

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Teori

2.1.1 Konsep dasar kehamilan

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 dalam 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 (Saifuddin, 2009: 89).

Dari berbagai pengertian di atas, penulis menyimpulkan bahwa kehamilan merupakan proses yang terdiri dari ovulasi, konsepsi, pertumbuhan zigot, nidasi hasil konsepsi, pembentukan plasenta, dan tumbuh kembang hasil konsepsi hingga lahirnya janin. Kehamilan berlangsung sampai lahirnya janin pada usia kurang lebih 9 bulan lebih 7 hari atau 40 minggu.

2. Proses Kehamilan

Proses kehamilan dimulai dengan terjadinya konsepsi. Konsepsi adalah bersatunya sel telur (ovum) dan sperma. Proses

kehamilan (gestasi) berlangsung selama 40 minggu atau 280 hari di hitung dari hari pertama menstruasi terakhir. Usia kehamilan sendiri adalah 38 minggu, karena dihitung mulai dari tanggal konsepsi (tanggal bersatunya sel sperma dengan telur) yang terjadi dua minggu setelahnya (Sulistyawati, 2010:4).

Fertilisasi pada manusia ini diawali dengan terjadinya persetubuhan (koitus). Fertilisasi merupakan peleburan antara inti spermatozoa dengan inti sel telur. Proses fertilisasi ini dapat terjadi di bagian ampulla tuba falopi atau uterus yang berhasil menemukan ovum akan merusak korona radiata dan zona pelusida yang mengelilingi membran sel ovum, lalu spermatozoa akan melepaskan enzim. Enzim dari banyak spermatozoa akan merusak korona radiata dan zona pelusida sehingga spermatozoa berhasil menembus membran sel ovum, konfigurasi membran ovum langsung berubah sehingga spermatozoa lain tidak. Spermatozoa menuju masa apa saja yang berbentuk telur yang ditemuinya, dan hanya sedikit yang mencapai ovum sebenarnya. Spermatozoa dapat masuk. Hanya kepala spermatozoon yang masuk ke dalam ovum, bagian ekor akan ditinggalkan. DNA dalam nukleus spermatozoon akan dilepaskan dari kepala, memicu pembelahan miosis akhir pada kromosom wanita. Bersatunya inti spermatozoon dan inti sel telur akan tumbuh menjadi zigot. Zigot mengalami pertumbuhan dan perkembangan melalui 3 tahap selama kurang lebih 280 hari.

Tahap-tahap ini meliputi periode implantasi (7 hari pertama), periode embrionik (7 minggu berikutnya), dan periode fetus (7 bulan berikutnya). Selama 2-4 hari pertama setelah fertilisasi, zigot berkembang dari satu sel menjadi kelompok 16 sel (morula). Morula kemudian tumbuh dan berdiferensiasi menjadi 100 sel. Selama periode ini zigot berjalan di sepanjang tuba falopi, setelah itu masuk ke uterus dan tertanam dalam endometrium uterus.

Perkembangan Janin di Dalam Uterus (Sulistiyawati, 2010:89).

a. Trimester pertama (minggu 0-12)

Dalam fase ini ada tiga periode penting pertumbuhan mulai dari periode germinal sampai periode terbentuknya janin (Kusmiyati, 2009:67).

1) Periode germinal (minggu 0-3). Proses pembuahan telur oleh sperma yang terjadi pada minggu ke-2 di hari pertama menstruasi terakhir. Telur yang sudah dibuahi sperma bergerak dari tuba falopi dan menempel di dinding uterus (endometrium).

2) Periode embrionik (minggu 3-8). Proses dimana sistem saraf pusat, organ organ utama dan struktur anatomi mulai terbentuk seperti mata, mulut dan lidah mulai terbentuk, sedangkan hati mulai memproduksi sel darah. Janin mulai berubah dari blastosit menjadi embrio berukuran 1,3cm dengan kepala yang besar.

3) Periode fetus (minggu 9-12). Periode dimana semua organ penting terus bertumbuh dengan cepat dan saling berkaitan dan aktivitas otak sangat tinggi.

b. Trimester Ke-dua (minggu ke 12-24)

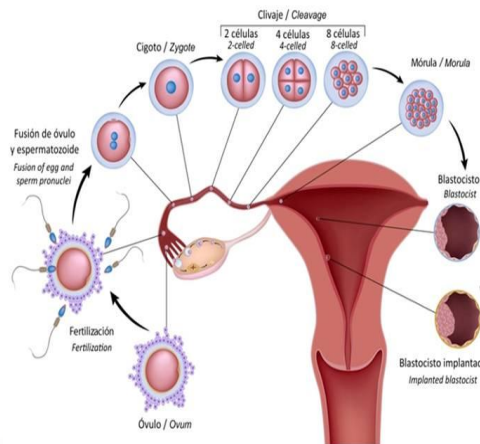
Pada trimester kedua ini terjadi peningkatan perkembangan janin. Pada minggu ke-18 kita bisa melakukan pemeriksaan dengan ultrasonografi (USG) untuk mengecek kesempurnaan janin, posisi plasenta dan kemungkinan bayi kembar. Jaringan kuku, kulit serta rambut berkembang dan mengeras pada minggu ke-20 dan ke-21. Indra penglihatan dan pendengaran janin mulai berfungsi. Kelopak mata sudah dapat membuka dan menutup. Janin (fetus) mulai tampak sosok manusia dengan panjang 30cm (Kusmiyati, 2009:68).

c. Trimester Ketiga (minggu 24-40)

Pada trimester ini semua organ tumbuh dengan sempurna. Janin menunjukkan aktivitas motorik yang terkoordinasi menendang atau menonjok serta dia sudah mempunyai periode tidur dan bangun. Masa tidurnya jauh lebih lama dibandingkan masa bangun. Paru-paru berkembang pesat menjadi sempurna. Pada bulan ke sembilan, janin mengambil posisi kepala di bawah dan siap untuk dilahirkan. Berat bayi lahir antara 3kg sampai 3,5kg dengan panjang 50cm (Kusmiyati, 2009:67).

a. Periode Germinal

Ovum yang kini berkembang menjadi blastosit, mencapai uterus sekitar hari ke-5 setelah fertilisasi. Di uterus, blastosit terletak dekat dengan endometrium selama satu sampai dua hari untuk memungkinkan trofoblas menyekresi enzim proteolitik yang memecah permukaan endometrium. Dengan cara mencerna dan mencairkan sel-sel endometrium uterus. Blastosit tertanam ke dalam endometrium sehingga blastosit dapat dihidupi dan melanjutkan perkembangannya. Penonjolan kecil seperti jari berkembang di sekitar keseluruhan blastosit dan trofoblas, membantu proses implantasi dan melekatkan blastosit dengan kuat ke dalam endometrium. Tonjolan tersebut disebut vili korionik primitif. Beberapa vili korionik ini akan berkembang menjadi plasenta matur dan sisanya akan atrofi dan menjadi membran korionik yang membatasi janin dengan uterus. Implementasi plasenta sempurna normalnya pada hari ke-11, setelah fertilisasi. Begitu tertanam, endometrium disebut desidua. Desidua menjadi beberapa kali lebih tebal dibandingkan dengan endometrium tidak hamil akibat peningkatan kadar hormon kehamilan dan desidua menghidupi ovum yang telah dibuahi selama kehamilan.



Gambar 2.1
Proses Fertilisasi

Sumber : Sulistyawati, 2010:22

b. Periode Embrionik

Begitu blastosit tertanam dalam disidua, maka ini disebut sebagai embrioni. Tahapan embrio dimulai dari perkembangan masa sel sejak implementasi sampai minggu ke-8 kehamilan. Embrio berkembang dengan sangat cepat. Tahap pertama perkembangan embrio adalah pembentukan dua buah rongga tertutup yang saling berdekatan satu sama lain yaitu rongga amnion dan yolk sac. Bagian embrio yang terbentuk di antara kedua rongga ini disebut lempeng embrionik. Ada tiga lapisan sel yang berkembang pada lempeng embrionik.

- (1) Lapisan yang terdekat dengan rongga amnion, disebut ektoderm, akan berkembang mmenjadi kulit dan sistem syaraf pusat embrio.

(2) Lapisan tengah disebut mesoderm akan berkembang menjadi tulang otot, jantung dan pembuluh darah serta beberapa organ dalam seperti ginjal dan organ reproduksi.

(3) Lapisan dalam yang terdekat dengan yolk sac adalah endoderm. Endoderm akan berkembang menjadi organ-organ pencernaan, kelenjar dan membran mukosa.

3. Diagnosis Tanda gejala kehamilan

Banyak manifestasi dari adaptasi fisiologis ibu terhadap kehamilan yang mudah dikenali dan dapat menjadi petunjuk bagi diagnosis dan evaluasi kemajuan kehamilan. Tetapi sayangnya proses farmakologis atau patofisiologis kadang memicu perubahan endokrin atau anatomis yang menyerupai kehamilan sehingga dapat membingungkan. Perubahan endokrinologis, fisiologis, dan anatomis yang menyertai kehamilan menimbulkan gejala dan tanda yang memberikan bukti adanya kehamilan. Untuk menegakkan kehamilan ditetapkan dengan melakukan penilaian terhadap beberapa tanda dan gejala kehamilan (Marjati, 2011:34).

a. Tanda dugaan hamil

- 1) Amenorea (berhentinya menstruasi)
- 2) Mual (nausea) dan muntah (emesis)
- 3) Ngidam (menginginkan makan tertentu)
- 4) Syncope (pingsan)

- 5) Kelelahan
- 6) Payudara tegang
- 7) Sering miksi
- 8) Kontipasi atau obstipasi
- 9) Pigmentasi Kulit

Pigmentasi ini meliputi tempat-tempat berikut ini:

- a) Sekitar pipi: cloasma gravidarum (penghitaman pada daerah dahi, hidung, pipi, dan leher).
- b) Sekitar leher tampak lebih hitam.
- c) Dinding perut: striae lividae/gravidarum (terdapat pada seorang primigravida, warnanya membiru), striae nigrae, linea alba menjadi lebih hitam (linea grisea/nigra).
- 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 montgomery menonjol dan pembuluh darah menifese sekitar payudara (Prawirohardjo, 2010:134).
- e) Sekitar pantat dan paha atas: terdapat striae akibat pembesaran bagian tersebut (Walyani, 2015: 71).

b. Tanda kemungkinan hamil (Problem sign)

- 1) Perubahan abdomen, yaitu perubahan ukuran uterus menyebabkan penambahan lingkaran abdomen secara bertahap.
- 2) Perubahan uterus. Dimana dalam 12 minggu pertama uterus berbentuk menjadi bulat kuat, membesar, lunak dan berbentuk seperti rongga.
- 3) Tanda hegar menggambarkan perlunakan ekstrem segmen bawah uterus sampai ke daerah yang dapat dikompresi hampir setipis kertas (Reeder, dkk. 2011:417).
- 4) Ballotement. Ketukan mendadak pada uterus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dapat dirasakan oleh tangan pemeriksa (Umami, dkk. 2011:72).
- 5) Perubahan serviks. Pada usia sekitar 8 minggu gestasi, serviks mulai melunak dan lubang eksternal serviks memperlihatkan konsistensi atau derajat pelunakan, seperti lobus telinga atau bibir (dikenal dengan istilah tanda Goodell). Sebagai perbandingan konsistensi serviks pada wanita yang tidak hamil terasa sama dengan ujung hidung (Reeder, dkk. 2011:417).
- 6) Kontraksi Braxton Hicks. Apabila uterus di rangsang atau distimulasi dengan rabaan akan mudah berkontraksi (Sulistiyawati, 2012:124). Peregangan sel-sel otot uterus, akibat meningkatnya aktomiosin di dalam otot uterus (Umami, dkk. 2011:72).

c. Tanda pasti (positive sign)

Tanda pasti adalah tanda yang menunjukkan langsung keberadaan janin, yang dapat dilihat langsung oleh pemeriksa (Walyani, 2015:73).

- 1) Terdengarnya bunyi jantung janin , tanda ini baru timbul setelah kehamilan lanjut diatas empat bulan. Jika dengan ultrasound bunyi jantung janin dapat didengar pada kehamilan 12 minggu (Sunarti, 2013:59-60).
- 2) Melihat, meraba, atau mendengar pergerakan anak saat melakukan pemeriksaan (Sunarti, 2013:60)
- 3) Melihat rangka janin pada sinar Ro atau dengan menggunakan ultrasonografi (Sunarti, 2013:60).

