Ekstremitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi istirahat. Respons ini dapat tidak ada atau tidak lengkap segera setelah lahir (Marmi, 2012: 72).

8) Babinski Reflex . Refleksi primitif pada bayi berupa gerakan jari-jari mencengkram ketika bagian bawah kaki diusap, indikasi syaraf berkembang dengan normal. Hilang di usia 4 bulan.

9) Swallowing Reflex adalah refleksi gerakan menelan benda-benda yang didekatkan ke mulut, memungkinkan bayi memasukkan makanan ada secara permainan tapi berubah sesuai pengalaman 10) Breathing Reflex Refleksi gerakan seperti menghirup dan menghembuskan nafas secara berulang-ulang –fungsi : menyediakan O₂ dan membuang CO₂ –permanen dalam kehidupan

11) Eyeblink Reflex Refleksi gerakan seperti menutup dan mengejapkan mata – fungsi : melindungi mata dari cahaya dan benda-benda asing – permanen dalam kehidupan Jika bayi terkena sinar atau hembusan angin, matanya akan menutup atau dia akan mengerjapkan matanya.

12) Pupillary Reflex Refleksi gerakan menyempitkan pupil mata terhadap cahaya terang, membesarkan pupil mata terhadap lingkungan gelap. – fungsi : melindungi dari cahaya terang, menyesuaikan terhadap suasana gelap.

13) Refleksi tonik Labirin / labirin Pada posisi telentang, refleksi ini dapat diamati dengan menggangkangkai bayi beberapa saat lalu dilepaskan. Tungkai yang diangkat akan bertahan sesaat, kemudian jatuh. Hilang pada usia 6 bulan.

14) Refleksi merangkak (crawling) Jika ibu atau seseorang menelungkupkan bayi baru lahir, ia membentuk posisi merangkak karena saat di dalam rahim kakinya tertekuk ke arah tubuhnya.

15) Refleksi berjalan dan melangkah (stepping) Jika ibu atau seseorang menggendong bayi dengan posisi berdiri dan telapak kakinya menyentuh permukaan yang keras, ibu/orang tersebut akan melihat refleksi berjalan, yaitu gerakan kaki seperti melangkah ke depan. Jika tulang keringnya menyentuh sesuatu, ia akan mengangkat kakinya seperti melangkah ke benda tersebut. Refleksi berjalan ini akan hilang dan berbeda dengan gerakan berjalan normal, yang ia kuasai beberapa bulan berikutnya. Menurun setelah 1 minggu dan akan lenyap sekitar 2 bulan.

16) Refleksi yawning, Yakni refleksi seperti menjerit kalau ia merasa lapar, biasanya kemudian disertai dengan tangisan. Refleksi ini juga disebut refleksi plantar grasp, muncul sejak lahir dan berlangsung hingga sekitar satu tahun kelahiran. Refleksi plantar ini dapat diperiksa dengan menggosokkan sesuatu di telapak kakinya, maka jari-jari kakinya akan melekat secara erat.

17) Refleksi Swimming Refleksi ini ditunjukkan pada saat bayi diletakkan di kolam yang berisi air, ia akan mulai mengayuh dan menendang seperti gerakan berenang. Refleksi ini akan menghilang pada usia empat sampai enam bulan. Refleksi ini berfungsi untuk membantu bayi bertahan jika ia tenggelam. Meskipun bayi akan mulai mengayuh dan menendang seperti berenang, namun meletakkan bayi di air sangat berisiko. Bayi akan menelan banyak air pada saat itu.

3. Assesment

Neonatus usia 0–28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik. Kemungkinan masalah hipoglikemi, hipotermi, dan ikterik (Ladewig, 2012: 180-199), oral trush, infeksi tali pusat (Marmi, 2012: 211). Prognosa baik.

4. Penatalaksanaan

a. Diagnosa

Neonatus usia 0–28 hari, jenis kelamin lakilaki/perempuan, keadaan umum baik.

b. Tujuan

:Bayi baru lahir dapat melewati masa transisi dari intrauterin ke ekstrauterin tanpa terjadi komplikasi

c. Kriteria

Kriteria menurut Varney (2011: 897) sebagai berikut:

- 1) Bayi tidak mengalami gangguan nafas (respirasi 40-80 x/menit, nadi 120–140 x/menit.
- 2) Suhu bayi normal ($36,5^{\circ}\text{C}$ – $37,5^{\circ}\text{C}$), seluruh tubuh hangat, tidak sianosis.
- 3) Bayi dapat menyusu kuat dan lancar.
- 4) Bayi defekasi 1–4 kali setiap hari, warna hijau emas, lunak, terlihat seperti bibir.
- 5) Bayi berkemih 5 kali atau lebih setiap hari.
- 6) BB bayi turun tidak lebih dari 10 % dalam 10 hari pertama setelah lahir.
- 7) Tali pusat menjadi warna hitam dan keras, setiap pus atau darah yang keluar dari putung tali pusat adalah abnormal.
- 8) Kulit bayi tidak ikterus atau berwarna kuning dan dibagian putih mata.

d. Intervensi :

- 1) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering (Marmi, 2012: 88).

Rasional: Tali pusat yang basah atau lembab dapat menyebabkan infeksi (Wiknjosastro, 2011: 130).

- 2) Ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orangtua (Marmi, 2012: 87).

Rasional: Tanda-tanda bahaya bayi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut. Tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir menurut Wiknjosastro (2011:

144) adalah tidak dapat menyusui, kejang, mengantuk atau tidak sadar, napas cepat (>60 kali per menit), merintih, retraksi dinding dada bawah dan sianosis sentral.

3) Beri ASI setiap 2–3 jam (Marmi, 2012: 87).

Rasional: 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, 2011: 885).

4) Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering (Marmi, 2012: 88).

Rasional: Suhu bayi turun dengan cepat segera setelah lahir. Oleh karena itu, bayi harus dirawat di tempat tidur bayi yang hangat. Selama beberapa hari pertama kehidupan, suhu bayi tidak stabil, berespon terhadap rangsangan ringan dengan fluktuasi yang cukup besar di atas atau di bawah suhu normal. Bayi harus segera dikeringkan untuk mengurangi pengeluaran panas akibat evaporasi (Leveno, 2011: 292-293).

5) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusui kurang baik (Marmi, 2012: 88).

Rasional: Suhu bayi normal ($36,5^{\circ}\text{C}$ – $37,5^{\circ}\text{C}$) (Varney, 2011: 897).

6) Mandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir (Wiknjastro, 2011: 129).

Rasional: Memandikan bayi dalam beberapa jam pertama setelah lahir dapat menyebabkan hipotermia yang sangat membahayakan kesehatan bayi baru lahir.

a) Potensial masalah

1) Masalah 1 : Hipoglikemi

Tujuan : Tidak terjadi hipoglikemi

Kriteria menurut Ladewig (2012: 180) adalah sebagai berikut:

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 Ladewig (2012: 181-182) adalah:

a) Kaji bayi baru lahir dan catat setiap faktor risiko.

Rasional: Bayi preterm, bayi ibu dari diabetes, bayi baru lahir dengan asfiksia, stres karena kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk berisiko mengalami hipoglikemi

b) Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan strip-kimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1–2 jam setelah kelahiran.

Rasional: Bayi yang berisiko harus dikaji tidak lebih dari 2 jam setelah kelahiran, serta saat sebelum pemberian ASI, apabila terdapat tanda ketidaknormalan dan setiap 2–4 jam hingga stabil.

c) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemi.

Rasional: Tanda-tanda hipoglikemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

d) Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5–10% bagi bayi yang berisiko hipoglikemia.

Rasional: Nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglikemia.

e) Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat, dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal.

Rasional: Tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energi bayi.

2) Masalah 2 : Hipotermi

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

Kriteria

a) Suhu bayi normal 36,5–37,5°C (Varney, 2011: 897).

b) Tidak ada tanda-tanda hipotermi, seperti bayi tidak mau menetek, tampak lesu, tubuh teraba dingin, denyut jantung bayi menurun, kulit tubuh bayi mengeras/sklerema (Saifuddin, 2011:

373).

Intervensi menurut Ladewig (2012: 184-185) adalah:

a) Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksila atau kulit.

Rasional: Penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh, sehingga dapat menjadi indikator awal stres dingin.

b) Kaji tanda-tanda hipotermi.

Rasional: Selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kematian (Saifuddin, 2012: 373).

c) Cegah kehilangan panas tubuh bayi, misalnya dengan mengeringkan bayi dan mengganti segera popok yang basah.

Rasional: Bayi dapat kehilangan panas melalui evaporasi.

3) Masalah 3: Ikterik

Tujuan : Ikterik tidak terjadi

Kriteria menurut Ladewig (2009: 199) adalah:

a) Kadar bilirubin serum < 12,9 mg/dL

b) Tidak ada tanda-tanda ikterus, seperti warna kekuning-kuningan pada kulit, mukosa, sklera, dan urine.