4. Fisiologi kehamilan

Menurut Manuaba (2012:75) proses kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan yang terdiri atas:

a. Ovulasi

Ovulasi adalah proses pelepasan ovum yang dipengaruhi oleh sistem hormonal yang kompleks. Selama masa subur yang berlangsung 20-35 tahun, hanya 420 buah ovum yang dapat mengikuti proses kematangan dan terjadi ovulasi.

b. Spermatozoa

Pada setiap hubungan seksual dikeluarkan sekitar 3 cc sperma yang mengandung 40–60 juta spermatozoa setiap cc, dan hanya

beberapa ratus yang dapat mencapai tuba fallopi. Spermatozoa yang masuk ke dalam alat genitalia wanita dapat hidup selama tiga hari, sehingga cukup waktu untuk mengadakan konsepsi.

c. Konsepsi

Pertemuan inti ovum dengan inti spermatozoa disebut konsepsi atau fertilisasi dan membentuk zigot.

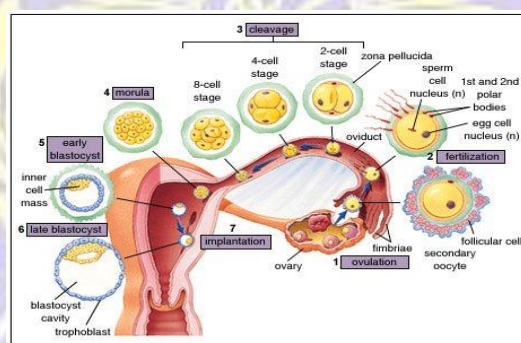
Proses konsepsi dapat berlangsung sebagai berikut:

- 1) Ovum yang dilepaskan dalam proses ovulasi, diliputi oleh korona radiata yang mengandung persediaan nutrisi.
- 2) Pada ovum dijumpai inti dalam bentuk metafase di tengah sitoplasma yang disebut vitelus.
- 3) Dalam perjalanan, korona radiata makin berkurang pada zona pelusida. Nutrisi dialirkan ke dalam vitelus, melalui saluran pada zona pelusida. Konsepsi terjadi pada pars ampularis tuba, tempat yang paling luas, dindingnya penuh jonjot sel yang mempunyai silia. Ovum mempunyai waktu hidup terlama dalam ampula tuba.
- 4) Ovum siap dibuahi setelah 12 jam dan hidup selama 48 jam.

d. Proses nidasi atau implantasi

Setelah pertemuan kedua inti ovum dan spermatozoa, terbentuk zigot yang dalam beberapa jam telah mampu membelah dirinya menjadi dua dan seterusnya. Bersamaan dengan pembelahan inti, hasil konsepsi terus berjalan menuju uterus. Hasil

pembelahan sel memenuhi seluruh ruangan dalam ovum dan disebut stadium morula. Pembelahan berjalan terus dan di dalam morula terbentuk ruangan yang mengandung cairan yang disebut blastula. Perkembangan dan pertumbuhan berlangsung, blastula dengan vili korealisnya yang dilapisi sel trofoblas telah siap untuk mengadakan nidasi. Sel trofoblas yang meliputi “primer vili korealis” melakukan destruksi enzimatik-proteolitik, sehingga dapat menanamkan diri dalam endometrium. Proses penanaman blastula yang disebut nidasi atau implantasi terjadi pada hari ke-6 sampai 7 setelah konsepsi. Pada saat tertanamnya blastula ke dalam endometrium, mungkin terjadi perdarahan yang disebut tanda *Hartman*. (Smith & Segal, 2010:79).



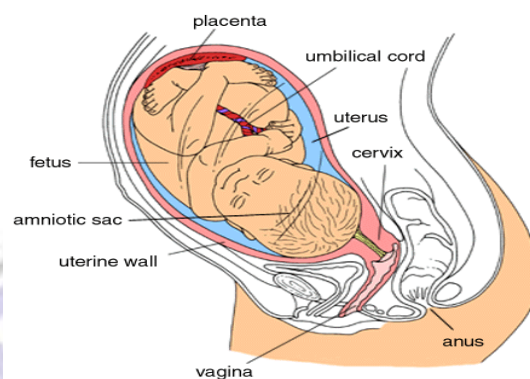
Gambar 2.2
Proses nidasi atau implantasi
Sumber: Smith & Segal, 2010:79

e. Pembentukan Plasenta/Plasentasi

Nidasi atau implantasi terjadi pada bagian fundus uteri di dinding depan atau belakang. Pada blastula, penyebaran sel trofoblas yang tumbuh tidak rata, sehingga blastula dengan *inner*

cell mass akan tertanam dalam endometrium. Sel trofoblas menghancurkan endometrium sampai terjadi pembentukan plasenta yang berasal dari primer vili korealis. Terjadinya nidasi (implantasi) mendorong sel blastula mengadakan diferensiasi. Sel yang dekat dengan ruangan eksoselom membentuk “entoderm” dan *yolk sac* (kantong kuning telur) sedangkan sel lain membentuk “ektoderm” dan ruangan amnion. Plat embrio (*embryonal plate*) terbentuk diantara dua ruang yaitu ruang amnion dan kantong *yolk sac*. Ruangan amnion dengan cepat mendekati korion sehingga jaringan yang terdapat diantara amnion dan embrio padat dan berkembang menjadi tali pusat. Awalnya *yolk sac* berfungsi sebagai pembentuk darah bersama dengan hati, limpa, dan sumsum tulang. Pada minggu kedua sampai ketiga, terbentuk bakal jantung dengan pembuluh darahnya yang menuju *body stalk* (bakal tali pusat). Jantung bayi mulai dapat dideteksi pada minggu ke-6 sampai 8 dengan menggunakan ultrasonografi atau sistem Doppler.

Selama sisa kehamilan, fisiologi organ menjadi matur dan janin terus memproduksi lemak dan otot. Sistem saraf terus bermielinisasi hingga cukup bulan.



Gambar 2.3
Janin di Dalam Rahim Ibu
Sumber: Gulardi, 2009:72

5. Perubahan Fisiologi

Selama kehamilan ibu akan mengalami perubahan anatomi fisiologis pada sistem organ tubuhnya. Oleh karena itu, perlu disampaikan pada saat bidan memberikan pendidikan kesehatan sewaktu ibu melakukan kunjungan kehamilan. Pengenalan perubahan anatomi fisiologis tubuh selama kehamilan dapat mengadaptasikan ibu terhadap perubahan tersebut. Sistem reproduksi ibu salah satu sistem yang memegang peranan penting dalam kehamilan. Perubahan anatomi dan adaptasi fisiologis sistem reproduksi meliputi perubahan pada:

a. Vagina dan vulva

Hormon estrogen mempengaruhi sistem reproduksi sehingga terjadi peningkatan vaskularisasi dan hiperemia pada vagina dan vulva. Peningkatan vaskularisasi menyebabkan warna kebiruan pada vagina yang disebut dengan *tanda Chadwick*. Perubahan pada dinding vagina meliputi peningkatan ketebalan mukosa, pelunakan jaringan penyambung, dan hipertrofi otot polos. Akibat peregangan otot polos menyebabkan vagina menjadi lebih lunak. Perubahan yang lain adalah peningkatan sekret vagina dan mukosa vagina memetabolisme glikogen. Metabolisme ini terjadi akibat pengaruh hormon estrogen. Peningkatan laktobasilus menyebabkan metabolisme meningkat. Hasil metabolisme (glikogen) menyebabkan pH menjadi lebih asam (5,2 – 6). Keasaman vagina berguna untuk mengontrol pertumbuhan bakteri pathogen (Aprilia, 2010:71-73).

b. Servik

Perubahan servik merupakan akibat pengaruh hormon estrogen sehingga menyebabkan massa dan kandungan air meningkat. Peningkatan vaskularisasi dan edema, hiperplasia dan hipertrofi kelenjar servik menyebabkan servik menjadi lunak (*tanda Goodell*) dan servik berwarna kebiruan *tanda Chadwick*. Akibat pelunakan isthmus maka terjadi antefleksi uterus berlebihan pada 3 bulan pertama kehamilan.

c. Uterus

Pertumbuhan uterus dimulai setelah implantasi dengan proses hiperplasia dan hipertrofi sel. Hal ini terjadi akibat pengaruh hormon estrogen dan progesteron. Penyebab pembesaran uterus menurut Manuaba (Wiknjosastro, 2009:158) antara lain:

- 1) Peningkatan vaskularisasi dan dilatasi pembuluh darah;
- 2) Hiperplasia dan hipertrofi, dan
- 3) Perkembangan desidua

Uterus bertambah berat sekitar 70 – 1100 gram selama kehamilan.

Ukuran uterus mencapai umur kehamilan aterm adalah 30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas > 4000 cc. Perubahan bentuk dan posisi uterus antara lain: bulan pertama uterus berbentuk seperti alpukat, 4 bulan berbentuk bulat, akhir kehamilan berbentuk bujur telur. Rahim yang tidak hamil/ rahim normal sebesar telur ayam, pada umur 2 bulan kehamilan sebesar telur bebek dan umur 3 bulan kehamilan sebesar telur angsa. Selama kehamilan, dinding-dinding otot rahim menjadi kuat dan elastis. Fundus pada servik mudah fleksi disebut tanda *Mc Donald*. Korpus uteri dan servik melunak dan membesar pasca umur kehamilan minggu ke 8 yang disebut tanda *Hegar*. Sedangkan posisi rahim pada awal kehamilan adalah antefleksi atau retrofleksi, pada umur kehamilan 4 bulan kehamilan rahim berada dalam rongga pelvis

dan setelahnya memasuki rongga perut. Tinggi fundus uteri selama kehamilan dapat dilihat pada tabel 2.1:

Tabel 2.1

Tinggi fundus uteri selama kehamilan

Umur Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
12 minggu	3 jari di atas simpisis
20 minggu	3 jari di bawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	3 jari di atas pusat
32 minggu	Pertengahan pusat dengan prosesus xifoideus
36 minggu	Setinggi prosesus xifoideus
40 minggu	2 jari di bawah prosesus xifoideus

Sumber: (Saifudin, 2010:113)

d. Ovarium

Selama kehamilan ovulasi berhenti. Pada awal kehamilan masih terdapat korpus luteum graviditatum dengan diameter sebesar 3 cm. Pasca plasenta terbentuk, korpus luteum gravidatum mengecil dan korpus luteum mengeluarkan hormon estrogen dan progesterone (Aprilia, 2010 71-72).

e. Sirkulasi Darah

Volume darah semakin meningkat dan jumlah serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi pengeceran darah (hemodilusi). Sel darah merah semakin meningkat jumlahnya untuk dapat mengimbangi pertumbuhan janin dalam rahim, tetapi penambahan sel darah tidak seimbang dengan

peningkatan volume darah sehingga terjadi hemodelusi yang disertai anemia fisiologis (Manuaba, 2010:93).

f. Sistem respirasi

Kapasitas paru secara total menurun 4-5% dengan adanya elevasi diafragma. Fungsi respirasi juga mengalami perubahan. Respirasi rate 50% mengalami peningkatan konsumsi oksigen 15-20% diatas kebutuhan perempuan tidak hamil (Aprilia, 2010:71-72).

g. Kulit

Pada kulit terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh *melanophore stimulating hor-mone* lobus hipofisis anterior dan pengaruh kelenjar suprarenalis. Hiperpigmentasi ini terjadi pada striae gravidarum livide atau alba, aerola mammae, papilla mammae, linea nigra, pipi (khloasma gravidarum). Setelah persalinan hiperpigmentasi ini akan menghilang (Manuaba, 2010:94).

h. Metabolisme

Menurut Manuaba (2010:95) perubahan metabolisme pada kehamilan:

- 1) Metabolisme basal naik sebesar 15-20% dari semula, terutama pada trimester ke-tiga
- 2) Keseimbangan asam basa mengalami penurunan dari 155 mEq per liter menjadi 145 mEq per liter disebabkan hemodilusi darah dan ketuban mineral yang diperlukan janin.

- 3) Kebutuhan protein wanita hamil makin tinggi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, perkembangan organ kehamilan, dan persiapan laktasi. Dalam makanan diperlukan protein tinggi sekitar 0,5 g/kg berat badan atau sebutir telur ayam sehari.
- 4) Kebutuhan kalori di dapat dari karbohidrat, lemak dan protein.
- 5) Kebutuhan zat mineral untuk ibu hamil

Tabel 2.2

Tambahan Kebutuhan Nutrisi Ibu Hamil

Nutrisi	Kebutuhan Tidak Hamil/Hari	Tambahan Kebutuhan Hamil/Hari
Kalori	2000-2200 kalori	300-500 kalori
Protein	75 gr	8-12 gr
Lemak	53 gr	Tetap
Fe	28 gr	2-4 gr
Ca	500 mg	600 mg
Vit A	3500 IU	500 IU
Vit C	75 gr	30 mg
Asam Folat	180 gr	400 mg

(Sumber: Sukarni, Icesmi, 2013:128)

- 6) Berat badan ibu hamil bertambah antara 6,5-16,5 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan 0,5 kg/minggu.