Intervensi menurut Ladewig (2009: 200-201) antara lain:

a) Mengkaji faktor-faktor risiko.

Rasional: Riwayat prenatal tentang imunisasi Rh, incompatibilitas ABO, penggunaan aspirin pada ibu, sulfonamida, atau obat-obatan antimikroba, dan cairan amnion berwarna kuning (indikasi penyakit hemolitik tertentu) merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat.

b) Mengkaji tanda dan gejala klinis ikterik.

Rasional: Pola penerimaan ASI yang buruk, letargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya refleks moro merupakan tanda-tanda awal enselepati bilirubin (kernikterus).

c) Berikan ASI sesegera mungkin, dan lanjutkan setiap 2–4 jam.

Rasional: Mekonium memiliki kandungan bilirubin yang tinggi dan penundaan keluarinya mekonium meningkatkan reabsorpsi bilirubin. Jika kebutuhan nutrisi terpenuhi, akan memudahkan keluarinya mekonium (Varney, 2011: 943).

d) Jemur bayi di matahari pagi jam 7–9 selama 10 menit.

Rasional: 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 (Ladewig, 2013: 201)

4) Masalah 4 : Oral trush

Tujuan : Oral trush tidak terjadi

Kriteria : Mulut bayi tampak bersih

Intervensi menurut Marmi (2012:211)

a) Bersihkan mulut bayi setelah selesai menyusui menggunakan air matang.

b) Bila bayi minum menggunakan susu

formula, cuci bersih botol dan dot susu, setelah itu diseduh dengan air mendidih atau direbus hingga mendidih sebelum digunakan.

c) Bila bayi menyusui ibunya, bersihkan puting susu sebelum menyusui.

5) Masalah 5: Infeksi tali pusat

Tujuan : Infeksi tali pusat tidak terjadi

Kriteria: kulit sekitar tali pusat tidak kemerahan, tidak ada nanah atau pus, dan tidak berbau busuk.

Intervensi menurut Marmi (2012: 34) :

- a) Membiarkan tali pusat tetap terbuka, mongering dan hanya dibersihkan setiap hari dengan air bersih
- b) Bila tali pusat kotor, cuci luka dengan air mengalir dan sabun, segera keringkan dengan kasa kering dan dibungkus dengan kasa steril.
- c) Dilarang membubuhkan ramuan pada tali pusat.

2.2.5 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

Asuhan Kebidanan mengikuti langkah-langkah manajemen kebidanan adalah sebagai berikut:

1. Data subyektif

a. Keluhan utama

Keluhan utama pada ibu paska salin menurut Saifuddin (2012: U-9) adalah ibu usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan dan ibu usia >35 tahun tidak ingin hamil lagi.

b. Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Konsumsi makanan lebih rendah, terutama daging dan lemak sehingga insiden obesitas kurang banyak dengan akibat selanjutnya risiko mendapat karsinoma payudara berkurang dan diperkenankan memakai pil oral kombinasi (Hartanto, 2011:119). Ibu yang sering makan dan minum, kesemutan, poliuria, berat badan turun mengarah pada penyakit diabetes, menurut Mulyani (2013: 96) tidak diperkenankan memakai KB suntik tiga bulan.

2) Eliminasi

Wanita yang mengalami nyeri saat berkemih kemungkinan terjadi infeksi saluran kemih dan nyeri saat haid tidak dapat menggunakan alat kontrasepsi IUD (Hartanto, 2011: 208).

3) Istirahat/tidur

Ibu yang sering mengalami gangguan tidur, mual, pusing, sakit kepala tidak dapat menggunakan KB suntik kombinasi (Saifuddin, 2012: MK-34).

4) Kehidupan seksual

Ibu dengan perdarahan bercak setelah senggama tidak dapat menggunakan kontrasepsi KB hormonal (pil kombinasi, pil progestin, suntikan, dan susuk) tetapi bisa menggunakan kontrasepsi non hormonal seperti AKDR dan kondom(Saifuddin, 2011: U-8).

5) Aktivitas

Mudah lelah, napas terengah-engah, ortopnea, peningkatan berat badan, dan kongesti paru mengarah ke penyakit jantung. Wanita dengan gejala tersebut tidak dapat menggunakan pil progestin (Saifuddin, 2012: MK-51). Ibu dengan gejala bising mengi (wheezing), batuk produktif pada malam hari, napas dada tertekan mengarah penyakit asma tidak dapat menggunakan KB hormonal (Saifuddin, 2011: U-30).