Tabel 2.3

Rekomendasi Penambahan Berat Badan Berdasarkan Indeks Massa Tubuh

Kategori	IMT	Rekomendasi (kg)
Rendah	< 19,8	12,3-18
Normal	19,8-26	11,5-16
Tinggi	26-29	7-11,5
Obesitas	> 29	≤ 7
Gemeli		16-20,5

(Sumber: Saifudin, 2011:180)

6. Hormon-hormon yang dominan pada saat kehamilan yaitu :

a. Estrogen

Berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas otot rahim dan memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanis (Hafifah, 2011:87).

b. Progesteron

Berfungsi menurunkan sensitivitas otot rahim, menyulitkan penerimaan rangsangan dari luar seperti oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanis, dan menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi. Pada kehamilan kedua hormon tersebut berada dalam keadaan yang seimbang, sehingga kehamilan bisa dipertahankan. Perubahan keseimbangan kedua hormon tersebut menyebabkan oksitosin yang dikeluarkan oleh *hipofise pars posterior* dapat menimbulkan kontraksi dalam bentuk *Braxton Hicks*. Kontraksi ini akan menjadi kekuatan

yang dominan pada saat persalinan dimulai, oleh karena itu makin tua kehamilan maka frekuensi kontraksi semakin sering. Oksitosin diduga bekerja bersama atau melalui prostaglandin yang makin meningkat mulai umur kehamilan minggu ke-15 sampai aterm lebih-lebih sewaktu partus atau persalinan. Disamping faktor gizi ibu hamil dan keregangan otot rahim dapat memberikan pengaruh penting untuk mulainya kontraksi rahim (Hafifah, 2011:87).

7. Perubahan-perubahan Fisik dan Psikologis Selama Kehamilan

a. Perubahan Fisik dan Psikologis pada Trimester I

1) Perubahan Fisik pada Trimester I

Menurut Kurnia (2009, 185-189), perubahan fisik pada trimester I adalah :

a) Pembesaran Payudara

Payudara akan membesar dan mengencang, karena terjadi peningkatan hormon kehamilan yang menimbulkan pelebaran pembuluh darah dan untuk mempersiapkan pemberian nutrisi pada jaringan payudara sebagai persiapan menyusui.

b) Sering buang air kecil

Keinginan sering buang air kecil pada awal kehamilan ini dikarenakan rahim yang membesar dan menekan kandung kencing. Keadaan ini akan menghilang pada

trimester II dan akan muncul kembali pada akhir kehamilan, karena kandung kemih ditekan oleh kepala janin.

c) Konstipasi

Keluhan ini juga sering dialami selama awal kehamilan, karena peningkatan hormon progesteron yang menyebabkan relaksasi otot sehingga usus bekerja kurang efisien. Adapun keuntungan dari keadaan ini adalah memungkinkan penyerapan nutrisi yang lebih baik saat hamil.

d) *Morning Sickness*, mual dan muntah

Hampir 50% wanita hamil mengalami mual dan biasanya mual dimulai sejak awal kehamilan. Mual muntah di usia muda disebut *morning sickness* tetapi kenyataannya mual muntah ini dapat terjadi setiap saat.

e) Merasa lelah

Hal ini terjadi karena tubuh bekerja secara aktif untuk menyesuaikan secara fisik dan emosional untuk kehamilan. Juga peningkatan hormonal yang dapat mempengaruhi pola tidur.

f) Sakit Kepala

Sakit kepala yang lebih sering dialami oleh pada ibu hamil pada awal kehamilan karena adanya peningkatan

tuntutan darah ke tubuh sehingga ketika akan mengubah posisi dari duduk / tidur ke posisi yang lain (berdiri) tiba-tiba, sistem sirkulasi darah merasa sulit beradaptasi. Sakit kepala / pusing yang lebih sering daripada biasanya dapat disebabkan oleh faktor fisik maupun emosional. Pola makan yang berubah, perasaan tegang dan depresi juga dapat menyebabkan sakit kepala.

g) Kram Perut

Kram perut saat trimester awal kehamilan seperti kram saat menstruasi di bagian perut bawah atau rasa sakit seperti ditusuk yang timbul hanya beberapa menit dan tidak menetap adalah normal. Hal ini sering terjadi karena adanya perubahan hormonal dan juga karena adanya pertumbuhan dan pembesaran dari rahim dimana otot dan ligamen merenggang untuk menyokong rahim.

h) Meludah

Keinginan meludah yang terjadi pada ibu hamil yang terus menerus dianggap normal sebab hal ini termasuk gejala *morning sickness*.

i) Peningkatan Berat Badan

Pada akhir trimester pertama wanita hamil akan merasa kesulitan memasang kancing / rok celana panjangnya, hal ini bukan berarti ada peningkatan berat badan yang banyak tapi karena rahim telah berkembang dan memerlukan ruang juga, dan ini semua karena pengaruh hormon estrogen yang menyebabkan pembesaran rahim dan hormon progesteron yang menyebabkan tubuh menahan air.

2) Perubahan Psikologis pada Trimester I (Periode Penyesuaian)

Menurut Sulistyawati (2009, 76-77), perubahan psikologis pada trimester I adalah:

- a) Ibu merasa tidak sehat dan kadang-kadang merasa benci dengan kehamilannya
- b) Kadang muncul penolakan, kecemasan dan kesedihan. Bahkan kadang ibu berharap agar dirinya tidak hamil saja.
- c) Ibu akan selalu mencari tanda-tanda apakah ia benar-benar hamil. Hal ini dilakukan sekedar untuk meyakinkan dirinya
- d) Setiap perubahan yang terjadi dalam dirinya akan selalu mendapat perhatian dengan seksama.

e) Oleh karena perutnya masih kecil, kehamilan merupakan rahasia seseorang yang mungkin akan diberitahukannya kepada orang lain atau bahkan merahasiakannya.

b. Perubahan Fisik dan Psikologis pada Trimester II

1) Perubahan Fisik pada Trimester II

Menurut Kurnia (2009, 190-194), perubahan fisik pada trimester II adalah :

a) Perut semakin membesar

Setelah usia kehamilan 12 minggu, rahim akan membesar dan melewati rongga panggul. Pembesaran rahim akan tumbuh sekitar 1 cm setiap minggu. Pada kehamilan 20 minggu, bagian teratas rahim sejajar dengan pusar (*umbilicus*). Setiap individu akan berbeda-beda tapi pada kebanyakan wanita, perutnya akan mulai membesar pada kehamilan 16 minggu.

b) Sendawa dan buang angin

Sendawa dan buang angin akan sering terjadi pada ibu hamil hal ini sudah biasa dan normal karena akibat adanya perenggangan usus selama kehamilan. Akibat dari hal tersebut perut ibu hamil akan terasa kembung dan tidak nyaman.

c) Pelupa

Pada beberapa ibu hamil akan menjadi sedikit pelupa selama kehamilannya. Ada beberapa teori tentang hal ini, diantaranya adalah karena tubuh ibu hamil terus bekerja berlebihan untuk perkembangan bayinya sehingga menimbulkan blok pikiran.

d) Rasa panas di perut

Rasa panas di perut adalah keluhan yang paling sering terjadi selama kehamilan, karena meningkatnya tekanan akibat rahim yang membesar dan juga pengaruh hormonal yang menyebabkan rileksasi otot saluran cerna sehingga mendorong asam lambung kearah atas.

e) Pertumbuhan rambut dan kuku

Perubahan hormonal juga menyebabkan kuku bertumbuh lebih cepat dan rambut tumbuh lebih banyak dan kadang di tempat yang tidak diinginkan, seperti di wajah atau di perut. Tapi, tidak perlu khawatir dengan rambut yang tumbuh tak semestinya ini, karena akan hilang setelah bayi lahir.

f) Sakit perut bagian bawah

Pada kehamilan 18-24 minggu, ibu hamil akan merasa nyeri di perut bagian bawah seperti ditusuk atau tertarik ke satu atau dua sisi. Hal ini karena perenggangan

ligamentum dan otot untuk menahan rahim yang semakin membesar. Nyeri ini hanya akan terjadi beberapa menit dan bersifat tidak menetap.

g) Pusing

Pusing menjadi keluhan yang sering terjadi selama kehamilan trimester kedua, karena ketika rahim membesar akan menekan pembuluh darah besar sehingga menyebabkan tekanan darah menurun.

h) Hidung dan Gusi berdarah

Hal ini juga terjadi karena peningkatan aliran darah selama masa kehamilan. Kadang juga mengalami sumbatan di hidung. Ini disebabkan karena adanya perubahan hormonal.

i) Perubahan kulit

Ibu hamil akan mengalami perubahan pada kulit. Perubahan tersebut bisa berbentuk garis kecoklatan yang dimulai dari pusar (umbilicus) sampai ke tulang pubis yang disebut *linea nigra*. Sedangkan kecoklatan pada wajah disebut *chloasma* atau topeng kehamilan.

Hal ini dapat menjadi petunjuk sang ibu kurang asam folat. *Stretch mark* terjadi karena peregangan kulit yang berlebihan, biasanya pada paha atas, dan payudara. Akibat peregangan kulit ini dapat menimbulkan rasa

gatal, sedapat mungkin jangan menggaruknya. *Stretch mark* tidak dapat dicegah, tetapi dapat diobati setelah persalinan.

j) Payudara

Payudara akan semakin membesar dan mengeluarkan cairan yang kekuningan yang disebut kolostrum. Puting dan sekitarnya akan semakin berwarna gelap dan besar. Bintikbintik kecil akan timbul disekitar puting, dan itu adalah kelenjar kulit.

k) Kram pada kaki

Kram otot ini timbul karena sirkulasi darah yang lebih lambat saat kehamilan. Atasi dengan menaikkan kaki ke atas dan minum kalsium yang cukup. Jika terkena kram kaki ketika duduk atau saat tidur, cobalah menggerak-gerakkan jari-jari kaki ke arah atas.

l) Sedikit Pembengkakan

Pembengkakan adalah kondisi normal pada kehamilan, dan hampir 40% wanita hamil mengalaminya. Hal ini karena perubahan hormon yang menyebabkan tubuh menahan cairan. Pada trimester kedua akan tampak sedikit pembengkakan pada wajah dan terutama terlihat pada kaki bagian bawah dan pergelangan kaki.

Pembengkakan akan terlihat lebih jelas pada posisi duduk atau berdiri yang terlalu lama.

2) Perubahan Psikologis pada Trimester II (Periode Kesehatan Yang Baik)

Menurut Sulistyawati (2009, 76-77), perubahan psikologis pada trimester II adalah :

- a) Ibu merasa sehat, tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormone yang tinggi
- b) Ibu sudah bisa menerima kehamilannya
- c) Merasakan gerakan anak
- d) Merasa terlepas dari ketidaknyamanan dan kekhawatiran
- e) Libido meningkat
- f) Menuntut perhatian dan cinta
- g) Merasa bahwa bayi sebagai individu yang merupakan bagian dari dirinya
- h) Hubungan sosial meningkat dengan wanita hamil lainnya atau pada orang lain yang baru menjadi ibu
- i) Ketertarikan dan aktivitasnya terfokus pada kehamilan, kelahiran, dan persiapan untuk peran baru

c. Perubahan Fisik dan Psikologis pada Trimester III

1) Perubahan Fisik pada Trimester III

Menurut Kurnia (2009, 194-197), perubahan fisik pada trimester III adalah :

a) Sakit bagian tubuh belakang

Sakit pada bagian tubuh belakang (punggung-pinggang), karena meningkatnya beban berat dari bayi dalam kandungan yang dapat mempengaruhi postur tubuh sehingga menyebabkan tekanan ke arah tulang belakang.

b) Payudara

Keluarnya cairan dari payudara, yaitu colostrum, merupakan makanan bayi pertama yang kaya akan protein. Biasanya, pada trimester ini, ibu hamil akan merasakan hal itu, yakni keluarnya colostrum.

c) Konstipasi

Pada trimester ini sering terjadi konstipasi karena tekanan rahim yang membesar ke arah usus selain perubahan hormon progesteron.

d) Pernafasan

Karena adanya perubahan hormonal yang memengaruhi aliran darah ke paru-paru, pada kehamilan 33-36 minggu, banyak ibu hamil akan merasa susah bernapas. Ini juga didukung oleh adanya tekanan rahim yang membesar

yang berada di bawah diafragma (yang membatasi perut dan dada). Setelah kepala bayi turun kerongga panggul ini biasanya 2-3 minggu sebelum persalinan pada ibu yang baru pertama kali hamil akan merasakan lega dan bernapas lebih mudah, dan rasa panas diperut biasanya juga ikut hilang, karena berkurangnya tekanan bagian tubuh bayi dibawah diafragma / tulang iga ibu.

e) Sering kencing

Pembesaran rahim ketika kepala bayi turun ke rongga panggul akan makin menekan kandung kencing ibu hamil.

f) Masalah tidur

Setelah perut besar, bayi akan sering menendang di malam hari sehingga merasa kesulitan untuk tidur nyenyak.

g) Varises

Peningkatan volume darah dan alirannya selama kehamilan akan menekan daerah panggul dan vena di kaki, yang mengakibatkan vena menonjol, dan dapat juga terjadi di daerah vulva vagina. Pada akhir kehamilan, kepala bayi juga akan menekan vena daerah panggul yang akan memperburuk varises. Varises juga dipengaruhi faktor keturunan.

h) Kontraksi perut

Braxton-Hicks atau kontraksi palsu ini berupa rasa sakit di bagian perut yang ringan, tidak teratur, dan akan hilang bila ibu hamil duduk atau istirahat.

i) Bengkak

Perut dan bayi yang kian membesar selama kehamilan akan meningkatkan tekanan pada daerah kaki dan pergelangan kaki ibu hamil, dan kadang membuat tangan membengkak. Ini disebut edema, yang disebabkan oleh perubahan hormonal yang menyebabkan retensi cairan.

j) Kram pada kaki

Kram kaki ini timbul karena sirkulasi darah yang menurun, atau karena kekurangan kalsium.

k) Cairan vagina

Peningkatan cairan vagina selama kehamilan adalah normal. Cairan biasanya jernih. Pada awal kehamilan, cairan ini biasanya agak kental, sedangkan pada saat mendekati persalinan cairan tersebut akan lebih cair.

2) Perubahan Psikologis pada Trimester III

Menurut Sulistyawati (2009, 76-77), perubahan psikologis pada trimester III adalah :

- a) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik

- b) Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu
- c) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya
- d) Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya
- e) Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya
- f) Merasa kehilangan perhatian
- g) Perasaan mudah terluka (sensitif)
- h) Libido menurun

8. Pertumbuhan dan Perkembangan Hasil Konsepsi

Pertumbuhan dan Perkembangan Hasil Konsepsi menurut Romauli (2011:60-63) yaitu:

a. Pertumbuhan Janin

1) Perkembangan Awal Embrio

Segera setelah fertilisasi, zigot yang dihasilkan mulai mengalami pembelahan sel mitosis, yang disebut pembelahan atau *cleavage*. Melalui serangkaian tahapan, massa sel yang membelah disebut morula. Setelah mengalami reorganisasi sel dan cairan yang masuk ke dalam sel, morula menjadi blastosit. Blastosit inilah yang tertahan pada lapisan uterus. Saat proses implantasi berakhir

pada hari ke-10 atau ke-11 setelah fertilisasi, periode embrionik telah dimulai.

2) Perkembangan Embrio Lebih Lanjut

Pada 14 hari pertama, blastula diberi makan oleh sitoplasmanya sendiri. Pembuluh darah primitif untuk embrio mulai berkembang pada mesoderm. Pada hari ke 14–28, pembuluh darah embrio berhubungan dengan pembuluh darah pada vili chorion plasenta primitif. Sirkulasi embrio/maternal dengan demikian telah terbentuk dan darah dapat beredar. Perkembangan yang terjadi pada embrio adalah kepala embrio dapat dibedakan dari badannya, tunas-tunas tungkai dan lengan telah nampak, terjadi sikap fleksi yang terjadi secara perlahan, sistem utama didalam tubuh telah ada dalam bentuk rudimenter, jantung menonjol dari tubuh dan mulai berdenyut. Hari ke 28–42. Panjang embrio kira-kira 12 mm pada akhirnya minggu ke enam. Perkembangan yang terjadi adalah dengan mulai memanjang dan tangan mendapatkan bentuknya, timbul mata dan telinga rudimenter, telinga tampak, tetapi terletak lebih rendah, gerakan pertama dapat dideteksi dengan ultrasound mulai dari minggu ke-6. Minggu ke-8. Menandai akhir dari masa embrio.

b. Perkembangan Janin

Perkembangan janin menurut Romauli (2011:60-63) yaitu:

1) Minggu ke 8–10



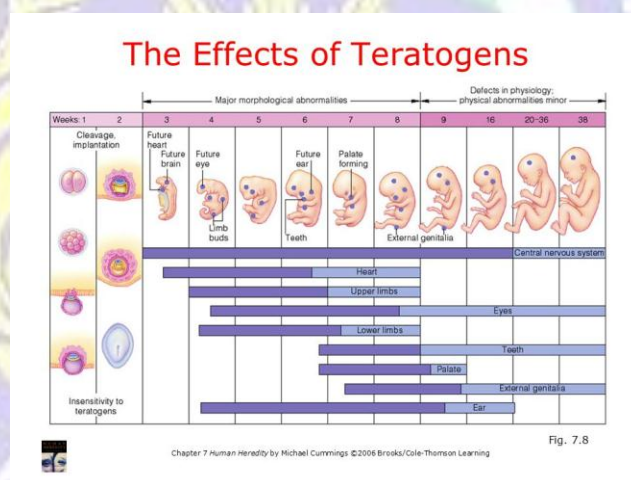
Gambar 2.4
Janin 8 minggu

Sumber : Romauli, 2011:60-63

- a) Kepala mempunyai ukuran kira-kira sama dengan tubuh.
- b) Leher lebih panjang sehingga dagu tidak menyentuh tubuh.
- c) Pusat-pusat penulangan/osifikasi muncul pada tulang rawan/kartilago.
- d) Terbentuk kelopak mata, tetapi tetap menutup sampai minggu ke-25 usus mengalami penonjolan/herniasi ke dalam funiculus umbilicalis karena tidak tersedia cukup ruang di dalam perut.
- e) Inseri funiculus umbilicalis, sangat rendah pada abdomen. Apabila perut ibu diraba terlalu keras maka fetus akan bergerak menjauh.

Pada akhir minggu ke-8, semua sistem tubuh dan organ telah terbentuk, dan embrio sekarang disebut sebagai janin atau fetus. Selama 14 hari pertama setelah konsepsi, embrio dapat terpapar oleh teratogen yang bersirkulasi dalam cairan tubuh ibu. Teratogen adalah setiap substansi, proses, atau agen apa pun yang menghasilkan malformasi pada embrio atau janin. Teratogen dapat menimbulkan kerusakan struktur minor berupa abnormalitas fungsi organ ringan hingga berat seperti retardasi mental atau kebutaan.

Perkembangan Janin dan Pembentukan Anggota Tubuh yang Dapat Terganggu Akibat Teratogen



Gambar 2.5
Sumber: Romauli, 2011:60-65

2) Minggu ke 12



Janin pada 12 minggu

Gambar 2.6

Janin 12 minggu

Sumber : Romauli, 2011:60-63

- a) Panjang tubuh kira-kira 9 cm dan berat 14 gram.
- b) Sirkulasi fetal telah berfungsi secara penuh.
- c) Traktus renalis mulai berfungsi.
- d) Terdapat refleks menghisap dan menelan
- e) Genetalia eksterna telah tampak dan dapat ditetapkan jenis kelaminnya.

3) Minggu ke 12–16

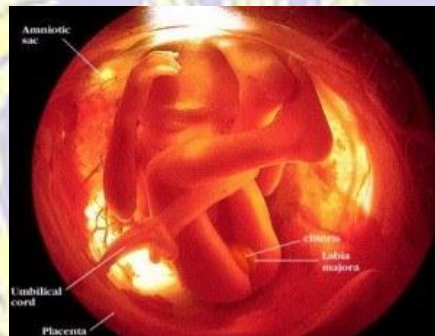


Gambar 2.7

Janin 16 minggu

Sumber : Romauli, 2011:60-63

- a) Panjang badan kira-kira 16 cm pada akhir.
 - b) Minggu ke-16 dengan berat 100 gram.
 - c) Kulit sangat tembus pandang/transparan sehingga vasa darah dapat terlihat
 - d) Deposit (timbunan) lemak subkutan terjadi menjelang minggu ke-16.
 - e) Rambut mulai tumbuh pada kepala dan lanugo (bulu halus).
 - f) Tungkai lebih panjang daripada lengan.
- 4) Minggu ke 16–20



Gambar 2.8
Janin 20 minggu
Sumber : Romauli, 2011:60-63

- a) Kecepatan pertumbuhan mulai berkurang.
- b) Kepala sekarang tegak dan merupakan separuh panjang badan.
- c) Gambaran wajah telah nyata, dengan telinga yang terletak pada tempatnya yang normal.

- d) Kelopak mata, alis mata dan kuku telah tumbuh dengan sempurna.
 - e) Tungkai mempunyai proporsi relatif yang baik terhadap tubuh.
 - f) Skeleton terlihat pada pemeriksaan sinar-x (walaupun sinar-x tidak digunakan untuk keperluan diagnosis).
 - g) Kelenjar minyak telah aktif dan vernix caseosa (zat seperti salep) akan melapisi tubuh fetus/janin.
 - h) Gerakan fetus dapat dirasakan oleh ibu setelah kehamilan minggu ke-18.
 - i) Jantung fetus dapat didengar dengan stetoskop setelah minggu ke-20.
 - j) Traktus renalis mulai berfungsi, dan sebanyak 7–17 ml urine dikeluarkan setiap 24 jam.
- 5) Minggu ke 20–24



Janin pada 24 minggu

Gambar 2.9
Janin 24 minggu
Sumber : Romauli, 2011:60-63

- a) Kulit sangat berkeriput karena terdapat terlalu sedikit lemak subkutan.
 - b) Lanugo menjadi lebih gelap dan verniks caseosa meningkat.
 - c) Dari minggu ke-24 dan seterusnya, fetus akan menyepak dalam merespon rangsangan (stimulus) misalnya bising yang keras dari luar.
 - d) Bayi tampak tenang apabila ibu mendengarkan musik yang tenang dari merdu.
 - e) Semua organ telah tumbuh.
 - f) Pemberian sakarin (gula) ke dalam cairan ketuban memperlihatkan adanya kecepatan menelan dua kali lebih besar.
- 6) Minggu ke 24–28



Gambar 2.10
Janin 28 minggu
Sumber : Romauli, 2011:60-63

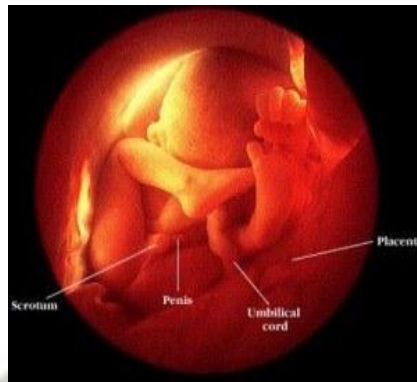
- a) Mata terbuka, alis dan bulu mata telah berkembang dengan baik.
 - b) Rambut menutupi kepala.
 - c) Lebih banyak deposit lemak subkutan yang menyebabkan kerutan kulir berkurang.
 - d) Testis mengalami penurunan dari abdomen ke dalam skrotum pada minggu ke-28.
 - e) Fetus lahir pada akhir masa ini mempunyai angka kematian atau mortalitas yang tinggi karena gangguan pernapasan atau respirasi.
- 7) Minggu ke 28–32



Gambar 2.11
Janin 32 minggu
Sumber : Romauli, 2011:60-63

- a) Lanugo mulai berkurang.
- b) Tubuh mulai lenih membulat karena lemak disimpan disana.
- c) Testis terus turun.

8) Minggu ke 32–36



Gambar 2.12
Janin 36 minggu
Sumber : Romauli, 2011:60-63

- a) Lanugo sebagian besar telah terlepas/rontok tetapi kulit masih tertutup oleh vernix caseosa.
- b) Testis fetus laki-laki terdapat didalam skrotum pada minggu ke-36
- c) Ovarium perempuan masih berada di sekitar cavitas pelvic.
- d) Kuku jari tangan dan kaki mencapai ujung jari.
- e) Umbilicus sekarang terletak lebih dipusat abdomen.

9) Minggu ke 36–40



Gambar 2.13

Janin 40 minggu

Sumber : Romauli, 2011:60-63

- a) Penulangan/osifikasi tulang tengkorak masih belum sempurna, tetapi keadaan ini merupakan keuntungan dan memudahkan lewatnya fetus melalui jalan lahir.
- b) Gerakan pernapasan fetus dapat diidentifikasi pada pemindaian ultrasound. Sekarang terdapat cukup jaringan lemak subkutan, dan fetus mendapat tambahan berat badan hampir 1 kg pada minggu tersebut.