6) Personal Hygiene

Ibu dengan tidak sering membersihkan genitalianya kemungkinan dapat menyebabkan infeksi pada daerah genitalia. Adanya infeksi pada daerah genitalia seperti sifilis, gonorhea, dan ISK tidak dapat menggunakan KB IUD (Saifuddin, 2011:MK-10).

c. Keadaan psikologis

1) Beberapa klien malu untuk membeli kondom di tempat umum (Saifuddin, 2011: MK-19).

2) Sifat khas kontrasepsi hormonal dengan komponen estrogen menyebabkan pemakainya mudah tersinggung dan tegang (Manuaba, 2012: 599).

d. Sosial budaya

Kontrasepsi suntik dipandang dari sudut agama baik itu Islam, Kristen, Katolik, Budha, dan Hindu diperbolehkan asal bertujuan untuk mengatur kehamilan bukan untuk mengakhiri kehamilan (Hartanto, 2012: 349).

2. Data Obyektif

Setelah dibahas data subyektif, untuk melengkapi data dalam menegakkan diagnosis, maka harus melakukan pengkajian data obyektif melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi yang dilakukan secara berurutan. Data-data yang perlu untuk dikaji adalah sebagai berikut:

a. Pemeriksaan umum

1) Tanda-tanda vital

a. Tekanan darah

Suntikan progestin dan implan dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah > 140/ 90 mmHg (Saifuddin, 2011: MK-43).

b. Suhu

Demam tinggi lebih dari 37,50C kemungkinan terdapat tanda infeksi seperti infeksi pada panggul atau infeksi pada saluran kemih tidak dapat menggunakan KB IUD (Hartanto, 2011:208).

c. Nadi

Nadi diatas 100x/menit dicurigai mengalami penyakit jantung. Ibu dapat menggunakan kontrasepsi non hormonal. Menurut Saifuddin (2012: MK-51)

d. Respirasi Rate

Ibu dengan RR >24x/menit kemungkinan dengan penyakit asma sehingga pada dasarnya penderita asma bisa menggunakan semua jenis KB (Saifuddin, 2012).

2) Pemeriksaan antropometri

Berat badan: Umumnya penambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1-5 kg dalam tahun pertama. Penyebab penambahan berat badan tidak jelas, mungkin terjadi karena bertambahnya lemak tubuh (Hartanto, 2011: 171). Permasalahan berat badan merupakan efek samping penggunaan kontrasepsi hormonal, terjadi peningkatan atau penurunan berat badan (Saifuddin, 2012: MK-42, MK-50). Wanita dengan Indeks Masa Tubuh (IMT) ≥ 30 kg/m² merupakan batas maksimal dalam penggunaan kontrasepsi hormonal (Saifuddin, 2012: U-30).

b. Pemeriksaan fisik

1) Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Saifuddin, 2012: MK-50). Timbul jerawat pada penggunaan kontrasepsi progestin (Saifuddin, 2012: MK-50).

2) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia Ibu dengan anemia tidak dapat menggunakan KB IUD (Saifuddin, MK-75). Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis. Sehingga ibu yang memiliki riwayat hepatitis dapat menggunakan metode keluarga berencana alamiah (KBA) (Saifuddin, 2012: MK-9). Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeklamsi. Sehingga ibu dengan preeklamsi/eklamsi tidak cocok untuk suntikan kombinasi dan pil kombinasi, cocok menggunakan mini pil (Hartanto, 2011).

3) Payudara

Terdapat benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan KB hormonal (Saifuddin, 2012: MK-55).

4) Abdomen

Nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik, infeksi saluran kemih, atau radang panggul tidak dapat menggunakan KB IUD (Saifuddin, 2012: MK-58).

5) Genetalia

Ibu yang mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (spotting) antar menstruasi, nyeri saat berkemih, varises, oedema mengarah ke penyakit infeksi pada daerah genetalia seperti ISK, vaginitis, radang panggul, atau IMS. Menurut Saifuddin (2012: MK-75) penyakit tersebut tidak dapat menggunakan KB IUD (Saifuddin, 2012: MK-75).

6) Ekstremitas

Ibu dengan varises di tungkai, ekstremitas bawah tidak simetris tidak dapat menggunakan AKDR kemungkinan terdapat kelainan rahim (Saifuddin, 2012: MK-77).

3. Asessment

Bidan menganalisa data yang di peroleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tidak ada

kontraindikasi pada semua alat kontrasepsi/ada kontraindikasi pada alat kontrasepsi..., keadaan umum baik. Prognosa baik.

4. Penatalaksanaan

a. Diagnosa : PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tidak ada kontraindikasi pada semua alat kontrasepsi/ada kontraindikasi pada alat kontrasepsi..., keadaan umum baik. Prognosa baik.

b. Tujuan : Ibu menjadi peserta KB paska salin

c. Kriteria :

1) Ibu memilih alat kontrasepsi

2) Ibu memakai metode sesuai dengan pilihannya dan aman untuk ibu

3) Ibu dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas tentang KB pasca salin

d. Intervensi menurut Saifuddin (2012: U-3-U-4) :

1) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.

Rasional: Meyakinkan klien membangun rasa percaya diri.

2) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).

Rasional: Dengan mengetahui informasi tentang diri klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien.

3) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontraindikasi.

4) Tanya metode KB yang diinginkan.

Rasional: Memberi kesempatan kepada klien untuk memilih KB sesuai keinginan.

5) Bantu klien memilih metode KB yang sesuai.

Rasional: Mengarahkan klien memilih KB yang efektif agar sesuai dengan tujuan utama atau kebutuhan klien.

6) Lakukan penapisan pada klien.

Rasional: Penapisan yang tepat akan memberikan dampak positif dalam menentukan pilihan KB sesuai dengan kondisinya.

7) Berikan pelayanan KB sesuai dengan pilihan klien.

Rasional: Pelayanan KB yang sesuai pilihan dapat memberikan kepuasan dan meminimalisir terjadinya komplikasi.

8) Lakukan konseling pasca pelayanan.

Rasional: Konseling pasca pelayanan dapat memberikan ketenangan pada klien dan mengusahakan agar klien dapat memahami kondisi dan perubahan yang terjadi setelah pemasangan KB yang dipilih. Penatalaksanaan sesuai dengan pilihan klien antara lain sebagai berikut:

a) MAL

Konseling KB MAL menurut Saifuddin (2011: U-51) adalah:

(1) Anjurkan klien memberi ASI eksklusif kepada bayi sejak lahir sampai usia 6 bulan.

Rasional: Usus bayi masih belum matang sehingga tidak mampu melindungi dirinya sendiri dari zat-zat berbahaya yang masuk ke dalam pencernaannya.

(2) Anjurkan klien agar tidak menghentikan ASI untuk mulai suatu metode kontrasepsi.

Rasional: ibu yang menyusui, yang menstruasinya belum muncul kembali akan kecil kemungkinannya untuk menjadi hamil (kadar prolaktin yang tinggi akan menekan hormon FSH dan ovulasi).

b) Suntik progestin

Pelayanan kontrasepsi suntikan progestin menurut Siswishanto (2011: 11) adalah:

(1) Berikan kontrasepsi suntikan progestin pada klien.

(2) Jelaskan pada klien tentang efek samping kontrasepsi suntikan progestin dan penanganannya. Menurut Saifuddin (2011: MK-47–MK-48), penanganan efek samping dari kontrasepsi suntikan progestin adalah:

(a) Amenorea

Penanganan: Bila tidak hamil, tidak perlu pengobatan. Jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul dalam rahim. Bila terjadi kehamilan, rujuk klien dan hentikan penyuntikan. Bila terjadi kehamilan ektopik, rujuk klien segera. Jangan berikan terapi hormonal untuk menimbulkan perdarahan karena tidak akan berhasil. Tunggu 3–6 bulan, bila tetap tidak terjadi perdarahan, rujuk ke klinik.

(b) Perdarahan/perdarahan bercak (spotting)

Penanganan: Informasikan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tapi hal ini bukan masalah serius dan biasanya tidak perlu pengobatan. Bila klien tidak dapat menerima perdarahan tersebut dan ingin melanjutkan suntikan, maka berikan pengobatan 1 siklus pil kontrasepsi kombinasi (30–35 µg etinilestradiol) atau ibuprofen (sampai 800 mg, 3 x/hari untuk 5 hari). Jelaskan bahwa setelah pemberian pil kontrasepsi kombinasi dapat terjadi perdarahan. Bila terjadi perdarahan banyak selama pemberian suntikan, berikan 2 tablet pil kontrasepsi kombinasi/hari selama 3–7 hari dilanjutkan dengan 1 siklus pil kontrasepsi hormonal, atau diberi 50 µg etinilestradiol atau 1,25 mg estrogen equin konjugasi untuk 14–21 hari.

(c) Meningkatnya/menurunnya berat badan

Penanganan: Informasikan bahwa kenaikan/penurunan berat badan sebanyak 1–2 kg dapat terjadi. Perhatikan diet klien. Bila berat badan berlebihan, hentikan suntikan dan anjurkan metode kontrasepsi lain.