Selanjutnya terjadi perkembangan organ janin dalam rahim mulai dari usia 6 minggu sampai 40 minggu dapat dilihat pada tabel 2.4

Tabel 2.4
Perkembangan Organ Janin

Usia Gestasi (Minggu)	Organ
6	Pembentukan hidung, dagu, palatum dan tonjolan paru. Jari-jari telah berbentuk, namun masih tergegang. Jantung telah terbentuk penuh.
7	Mata tampak pada muka. Pembentukan alis dan lidah.
8	Mirip bentuk manusia, mulai pembentukan genetalia eksterna. Sirkulasi melalui tali pusat dimulai. Tulang mulai terbentuk.
9	Kepala meliputi separuh besar janin, terbentuk muka janin, kelopak mata terbentuk namun tak akan membuka sampai 28 minggu.
13-16	Janin berukuran 15 cm. Ini merupakan awal dari trimester ke-2. Kulit janin masih transparan, telah mulai tumbuh lanugo (rambut janin). Janin bergerak aktif, yaitu menghisap dan menelan air ketuban. Telah terbentuk mekonium (feses) dalam usus. Jantung berdenyut 120–150 x/menit.
17-24	Komponen mata terbentuk penuh, juga sidik jari. Seluruh tubuh diliputi oleh verniks keseosa (lemak). Janin mempunyai refleks.
25-28	Terjadi perkembangan otak yang cepat. Sistem saraf mengendalikan gerakan dan fungsi tubuh, mata sudah membuka. Kelangsungan hidup pada periode ini sangat sulit bila lahir.
29-32	Bila bayi dilahirkan, ada kemungkinan untuk hidup (50–70 %). Tulang telah terbentuk sempurna, gerakan nafas telah reguler, suhu relatif stabil.
33-36	Berat janin 1500–2500 gram. Bulu kulit janin (lanugo) mulai berkurang, pada saat 35 minggu paru telah matur. Janin akan dapat hidup tanpa kesulitan.
38-40	Sejak 38 minggu kehamilan disebut aterm, di mana bayi akan memiliki seluruh uterus. Air ketuban mulai berkurang, tetapi masih dalam batas normal.

Sumber: Saifuddin, 2009:158

9. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

Menurut Prawirohardjo (2007:216-234) kebutuhan dasar ibu hamil terdiri dari:

a. Oksigen

Kebutuhan oksigen adalah yang utama pada manusia termasuk ibu hamil. Berbagai gangguan pernafasan bisa terjadi pada saat ibu hamil sehingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada bayi yang dikandung. Untuk mencegah hal tersebut dan untuk memenuhi kebutuhan oksigen maka ibu hamil perlu :

- 1) Latihan napas melalui senam hamil
- 2) Tidur dengan bantal yang lebih tinggi
- 3) Kurangi atau hentikan merokok
- 4) Konsul ke dokter bila ada kelainan atau gangguan pernafasan

b. Nutrisi

Pada saat hamil ibu harus makan makanan yang mengandung nilai gizi bermutu tinggi. Gizi pada waktu hamil harus ditingkatkan hingga 300 kalori perhari, ibu hamil seharusnya mengkonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi dan cukup cairan (menu seimbang). Diantaranya:

1) Kalori

Kebutuhan kalori untuk ibu hamil adalah 2300 kalori dipergunakan untuk produksi energi.

2) Protein

Bila wanita tidak hamil, konsumsi protein yang ideal adalah 0,9 gram/kg BB/hari, tetapi selama kehamilan dibutuhkan tambahan protein hingga 30 gram/hari. Protein yang dianjurkan adalah protein hewani seperti daging, susu, telur, keju dan ikan karena mengandung komposisi asam amino yang lengkap.

3) Mineral

Pada prinsipnya semua mineral dapat terpenuhi dengan makan makanan sehari-hari yaitu buah-buahan, sayur-sayuran dan susu. Hanya besi yang tidak bisa terpenuhi dengan makanan sehari-hari. Untuk memenuhi kebutuhan ini dibutuhkan suplemen besi 30 mg perhari dan pada kehamilan kembar atau wanita yang sedikit anemic dibutuhkan 60-100 mg/hari. Kebutuhan kalsium bisa terpenuhi dengan minum susu, tapi bila ibu hamil tidak bisa minum susu bisa diberikan suplemen kalsium dengan dosis 1 gram perhari.

4) Vitamin

Vitamin sebenarnya telah terpenuhi dengan makan sayur dan buah-buahan tetapi dapat pula diberikan ekstra vitamin. Pemberian asam folat dapat mencegah kecacatan pada bayi.

c. Personal Hygiene

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah payudara, daerah genitalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan di keringkan. Kebersihan gigi berlubang terutama pada ibu yang kekurangan kalsium.

d. Pakaian

Pakaian hendaknya yang longgar dan mudah dipakai serta bahan yang mudah menyerap keringat. Ada dua hal yang harus diperhatikan dan dihindari yaitu sibuk dan stoking yang terlalu ketat karena akan mengganggu aliran balik dan sepatu dengan hak tinggi karena akan menambah lordosis sehingga sakit pinggang. Payudara perlu ditopang dengan BH yang memadai untuk mengurangi rasa tidak enak karena pembesaran payudara.

e. Eliminasi

Ibu hamil dianjurkan untuk tidak menahan berkemih dan selalu berkemih sebelum dan sesudah melakukan hubungan seksual dan minum banyak air untuk meningkatkan produksi kandung kemih.

Akibat pengaruh progesteron, otot-otot tractus digestivus tonusnya menurun, akibatnya motilitas saluran pencernaan berkurang dan menyebabkan obstipasi. Untuk mengatasi hal tersebut ibu hamil dianjurkan minum lebih 8 gelas dan sebaiknya

diet yang mengandung serat, latihan/senam hamil dan tidak dianjurkan untuk minum obat lisan.

f. Seksual

Selama kehamilan koitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan.

Koitus tidak dibenarkan bila terdapat perdarahan pervaginam, ada riwayat abortus berulang, partus prematurus, ketuban pecah dan serviks telah membuka.

g. Mobilisasi

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan/aktivitas fisik seperti biasa selama tidak terlalu melelahkan.

h. Exercise/Senam Hamil

Ibu hamil perlu menjaga kesehatan tubuhnya dengan cara berjalan-jalan di pagi hari, renang, olah raga ringan dan senam hamil. Senam hamil dimulai pada umur kehamilan setelah 22 minggu yang bertujuan untuk mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat berfungsi secara optimal dalam persalinan normal serta mengimbangkan perubahan titik berat tubuh. Senam hamil dianjurkan untuk ibu hamil tanpa komplikasi/kelainan.

i. Istirahat tidur

Kebutuhan istirahat/tidur pada malam hari kurang lebih 8 jam dan istirahat dalam keadaan rileks pada siang hari selama 1 jam.

10. Kehamilan Resiko

Kehamilan risiko adalah keadaan buruk pada kehamilan yang dapat mempengaruhi keadaan ibu maupun janin apabila dilakukan tata laksana secara umum seperti yang dilakukan pada kasus normal (Manuaba, 2007:43).

Ibu hamil digolongkan dalam tiga golongan risiko berdasarkan karakteristik ibu. Risiko golongan ibu hamil (Muslihatun, 2009:132), meliputi:

a. Ibu hamil risiko rendah

Ibu hamil dengan kondisi kesehatan dalam keadaan baik dan tidak memiliki faktor-faktor risiko berdasarkan klasifikasi risiko sedang dan risiko tinggi, baik dirinya maupun janin yang dikandungnya. Misalnya, ibu hamil primipara tanpa komplikasi, kepala masuk PAP minggu ke-36.

b. Ibu hamil risiko sedang

Ibu hamil yang memiliki satu atau lebih dari satu faktor risiko tingkat sedang, misalnya ibu yang usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, tinggi badan kurang dari 145 cm dan lain-lain. Faktor ini dianggap nantinya akan mempengaruhi kondisi ibu dan janin, serta memungkinkan terjadinya penyulit pada waktu persalinan.

c. Ibu hamil risiko tinggi

Ibu hamil yang memiliki satu atau lebih dari satu faktor-faktor risiko tinggi, antara lain adanya anemia pada ibu hamil. Faktor risiko ini dianggap akan menimbulkan komplikasi dan mengancam keselamatan ibu dan janin baik pada saat hamil maupun persalinan nanti.

1) Termasuk kehamilan risiko

Menurut Puji Rochyati (2009:112) faktor risiko ibu hamil adalah:

a) Kehamilan risiko rendah

(1) Primipara tanpa komplikasi

Primipara adalah wanita yang pernah 1 kali melahirkan bayi yang telah mencapai tahap mampu hidup (*viable*). Kehamilan dengan presentase kepala, umur kehamilan 36 minggu dan kepala sudah masuk PAP.

(2) Multipara tanpa komplikasi

adalah wanita yang telah melahirkan 2 janin *viabel* atau lebih.

(3) Persalinan spontan dengan kehamilan prematur dan bayi hidup

Persalinan spontan yang terjadi pada kehamilan kurang dari 37 minggu, tetapi berat badan lahir melebihi 2500 gram.

b) Kehamilan risiko sedang

(1) Kehamilan yang masuk ke dalam kategori “4 terlalu”

(a) Umur ibu terlalu muda (< 20 tahun)

Pada usia ini rahim dan panggul ibu belum berkembang dengan baik dan relatif masih kecil, biologis sudah siap tetapi psikologis belum matang.

Sebaiknya tidak hamil pada usia di bawah 20 tahun. Apabila telah menikah pada usia di bawah 20 tahun, gunakanlah salah satu alat/obat kontrasepsi untuk menunda kehamilan anak pertama sampai usia yang ideal untuk hamil (BKKBN, 2009:6).

Menurut Caldwell dan Moley ada 4 bentuk pokok jenis panggul:

1. Ginekoid: paling ideal, bentuk bulat: 45 %
2. Android: panggul pria, bentuk segitiga: 15 %
3. Antropoid: agak lonjong seperti telur: 35 %
4. Platipelloid: menyempit arah muka belakang: 5 %

(Prawirohardjo, 2008:105-106).

(b) Umur ibu terlalu tua (> 35 tahun)

Pada usia ini kemungkinan terjadi problem kesehatan seperti hipertensi, diabetes mellitus, anemis, saat persalinan terjadi persalinan lama, perdarahan dan risiko cacat bawaan.

(c) Jarak kehamilan terlalu dekat (< 2 tahun)

Bila jarak anak terlalu dekat, maka rahim dan kesehatan ibu belum pulih dengan baik, pada keadaan ini perlu diwaspadai kemungkinan pertumbuhan janin kurang baik, persalinan lama, atau perdarahan.

(d) Jumlah anak terlalu banyak (> 4 anak)

Ibu yang memiliki anak lebih dari 4, apabila terjadi hamil lagi, perlu diwaspadai kemungkinan terjadinya persalinan lama, karena semakin banyak anak, rahim ibu makin melemah.

(2) Ibu dengan tinggi badan kurang dari 145 cm

Pada ibu hamil yang memiliki tinggi badan kurang dari 145 cm, dalam keadaan seperti itu perlu diwaspadai adanya panggul sempit karena dapat mengalami kesulitan dalam melahirkan.

(3) Kehamilan lebih bulan (serotinus)

(a) Kehamilan yang melewati waktu 42 minggu belum terjadi persalinan, dihitung berdasarkan rumus *Naegele*.

(b) Persalinan lama

Partus lama adalah partus yang berlangsung lebih dari 24 jam untuk primigravida dan 18 jam bagi multigravida. Penyebabnya adalah kelainan letak janin, kelainan panggul, kelainan kekuatan his dan mengejan.

c) Kehamilan risiko tinggi

(1) Penyakit pada ibu hamil

(a) Anemia

Adalah kekurangan darah yang dapat mengganggu kesehatan ibu pada saat proses persalinan (BKKBN, 2009:24). Kondisi ibu hamil dengan kadar *Hemoglobin* kurang dari 11 g% pada trimester 1 dan 3 dan <10,5 g % pada trimester 2. Anemia dapat menimbulkan dampak buruk terhadap ibu maupun janin, seperti infeksi, partus prematurus, abortus, kematian janin, cacat bawaan (Prawirohardjo, 2008:281).

Gejala dan tanda:

Pusing, rasa lemah, kulit pucat, mudah pingsan, sementara tensi masih dalam batas normal perlu dicurigai anemia defisiensi. Secara klinik dapat dilihat tubuh yang malnutrisi dan pucat (MIMS Bidan, 2008/2009).

(b) Malaria

Malaria adalah infeksi yang disebabkan oleh kuman (*plasmodium*) dapat mengakibatkan anemia dan dapat menyebabkan keguguran.

Gejala dan tanda:

Demam, anemia, hipoglikemia, edema paru akut dan malaria berat lainnya.

(c) TBC paru

Tuberkulosis adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh infeksi *mycobacterium tuberculosis*. Sebagian besar kuman tuberkulosis menyerang paru, sehingga dapat menyebabkan perubahan pada sistem pernafasan.

Gejala dan tanda:

Batuk menahun, batuk darah dan kurus kering.

Penderita dengan proses aktif, apalagi dengan batuk darah, sebaiknya dirawat di rumah sakit

dalam kamar isolasi. Gunanya untuk mencegah penularan, untuk menjamin istirahat dan makanan yang cukup, serta pengobatan yang intensif dan teratur (Mansjoer, 2009:287).

(d) Penyakit jantung

Bila ibu hamil mempunyai penyakit jantung harus ekstra hati-hati. Jangan sampai terlalu kecapaian dan jaga kenaikan berat badan agar beban kerja jantung bisa berkurang.

(e) Diabetes mellitus

Diabetes merupakan suatu penyakit dimana tubuh tidak menghasilkan insulin dalam jumlah cukup, atau sebaliknya, tubuh kurang mampu menggunakan insulin secara maksimal. Insulin adalah hormon yang dihasilkan oleh pankreas, yang berfungsi mensuplai glukosa dari darah ke sel-sel tubuh untuk dipergunakan sebagai bahan bakar tubuh.

(f) Infeksi menular seksual pada kehamilan

Infeksi yang disebabkan oleh bakteri, virus, parasit atau jamur, yang penularannya terutama melalui hubungan seksual dengan pasangan yang menderita penyakit tersebut (Sjaiful, 2008:921).

(2) Riwayat obstetrik buruk

(a) Persalinan dengan tindakan

1. Induksi persalinan yaitu tindakan ibu hamil untuk merangsang timbulnya kontraksi rahim agar terjadi persalinan. Dilakukan tindakan ini karena adanya komplikasi pada ibu maupun janin, misalnya ibu hamil dengan KPD, pre eklamsia, serotinus.

2. *Sectio Caesaria* merupakan tindakan untuk melahirkan bayi melalui abdomen dengan membuka dinding uterus dengan cara mengiris dinding perut dan dinding uterus. Tindakan ini dilakukan karena ada komplikasi pada kehamilan, misalnya plasenta previa totalis, panggul sempit, letak lintang, sudah pernah SC dua kali, dan lain-lain.

(b) Pernah gagal kehamilan (keguguran)

Abortus adalah berakhirnya suatu kehamilan pada usia kurang dari 20 minggu (berat janin kurang dari 500 gram) atau buah kehamilan belum mampu untuk hidup diluar kandungan.

Gejala dan tanda:

Perdarahan bercak hingga derajat sedang dan perdarahan hebat pada kehamilan muda.

(c) Pre eklamsi

Pre eklamsi adalah suatu keadaan dengan timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan edema akibat kehamilan setelah usia kehamilan 20 minggu atau segera setelah lahir.

Gejala dan tanda:

Edema terlihat sebagai peningkatan berat badan, pembengkakan kaki, jari tangan dan muka, sakit kepala hebat, tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg, proteinuria sebanyak 0,3 g/l dalam air kencing 24 jam.

(d) Eklamsia

Eklamsia merupakan kelanjutan dari “pre eklamsia berat” ditambah dengan kejang atau koma yang dapat berlangsung mendadak.

Gejala dan tanda:

Eklamsia ditandai oleh gejala-gejala pre eklamsia berat dan kejang atau koma.

(f) Hamil kembar (gemelli)

Kehamilan ganda adalah kehamilan dengan dua janin atau lebih. Kejadian kehamilan ganda dipengaruhi oleh faktor keturunan, umur dan paritas.

Gejala dan tanda:

Perut lebih buncit dari semestinya sesuai dengan umur tuanya kehamilan, gerakan janin dirasakan lebih banyak, uterus terasa lebih cepat membesar, pada palpasi bagian kecil teraba lebih banyak, teraba ada 3 bagian besar janin, teraba ada 2 bollatmen, terdengar 2 denyut jantung janin.

(h) Kehamilan dengan kelainan letak

1. Letak lintang

Letak lintang adalah keadaan sumbu memanjang janin kira-kira tegak lurus dengan sumbu memanjang tubuh ibu. Kelemahan dinding perut/uterus karena multiparitas, kesempitan panggul, plasenta previa, prematuritas, gemeli dan lain-lain.

2. Letak sungsang

Janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong di bagian bawah

kavum uteri. Penyebabnya: Prematuritas, gemeli, multiparitas, plasenta previa dan lain-lain.

(i) Perdarahan dalam kehamilan

1. Plasenta previa

Plasenta previa adalah keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat abnormal, yaitu pada segmen bawah uterus sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir.

Gejala dan tanda:

Perdarahan pada kehamilan setelah 28 minggu atau pada kehamilan lanjut, sifat perdarahannya tanpa sebab, tanpa nyeridan berulang, kadang-kadang perdarahan terjadi pada pagi hari sewaktu bangun tidur.

2. Solusio plasenta

Suatu keadaan dimana plasenta yang letaknya normal, terlepas dari perlekatannya sebelum janin lahir.

Gejala dan tanda:

Perdarahan dengan rasa sakit, perut terasa tegang, gerak janin berkurang, palpasi bagian

janin sulit diraba, auskultasi jantung janin dapat terjadi asfiksia ringan dan sedang, dapat terjadi gangguan pembekuan darah.

Bahaya yang dapat ditimbulkan akibat ibu hamil dengan risiko adalah

- a. Bayi lahir belum cukup bulan
- b. Bayi lahir dengan BBLR
- c. Keguguran (abortus)
- d. Partus macet
- e. Perdarahan ante partum dan post partum
- f. IUFD
- g. Keracunan dalam kehamilan
- h. Kejang

(Prawirohardjo, 2008:178)

11. ANC terpadu

a. Pengertian

ANC (*Antenatal Care*) merupakan perawatan atau asuhan yang diberikan kepada ibu hamil sebelum kelahiran, yang berguna untuk memfasilitasi hasil yang sehat dan positif bagi ibu hamil atau bayinya dengan menegakkan hubungan kepercayaan dengan ibu, mendeteksi komplikasi yang dapat mengancam jiwa, mempersiapkan kelahiran dan memberikan pendidikan kesehatan (Mufdliah, 2009:168).

b. Tujuan ANC

Menurut Vivian (2010:109) tujuan asuhan kehamilan yaitu :

1) Tujuan umum

Menurunkan atau mencegah kesakitan, serta kematian maternal dan perinatal.

2) Tujuan khususnya adalah sebagai berikut :

a) Memonitor kemajuan kehamilan guna memastikan kesehatan ibu dan perkembangan bayi yang normal

b) Mengenali secara dini penyimpangan dari normal dan memberikan penatalaksanaan yang diperlukan

c) Membina hubungan saling percaya antara ibu dan bidan dalam rangka mempersiapkan ibu dan keluarga secara fisik, emosional, serta logis untuk menghadapi kelahiran dan kemungkinan adanya komplikasi.

c. Manfaat ANC (*Antenatal Care*)

1) Ibu dalam kondisi selamat selama kehamilan, persalinan dan nifas tanpa trauma fisik maupun mental yang merugikan

2) Bayi dilahirkan sehat, baik fisik maupun mental

3) Ibu sanggup merawat dan memberikan Air Susu Ibu (ASI) kepada bayinya

4) Suami istri telah ada kesiapan dan kesanggupan untuk mengikuti keluarga berencana setelah kelahiran bayinya (Vivian, 2010:98).

d. Frekuensi kunjungan ANC (*Antenatal Care*)

- 1) Minimal 1 kali pada trimester satu (sebelum usia kehamilan umur 14 minggu)
- 2) Minimal 1 kali pada trimester kedua (usia kehamilan 14-28 minggu)
- 3) Minimal 2 kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 28-36 minggu/lebih dari 36 minggu) (Saryono, 2010:139).

e. Standart pelayanan antenatal 14 T (Francichandra, 2010:279) :

- 1) Timbang berat badan
- 2) Ukur tekanan darah
- 3) Ukur tinggi fundus uteri
- 4) Pemberian imunisasi (tetanus toksoid) TT lengkap
- 5) Pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan
- 6) Pemeriksaan HB
- 7) Pemeriksaan VDRL
- 8) Pemeriksaan protein urin
- 9) Pemeriksaan reduksi urin
- 10) Perawatan payudara
- 11) Senam hamil
- 12) Pemberian obat malaria
- 13) Pemberian kapsul minyak yodium
- 14) Temuwicara dalam rangka persiapan rujukan

2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuaba, 2012: 164).

Persalinan, dari segi fisik dapat digambarkan sebagai proses ketika janin, plasenta, dan membran dikeluarkan melalui jalan lahir (Fraser dan Cooper, 2009:429).

Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu, proses ini dimulai dengan kontraksi persalinan sejati yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks dan diakhiri dengan pengeluaran plasenta (Varney, 2008:672).

Dari beberapa pengertian diatas, penulis menyimpulkan bahwa persalinan merupakan proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan dan dikeluarkan melalui jalan lahir

2. Fisiologi persalinan

Menurut Manuaba (2012:166), terjadinya persalinan sampai saat ini belum diketahui, namun ada beberapa teori yang berkaitan

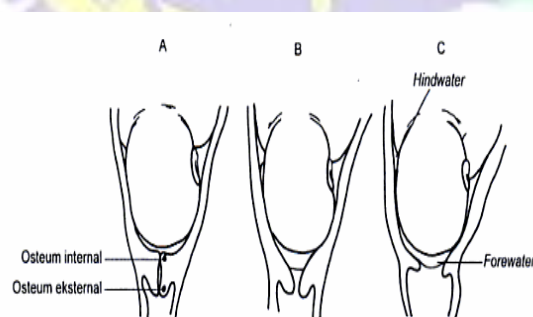
dengan mulainya persalinan. Menjelang persalinan terdapat dua hormon yang berperan penting yaitu:

- a. Estrogen yang meningkatkan sensitivitas otot rahim sehingga memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin dan rangsangan mekanis.
- b. Progesteron yang menurunkan sensitivitas otot rahim, menyulitkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanis dan menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.

Peran estrogen dan progesteron sangatlah seimbang. Perubahan estrogen dan progesteron menyebabkan oksitosin yang dikeluarkan oleh hipofisis pars posterior dapat menimbulkan kontraksi dalam bentuk *Braxton Hicks*. Kontraksi ini akan menjadi lebih dominan saat mulainya persalinan, oleh karena itu semakin tua usia kehamilan ibu, maka frekuensi kontraksi semakin sering. Manuaba (2012:149-150) menjelaskan bahwa menjelang persalinan uterus makin mudah dirangsang dan palpasi menyebabkan kontraksi uterus. Selain itu akan terjadi pembentukan *gap junction*. *Gap junction* adalah penghubung satu otot uterus dengan lainnya sehingga penyebaran inisiasi kontraksi yang berasal dari *pace maker*-nya pada pertemuan antara tuba dan ligamentum rotundum akan makin cepat dan teratur dihantarkan menuju seluruh otot uterus sebagai kontraksi yang dominan. His persalinan adalah fundus dominan, menyebar ke

seluruh otot rahim seolah-olah memeras isi uterus dan terasa sangat nyeri. Kemudian dilanjutkan pembentukan segmen bawah rahim. Segmen bawah rahim bersifat pasif sehingga dapat menampung janin yang akan lahir tanpa gangguan, segmen bawah rahim bertindak sebagai saluran proses persalinan yang bersifat pasif karena tidak terlalu banyak mengandung otot yang mampu berkontraksi, keuntungan sifat pasif ini adalah saat masa nifas akan dapat mengalirkan sisa *lochea* dan lainnya sehingga uterus akan bersih. Setelah itu serviks mengalami perlunakan dan pembukaan. Proses membukanya servik disebut dengan berbagai istilah yaitu melembek (*softening*), menipis (*thinned out*), terobliterasi (*obliterated*), mendatar dan tertarik ke atas (*effaced and taken up*) dan membuka (*dilatation*) (Sofian, 2013: 71).

Proses dilatasi dan pembukaan servik dapat dilihat pada gambar 2.14:



Gambar 2.14
Proses membukanya serviks
(Sumber : Saifuddin, 2009:7).