(3) Anjurkan klien untuk kembali 12 minggu lagi, berikan tanggal pastinya.

Rasional: Dengan pemberian jadwal yang tepat dan tertulis akan memudahkan ibu untuk mengingat/kembali suntik ulang secara tepat.

(4) Anjurkan klien agar kembali ke klinik sebelum waktu suntik ulang yang dijadwalkan apabila mengalami perdarahan banyak pervaginam dan terlambat menstruasi (pada pola haid yang

biasanya teratur).

Rasional: Mencegah komplikasi lebih lanjut

c) Pil progestin

Pelayanan kontrasepsi pil progestin menurut Siswihanto (2011: 14–15) adalah:

(1) Berikan kontrasepsi pil progestin pada klien.

Rasional: Pemberian pil progestin secara tepat, sangat penting untuk mengoptimalkan fungsi obat.

(2) Berikan instruksi pada klien tentang bagaimana menggunakan kontrasepsi pil, efek samping dan penanganannya, masalah atau komplikasi yang mengharuskan klien kembali ke klinik dan apa yang harus dilakukan bila lupa minum pil.

Rasional: supaya ibu dapat beradaptasi dengan keadaanya. Menurut Saifuddin (2011: MK-53), penanganan efek samping dari kontrasepsi pil progestin adalah:

(a) Amenorea

Penanganan: Pastikan hamil atau tidak, bila tidak hamil tidak perlu tindakan khusus, cukup konseling saja. Bila amenorea berlanjut atau hal tersebut membuat klien khawatir, rujuk ke klinik. Bila hamil, hentikan pil dan kehamilan dilanjutkan. Bila diduga kehamilan ektopik, klien perlu dirujuk. Jangan berikan obat-obat hormonal untuk menimbulkan haid karena tidak ada gunanya.

(b) Perdarahan tidak teratur/spotting

Penanganan: Bila tidak menimbulkan masalah kesehatan/tidak hamil, tidak perlu tindakan khusus. Bila klien tidak dapat menerima kejadian tersebut, perlu dicari metode kontrasepsi lain.

(c) Diskusikan kunjungan ulang dengan klien.

Rasional: Dengan pemberian jadwal yang tepat dan tertulis akan memudahkan ibu untuk mengingat/kembali suntik ulang secara tepat.

(d) Yakinkan klien untuk kembali setiap saat apabila masih ada pertanyaan atau masalah.

Rasional: Mencegah komplikasi lebih lanjut

d) Implant

Pelayanan kontrasepsi implant menurut Siswihanto (2011:29–34) adalah:

(1) Berikan konseling pra pemasangan implant.

(a) Jelaskan kemungkinan efek samping kontrasepsi implant.

(b) Jelaskan proses pemasangan implant dan apa yang akan klien rasakan pada saat proses pemasangan dan setelah pemasangan.

(c) Berikan informed consent.

Rasional: Dengan pengetahuan yang baik klien akan termotivasi untuk lebih mudah bekerjasama dengan tenaga kesehatan.

(2) Lakukan penapisan calon akseptor KB implant.

Rasional: Mencegah komplikasi lebih lanjut

(3) Lakukan pemasangan implant.

(4) Berikan konseling pasca pemasangan implant. Jelaskan pada klien apa yang harus dilakukan bila mengalami efek samping.

Rasional: ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya. Menurut Saifuddin (2011:MK-58–MK-59), penanganan efek samping dari kontrasepsi implant adalah:

(1) Amenorea

Penanganan: Pastikan hamil atau tidak, bila tidak hamil tidak perlu penanganan khusus, cukup konseling saja. Bila klien tidak dapat menerima, angkat implant dan anjurkan menggunakan kontrasepsi lain. Bila hamil dan klien ingin melanjutkan kehamilan, cabut implant dan jelaskan bahwa progestin tidak berbahaya bagi janin. Bila diduga kehamilan ektopik, klien dirujuk. Tidak ada gunanya memberikan obat hormon untuk memancing timbulnya perdarahan.

(2) Perdarahan bercak (spotting) ringan

Penanganan: Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering ditemukan terutama pada tahun pertama. Bila tidak ada masalah dan klien tidak hamil, tidak perlu tindakan apapun. Bila klien tetap mengeluh masalah perdarahan dan ingin melanjutkan pemakaian implant, dapat diberikan pil

kombinasi 1 siklus atau ibuprofen 3x800 mg selama 5 hari. Jelaskan bahwa akan terjadi perdarahan setelah pil kombinasi habis. Bila terjadi perdarahan lebih banyak dari biasa, berikan 2 tablet pil kombinasi untuk 3–7 hari dan dilanjutkan dengan 1 siklus pil kombinasi, atau diberikan 50 mg etinilestradiol atau 1,25 mg estrogen equin konjugasi untuk 14–21 hari.