3. Sebab – Sebab Persalinan

Penyebab persalinan belum pasti diketahui, namun beberapa teori menghubungkan dengan faktor hormonal, struktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh tekanan pada saraf dan nutrisi (Hafifah, 2011-87)

a. Teori penurunan hormone

1-2 minggu sebelum partus mulai, terjadi penurunan hormone progesterone dan estrogen. Fungsi progesterone sebagai penenang otot-otot polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila progesterone turun.

b. Teori placenta menjadi tua

Turunnya kadar hormone estrogen dan progesterone menyebabkan kekejangan pembuluh darah yang menimbulkan kontraksi rahim.

c. Teori distensi rahim

Rahim yang menjadi besar dan merenggang menyebabkan iskemik otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi utero-plasenta.

d. Teori iritasi mekanik

Di belakang servik terlihat ganglion servikale (fleksus franterrhauus). Bila ganglion ini digeser dan di tekan misalnya oleh kepala janin akan timbul kontraksi uterus.

e. Induksi partus

Dapat pula ditimbulkan dengan jalan gagang laminaria yang dimasukan dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang pleksus frankenhauser, amniotomi pemecahan ketuban), oksitosin drip yaitu pemberian oksitosin menurut tetesan perinfus.

4. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Menurut Sumarah (2009, 23-45), factor-faktor yang mempengaruhi persalinan yaitu power, passage, passanger, posisi ibu dan psikologis. Menurut Bandiyah, (2009, 81-83), faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan adalah power, passage, passanger, psycian, psikologis.

a. (*Power* (kekuatan))

Kekuatan terdiri dari kemampuan ibu melakukan kontraksi involunter dan volunteer secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus. Kontraksi involunter disebut juga kekuatan primer, menandai dimulainya persalinan. Apabila serviks berdilatasi, usaha volunteer dimulai untuk mendorong, yang disebut kekuatan sekunder, dimana kekuatan ini memperbesar kekuatan kontraksi involunter. Kekuatan primer berasal dari titik pemicu tertentu yang terdapat pada penebalan lapisan otot di segmen uterus bagian atas. Dari titik pemicu, kontraksi dihantarkan ke uterus bagian bawah dalam bentuk gelombang, diselingi periode istirahat singkat. Kekuatan

sekunder terjadi segera setelah bagian presentasi mencapai dasar panggul, sifat kontraksi berubah yakni bersifat mendorong keluar. Sehingga wanita merasa ingin mengedan. Usaha mendorong ke bawah ini yang disebut kekuatan sekunder. Kekuatan sekunder tidak mempengaruhi dilatasi serviks, tetapi setelah dilatasi serviks lengkap. Kekuatan ini penting untuk mendorong bayi keluar dari uterus dan vagina. Jika dalam persalinan seorang wanita melakukan usaha volunteer (mengedan) terlalu dini, dilatasi serviks akan terhambat. Mengedan akan melelahkan ibu dan menimbulkan trauma pada serviks (Sumarah, 2009, 42-43).

b. *Passage* (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku. Oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai. Empat jenis panggul dasar, menurut Verralls, (2003, 45-48), dikelompokkan sebagai berikut :

1) Ginekoid (tipe wanita klasik).

Panggul Ginekoid adalah nama lain dari pelvis atau panggul wanita normal. Pintu masuk bulat, mempunyai sakrum dengan lengkung yang baik, mempunyai spina ischiadika yang tumpul (bulat), tidak tajam dan tidak menonjol. Arcus pubis mempunyai sudut yang membulat. Karena pelvis bulat di depan, maka fetus akan memberikan presentasi kepala, dengan bagian yang paling bulat (yaitu occiput) di depan, dan pada presentasi ini merupakan letak yang paling menguntungkan pada permulaan persalinan.

2) Android (mirip panggul pria).

Panggul Android adalah pelvis jenis laki-laki, tulang-tulanganya lebih berat dibanding pelvis wanita, dan terdapat beberapa ciri-ciri khusus. Pintu masuk berbentuk jantung, menyebabkan pelvis bagian depan sangat sempit. Diameter tranversal yang diukur antara dua titik terjauh pada pintu masuk pelvis tidak akan menyilang pusat diameter anteroposterior (AP), tetapi jauh lebih dekat sacrum, dengan demikian perlu ditekankan adanya faktor bahwa terdapat ruang yang lebih luas pada bagian belakang pelvis dibandingkan bagian depan. Karena pelvis belakang lebih bulat bentuknya dan terdapat ruang yang lebih luas, maka fetus akan terletak dengan occiput berada pada kuadran

posterior kanan atau kiri. Pada 90% posisi posterior ini, walaupun persalinan cenderung berlangsung lama, tetapi persalinan berlangsung normal. Beberapa persalinan normal tersebut akan terjadi dengan posisi occiput posterior yang menetap (artinya lahir dengan muka menghadap pubis), sedangkan sebagian kecil akan memberikan presentasi muka. Walaupun demikian, sacrum yang luas akan menyebabkan terhalangnya rotasi (putaran) kepala janin, spina ischiadica yang menonjol akan menghalangi turunya fetus, dan arcus pubis yang sempit tidak memungkinkan kelahiran occiput. Pada keadaan demikian akan diperlukan rotasi kepala secara manual (dengan tangan penolong) dan kelahiran dengan alat atau seksio caesarea.

3) Antropoid (mirip panggul kera anthropoid).

Panggul Antropoid, biasanya dipunyai oleh wanita Kaukasia, yang perawakannya sangat tinggi dengan tungkai yang panjang, dan pelvis demikian juga umumnya terdapat pada wanita Afrika Selatan. Pintu masuk berbentuk oval, mempunyai diameter anteroposterior yang panjang, tetapi diameter tranversa lebih pendek. Pintu keluar adekuat pada semua diameternya, dengan arcus pubis yang agak lebar. Fetus umumnya memperlihatkan presentasi dengan panjang kepala berada pada diameter anteroposterior pintu masuk

pelvis, pintu masuk ini paling mudah dilalui kepala fetus. Lebih sering occiput terletak pada cekung sacrum dan bukannya mengarah ke anterior. Kemudian fetus mewakili pelvis dengan posisi yang tetap sama, dan lahir dengan posisi oksipitoposterior yang tidak mengalami reduksi, dan bukannya muka yang menghadap perineum.

4) Platipeloid (panggul pipih).

Pelvis jenis ini dapat disebabkan oleh faktor perkembangan, rakhitis, atau faktor herediter. Keadaan demikian sering ditemukan pada wanita-wanita Afrika, mungkin tidak hanya karena faktor diet yang buruk, tetapi juga karena kebiasaan membawa beban berat di kepala pada masa perkembangan. Pintu masuk mempunyai diameter anteroposterior yang pendek, tetapi diameter transversa lebih panjang, sehingga memberikan pintu masuk yang berbentuk ginjal atau kacang kara. Kepala fetus mengalami kesulitan dalam memasuki pintu masuk pelvis, dan biasanya mengalami presentasi dengan diameter panjang kepala menyilang diameter transversa dari pintu masuk pelvis yang ruangnya lebih luas. Karena kepala letaknya tinggi, maka membrana amnii mungkin pecah awal dan ada kemungkinan terjadinya prolaps fenikuli umbilicalis. Dengan kontraksi uterus yang baik, kepala akan terdorong maju antara promontorium

dengan symphysis pubis. Tulang-tulang tengkorak akan bertumpang tindih satu sama lain dengan adanya tekanan ini, dan proses ini disebut asinklinasi, kemudian akan diikuti oleh kelahiran kepala dengan cepat. Apabila pintu masuk pelvis sangat sempit, maka kepala fetus tetap mengambang jauh diatas pintu masuk pelvis ini, dan diperlukan seksio caesarea.

c. *Passenger* (Janin dan Plasenta)

Janin dapat mempengaruhi jalannya kelahiran karena ukuran dan presentasinya. Dari semua bagian janin, kepala janin merupakan bagian yang paling kecil mendapat tekanan. Namun, karena kemampuan tulang kepala untuk molase satu sama lain, janin dapat masuk melalui jalan lahir asalkan tidak terlalu besar dan kontraksi uterus cukup kuat (Llewellyn, 2008:57).

Passanger atau janin, bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka ia dianggap juga sebagai bagian dari passanger yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kehamilan normal (Sumarah, 2009:35).

d. *Psycology* (Psikologi Ibu)

Tingkat kecemasan wanita selama bersalin akan meningkat jika ia tidak memahami apa yang terjadi pada dirinya atau yang disampaikan kepadanya. Wanita bersalin biasanya akan mengutarakan kekhawatirannya jika ditanyai. Perilaku dan penampilan wanita serta pasangannya merupakan petunjuk berharga tentang jenis dukungan yang akan diperlukannya. Membantu wanita berpartisipasi sejauh yang diinginkan dalam melahirkan, memenuhi harapan wanita akan hasil akhir mengendalikan rasa nyeri merupakan suatu upaya dukungan dalam mengurangi kecemasan pasien. Dukungan psikologis dari orang-orang terdekat akan membantu memperlancar proses persalinan yang sedang berlangsung. Tindakan mengupayakan rasa nyaman dengan menciptakan suasana yang nyaman dalam kamar bersalin, memberi sentuhan, memberi penenangan nyeri non farmakologi, memberi analgesia jika diperlukan dan yang paling penting berada disisi pasien adalah bentuk-bentuk dukungan psikologis. Dengan kondisi psikologis yang positif proses persalinan akan berjalan lebih mudah (Sumarah, 2009:45).

e. *Psycian* (Penolong)

Menurut Christina (2010:133), menyatakan bahwa peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani

komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu atau janin. Bila diambil keputusan untuk melakukan campur tangan, ini harus dipertimbangkan dengan hati-hati, tiap campur tangan bukan saja membawa keuntungan potensial, tetapi juga risiko potensial. Pada sebagian besar kasus, penanganan yang terbaik dapat berupa “observasi yang cermat”. Dalam menghadapi persalinan seorang calon ibu dapat mempercayakan dirinya pada bidan, dokter umum, dokter spesialis obstetric dan ginekologi, bahkan melakukan pengawasan hamil 12-14 kali sampai pada persalinan. Pertemuan konsultasi dan menyampaikan keluhan, menciptakan hubungan saling mengenal antar calon ibu dengan bidan atau dokter yang akan menolongnya. Kedatangannya sudah mencerminkan adanya “*informed consent*” artinya telah menerima informasi dan dapat menyetujui bahwa bidan atau dokter itulah yang akan menolong persalinannya. Pembinaan hubungan antara penolong dan ibu saling mendukung dengan penuh kesabaran sehingga persalinan dapat berjalan dengan lancar. Kala I, perlu dijelaskan dengan baik bahwa persalinan akan berjalan aman, oleh karena kepala masuk pintu atas panggul, bahkan pembukaan telah maju dengan baik. Keberadaan bidan atau dokter sangat penting untuk memberikan semangat sehingga persalinan dapat berjalan baik. Untuk menambah kepercayaan ibu, sebaiknya setiap kemajuan

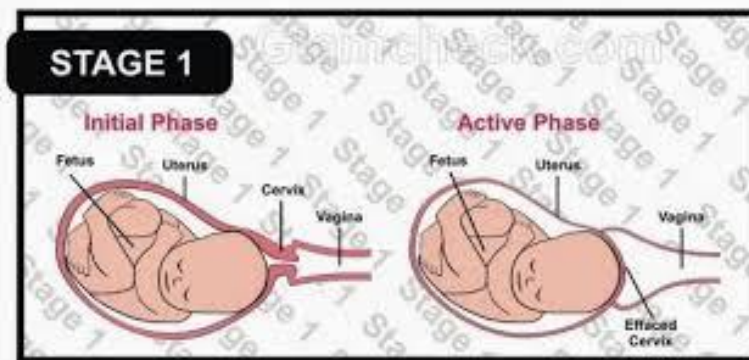
diterangkan sehingga semangat dan kemampuannya untuk mengkoordinasikan kekuatan persalinan dapat dilakukan. Pemindahan penderita keruangan dimana anaknya telah menunggu, masih merupakan tanggung jawab bidan atau dokter paling sedikit selama 2 jam pertama (Bandiyah, 2009:81-82).