(3) Ekspulsi

Penanganan: Cabut kapsul yang ekspulsi, periksa apakah kapsul yang lain masih di tempat dan apakah ada tanda-tanda infeksi daerah insersi. Bila tidak ada infeksi dan kapsul lain masih berada pada tempatnya, pasang kapsul baru 1 buah pada tempat insersi yang berbeda. Bila ada infeksi, cabut seluruh kapsul yang ada dan pasang kapsul baru pada lengan yang lain, atau anjurkan klien menggunakan metode kontrasepsi lain.

(4) Infeksi pada daerah insersi

Penanganan: Bila terdapat infeksi tanpa nanah, bersihkan dengan sabun dan air, atau antiseptik. Berikan antibiotik yang sesuai untuk 7 hari. Implant jangan dilepas dan klien diminta kembali 1 minggu. Bila tidak membaik, cabut implant dan pasang yang baru pada sisi lengan yang lain atau cari metode kontrasepsi lain. Bila ditemukan abses, bersihkan dengan antiseptik, insisi dan alirkan pus keluar, cabut implant, lakukan perawatan luka dan berikan antibiotik oral 7 hari.

(5) Berat badan naik/turun

Penanganan: Informasikan bahwa perubahan berat badan 1–2 kg adalah normal. Kaji ulang diet klien bila terjadi perubahan berat badan 2 kg atau lebih. Bila perubahan berat badan tidak dapat diterima, bantu klien mencari metode kontrasepsi lain.

(5) Beritahu klien kapan harus datang lagi ke klinik untuk kontrol atau sewaktu-waktu ada keluhan.

Rasional: ibu tenang dan tidak khawatir akan efek samping yang kemungkinan terjadi.

(6) Ingatkan kembali masa pemakaian implant.

Rasional: ibu tidak lupa tanggal pencabutan implant

(7) Yakinkan pada klien bahwa ia dapat datang ke klinik setiap saat bila memerlukan konsultasi atau ingin mencabut kembali implant tersebut.

Rasional: ibu mendapat informasi sesuai kebutuhan

(8) Lakukan observasi selama 5 menit sebelum memperbolehkan klien pulang.

Rasional: observasi terjadi ekspulsi atau tidak.

e. IUD

Pelayanan KB IUD menurut Siswihanto (2011: 17–23) adalah:

a. Berikan konseling pra pemasangan IUD.

(1) Jelaskan kemungkinan-kemungkinan efek samping kontrasepsi IUD.

(2) Jelaskan pada klien bahwa perlu dilakukan pemeriksaan fisik dan panggul.

(3) Jelaskan proses pemasangan IUD dan apa yang akan klien rasakan pada saat proses pemasangan dan setelah pemasangan.

(4) Berikan informed consent.

Rasional: ibu dapat menerima perubahan yang terjadi setelah pemasangan KB IUD.

b. Lakukan penapisan calon akseptor KB IUD.

Rasional: memastikan ibu cocok dalam menggunakan KB IUD

c. Lakukan pemasangan IUD.

d. Berikan konseling pasca pemasangan IUD.

1) Ajarkan pada klien bagaimana cara memeriksa sendiri benang IUD dan kapan harus dilakukan.

2) Jelaskan pada klien apa yang harus dilakukan bila mengalami efek samping.

Rasional: ibu dapat beradaptasi dengan perubahan yang terjadi setelah pemasangan KB IUD.

Menurut Saifuddin (2011: MK-79), penanganan efek samping dari kontrasepsi IUD adalah:

a) Amenorea

Penanganan: Periksa apakah sedang hamil. Bila tidak hamil, jangan lepas IUD, lakukan konseling dan selidiki penyebab amenorea bila dikehendaki. Bila hamil, sarankan untuk melepas IUD bila talinya terlihat dan kehamilan <13 minggu. Bila benang tidak terlihat atau kehamilan

>13 minggu, IUD jangan dilepaskan. Bila klien sedang hamil dan ingin mempertahankan kehamilannya tanpa melepas IUD, jelaskan adanya risiko kemungkinan terjadinya kegagalan kehamilan dan infeksi, serta perkembangan kehamilan harus lebih diamati dan diperhatikan.

b) Kejang

Penanganan: Pastikan dan tegaskan adanya PRP dan penyebab lain dari kekejangan. Cegah penyebabnya bila ditemukan. Penyebab kejang bila tidak ditemukan beri analgesik untuk sedikit meringankan. Bila klien mengalami kejang berat, lepaskan IUD dan bantu klien menentukan metode kontrasepsi yang lain.

c) Perdarahan vagina yang hebat dan tidak teratur

Penanganan: Pastikan dan tegaskan adanya infeksi pelvik dan kehamilan ektopik. Bila tidak ada kelainan patologis, perdarahan berkelanjutan dan perdarahan hebat, lakukan konseling dan pemantauan. Beri ibuprofen (800 mg, 3x sehari selama 1 minggu) untuk mengurangi perdarahan dan berikan tablet besi (1 tablet setiap hari selama 1–3 bulan). IUD memungkinkan dilepas bila klien menghendaki. Bila klien telah memakai IUD selama >3 bulan dan diketahui menderita anemia (Hb <7 g%), anjurkan untuk melepas IUD dan bantulah memilih metode lain yang sesuai.

d) Benang yang hilang

Penanganan: Pastikan adanya kehamilan atau tidak. Tanyakan apakah IUD terlepas. Bila tidak hamil dan IUD tidak terlepas, berikan kondom. Periksa talinya di dalam saluran endoserviks dan kavum uteri (bila memungkinkan adanya peralatan dan tenaga terlatih) setelah masa haid berikutnya. Bila tidak ditemukan, rujuklah ke dokter. Tidak hamil dan IUD yang hilang tidak ditemukan, pasanglah IUD baru atau bantulah klien menentukan metode lain.

e) Adanya pengeluaran cairan dari vagina/dicurigai adanya PRP

Penanganan: Pastikan pemeriksaan untuk IMS. Lepaskan IUD bila ditemukan menderita atau sangat dicurigai menderita gonore atau infeksi klamidia, lakukan pengobatan yang memadai. Bila PRP, obati dan lepas IUD sesudah 48 jam. Bila IUD dikeluarkan, beri metode lain sampai masalahnya teratasi.e. Beritahu klien kapan harus datang lagi ke klinik untuk kontrol.

Rasional: kontrol ulang digunakan untuk memastikan IUD masih terpasang dengan baik.

f. Ingatkan kembali masa pemakaian IUD.

Rasional: ibu tidak lupa dengan tanggal pencabutan IUD.

g. Yakinkan pada klien bahwa ia dapat datang ke klinik setiap saat bila memerlukan konsultasi atau ingin mencabut kembali IUD tersebut.

Rasional: untuk meminimalkan terjadinya resiko.

h. Lakukan observasi selama 15 menit sebelum memperbolehkan klien pulang.

Rasional: observasi apakah terjadi perdarahan yang disebabkan oleh perforasi.

f. Tubektomi

Konseling tubektomi menurut Siswishanto (2011: 42–43) adalah:

1) Teliti dengan seksama untuk memastikan bahwa klien telah memenuhi syarat sukarela, bahagia, dan sehat.

Rasional: memastikan ibu mantap dalam menggunakan kontrasepsi tubektom.

2) Pastikan klien mengenali dan mengerti keputusannya untuk melakukan tubektomi.

Rasional: ibu dapat beradaptasi menerima perubahan yang terjadi setelah dilakukan tubektomi.

3) Berikan informed consent.

Rasional: ibu setuju dengan tindakan yang dilakukan.

4) Berikan konseling sebelum pelayanan.

a) Jelaskan bahwa sebelum prosedur tubektomi akan dilakukan pemeriksaan fisik dan dalam (bimanual).

b) Lakukan penapisan calon akseptor kontrasepsi tubektomi.

c) Jelaskan tentang teknik operasi, anestesi lokal, dan kemungkinan rasa sakit atau tidak nyaman selama operasi.

Rasional: ibu dapat menerima perubahan yang terjadi setelah tindakan tubektomi.

5) Berikan konseling pasca tindakan tubektomi.

- a) Jelaskan pada klien untuk menjaga agar daerah luka operasi tetap kering.
 - b) Yakinkan klien bahwa ia dapat datang kembali setiap saat bila terjadi nyeri, perdarahan luka operasi atau pervaginam, dan demam.
 - c) Jelaskan pada klien kapan senggama dapat dilakukan dan jadwal kunjungan ulang.
- Rasional: ibu dapat beradaptasi dengan perubahan yang terjadi setelah tindakan tubektomi.