5. Tahapan Persalinan

Pada persalinan normal dibagi menjadi 4 kala yang berbeda, yaitu:

- a. Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap yaitu 10 cm. Pada permulaan His, kala pembukaan tidak berlangsung begitu kuat sehingga pasien masih bisa berjalan-jalan. Lamanya kala I untuk primi gravida adalah 12 jam sedangkan multigravida adalah 8 jam. Berdasarkan kurva Friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2cm/jam. Dengan perhitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan (Manuaba, 2012:173). Menurut Saifuddin (2009:7) Kala I dibagi menjadi 2 fase yaitu fase laten merupakan serviks berdilatasi kurang dari 4 cm dan fase aktif merupakan serviks berdilatasi 4–9 cm terdapat kecepatan pembukaan 1 cm atau lebih per jam serta penurunan kepala dimulai. Sedangkan menurut Varney (2009: 341) Kala I adalah Dimulainya pada waktu serviks membuka karena his : kontraksi uterus yang teratur, makin lama, makin kuat, makin sering, makin terasa nyeri,

disertai pengeluaran darah-lendir yang tidak lebih banyak daripada darah haid. Pembukaan serviks dikaji pada ostium internal, hasilnya secara subjektif dinyatakan dalam sentimeter dan 10 cm diartikan sebagai pembukaan lengkap. Rata-rata servik menonjol ke vagina 4 cm. Penipisan dapat dinyatakan dalam perentase (100% bearti setipis kertas) atau dalam sentimeter. Berakhir pada waktu pembukaan serviks telah lengkap (pada periksa dalam, bibir porsio serviks tidak dapat diraba lagi). Selaput ketuban biasanya pecah spontan pada saat akhir kala I. Dapat di lihat pada gambar 2.15



Gambar 2.15
Kala 1

(Sumber: Sulistyawati, Nugraheny, 2010:75)

Dan menurut Varney (2009: 344) dalam Kala I terdapat 2 fase , yaitu :

- 1) Fase laten : pembukaan sampai mencapai 3 cm, berlangsung sekitar 8 jam.

- 2) Fase aktif : pembukaan dari 3 cm sampai lengkap (+ 10 cm), berlangsung sekitar 6 jam. Fase aktif terbagi atas :
 - a) Fase akselerasi (sekitar 2 jam), pembukaan 3 cm sampai 4 cm.
 - b) Fase dilatasi maksimal (sekitar 2 jam), pembukaan 4 cm sampai 9 cm.
 - c) Fase deselerasi (sekitar 2 jam), pembukaan 9 cm sampai lengkap (+ 10 cm).

Perbedaan proses pematangan dan pembukaan serviks (*cervical effacement*) pada primigravida dan multipara :

- 1) Pada primigravida terjadi penipisan serviks lebih terlebih dahulu sebelum terjadi pembukaan, sedangkan pada multipara serviks telah lunak akibat persalinan sebelumnya, sehingga langsung terjadi proses penipisan dan pembukaan.
- 2) Pada primigravida, ostium internum membuka terlebih dahulu daripada ostium eksternum (inspekulo ostium tampak berbentuk seperti lingkaran kecil di tengah), sedangkan pada multipara, ostium internum dan eksternum membuka bersamaan (inspekulo ostium tampak berbentuk seperti garis lebar).
- 3) Periode Kala 1 pada primigravida lebih lama (+ 20 jam) dibandingkan multipara (+14 jam) karena pematangan dan

pelunakan serviks pada fase laten pasien primigravida memerlukan waktu lebih lama.

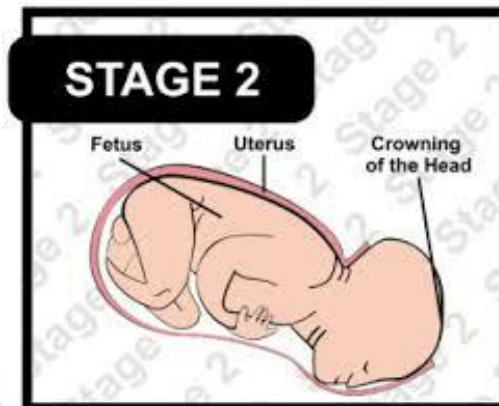
b. Kala II: atau kala pengusiran terdapat tanda gejala kala dua persalinan menurut Wiknjosastro (2008: 77) adalah:

- 1) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
- 2) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum/vaginanya
- 3) Perineum menonjol
- 4) Vulva, vagina dan *sfincter* ani membuka
- 5) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah

Tanda pasti kala II dilakukan dengan periksa dalam yang hasilnya adalah:

- 1) Pembukaan serviks telah lengkap
- 2) Terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina

Menurut Saifuddin (2009: N-7) Kala II dibagi menjadi 2 fase yaitu fase awal (nonekspulsif) merupakan serviks membuka lengkap (10 cm) yang terdiri dari penurunan kepala berlanjut dan belum ada keinginan untuk meneran, yang kedua yaitu fase akhir (ekspulsif) merupakan serviks membuka lengkap terdiri dari bagian terbawah telah mencapai dasar panggul serta ibu mulai meneran. Dapat dilihat pada gambar 2.16



Gambar 2.16
Kala II

(Sumber: Sulistyawati, Nugraheny, 2010:76)

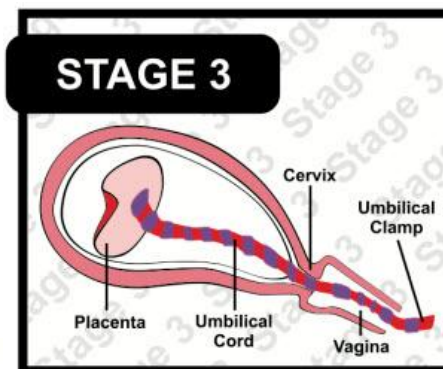
c. Kala III: pada kala III persalinan, otot uterus (miometrium) berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat pelekatan plasenta. Karena tempat pelekatan menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus, setelah lepas plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau ke dalam vagina (Wiknjosastro, 2008: 95-96). Tanda-tanda lepasnya plasenta mencakup beberapa hal diantaranya adalah:

- 1) Perubahan bentuk dan tinggi fundus. Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus biasanya di bawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau seperti buah pear atau alpukat

dan fundus berada di atas pusat (seringkali mengarah ke sisi kanan).

- 2) Tali pusat memanjang, tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva.
- 3) Semburan darah mendadak dan singkat, darah yang terkumpul di belakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dibantu oleh gaya gravitasi, apabila kumpulan darah (*retroplacental pooling*) dalam ruang diantara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta melebihi kapasitas tampungnya maka darah tersembur keluar dari tepi plasenta yang terlepas.

Menurut Saifuddin (2009:101), kala III dimulai segera setelah bayi baru lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Menurut Wiknjosastro (2008:100-103) manajemen aktif kala III mempunyai tujuan untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu, mencegah perdarahan dan dapat mengurangi kehilangan darah kala III persalinan dibandingkan dengan penatalaksanaan fisiologis. Keuntungan manajemen aktif kala III antarlain persalinan kala III lebih singkat, mengurangi jumlah kehilangan darah, mengurangi kejadian retensio plasenta. Dan dapat dilihat pada gambar 2.17



Gambar 2.17

Kala III

(Sumber: Sulistyawati, Nugraheny, 2010:77)

Dalam Kala III ada dua metode untuk mengeluarkan plasenta, yaitu dijelaskan oleh Schultze dan Matthews Duncan (Widyastuti, 2009:167) :

- 1) Metode Schulze Pelepasan plasenta mulai dari pertengahan, sehingga plasenta lahir diikuti oleh pengeluaran darah. Plasenta terlepas dari suatu titik pusat dan merosot ke vagina melalui lubang dalam kantung amnion, permukaan fetal plasenta muncul pada vulva dengan selaput ketuban yang mengikuti di belakang seperti payung terbalik saat terkelupas dari dinding uterus. Permukaan maternal plasenta tidak terlihat, dan bekuan darah berada dalam kantong yang terbalik.
- 2) Metode Matthews Duncun Pelepasan plasenta dari daerah tepi sehingga terjadi perdarahan dan diikuti pelepasan plasentanya. Plasenta turun melalui bagian samping dan

masuk ke vulva dengan pembatas maternal terlebih dahulu, seperti kancing yang memasuki lubang baju. Bagian yang berada didalam kantong. Pada metode Matthernws Duncan ini kemungkinan terjadinya bagian selaput ketuban tersebut tidak terkelupas semua selengkap metode Schutze. Beberapa cara untuk mengetahui apakah plasenta telah lepas dari tempat implementasinya yaitu dipakai beberapa perasat antara lain:

a) Perasat Kustner Tangan kanan merengangkan atau menari sedikit tali pusat. Tangan kiri menekan darah diatas simfisis. Bila tali pusat masuk kembali ke dalam vagina, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus. Bila tetap dan tidak masuk kembali kedalam vagian, berarti plasenta lepas dari dinding uterus. Perasat ini hendaknya dilakukan secara hati-hati, apabila hanya sebagian plasenta terlepas, perdarahan banyak akan dapat terjadi.

b) Perasat Strassman Tangan kanan meregangkan dan menarik sedikit tali pusat. Tangan kiri mengetok-ngetok fundus uteri. Bila terasa getaran pada tali pusat yang diregangkan ini, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus. Bila tidak terasa getaran, berarti telah lepas dari dinding uterus.

c) Perasat Klien Wanita tersebut disuruh mengedan. Tali pusat tampak turun kebawah, mengedannya dihentikan dan tali pusat masuk kembali kedalam vagian berarti plasenta telah lepas dari dinding uterus.

d) Perasat Crede Dengan cara memijat uterus seperti memeras jeruk agar plasenta lepas dari dinding uterus hanya dapat di pergunakan bila terpaksa misalnya pendarahan. Perasat ini dapat mengakibatkan kecelakaan perdarahan post partum.

d. Kala IV: Menurut Wiknjastro (2008:114-116) dua jam pertama setelah persalinan merupakan waktu yang kritis bagi ibu dan bayi. Kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi perdarahan paska salin yang paling sering terjadi 2 jam dan perdarahan tidak lebih dari 500 cc. Jumlah perdarahan rata-rata yang dianggap normal adalah 250 cc, biasanya 100-300 cc. Perdarahan jika lebih dari 500 cc, hal tersebut dianggap abnormal dan harus dicari penyebabnya (Mochtar dalam Sofian, 2012:81).

Saat setelah kala IV kita diwajibkan untuk mengisi lembar Partograf. Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klini (Anonim, 2013). Tujuan utama dari penggunaan partograf adalah:

a. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.

- b. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama
- c. Data pelengkapan yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatatkan secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir.

Partograf dapat digunakan:

- 1) Untuk semua ibu dalam semua aktifitas aktif kala satu persalinan dan merupakan elemen penting dari asuhan persalinan. Partograf harus digunakan untuk semua persalinan, baik normal maupun patologis. Partograf sangat membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi dan tidak disertai dengan penyulit.
- 2) Selama persalinan dan kelahiran di semua tempat (rumah, puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit dll).
- 3) Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan persalinan kepada ibu dan proses kelahiran bayinya (spesialis Obstetri, bidan, perawat, dokter umum).

Mencatat Temuan Partograf

1) Informasi tentang ibu

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

2) Kondisi janin

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

a) DJJ

Nilai dan catat dDJJ setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda tanda gawat janin). Setiap kotak bagian atas partograf menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka di sebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberikan tanda titik pada garis yang sesuai dengan yang menunjukkan DJJ. Kemudian hubungkan yang satu dengan titik lainnya dengan garis tegas dan bersambung. Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf diantaragaris tebal pada angka 180 dan 100. Sebaiknya, penolong harus waspadabila DJJ mengarah hingga dibawah 120 atau diatas 160. Untuk tindakan-tindakan segera yang harus dilakukan jika DJJ melampau kisaran normal ono. Catat tindakan-tindakan yang dilakukan pada ruang yang tersedia di salah stu dari kedua sisi partograf.

b) Warna dan adanya air ketuban

Nilai air kondisi ketuban setiap kali melakukan dalam dan nilai warna air ketuban jika selaput pecah. Cata temuan-temuan dalam kotak yang sesuai di bawah lajur DJJ. Gunakan lambang-lambang berikut ini:

- (1) U: selaput ketuban masih utuh (belum pecah)
- (2) J: selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih
- (3) M: selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium
- (4) D: selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah
- (5) K: selaput ketuban sudah pecah tapi air ketuban tidak mengalir lagi (kering)

Mekonium dalam cairan ketuban tidak selalu menunjukkan adanya gawat janin. Jika terdapat mekonium, pantau DJJ dengan seksama untuk mengenali tanda-tanda gawat janin selama proses persalinan. Jika ada tand-tanda gawat janin (denyut jantung janin <100 atau >180 la;i permenit) maka ibu harus segera dirujuk tetapi jika terdapat mekonium kental, segera rujuk ibu tempat yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat daruratan obstetri dan bayi baru lahir.

c) Penyusupan (molase) tulang kepala janin

penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri terhadap bagian keras (tulang) panggul ibu. Semakin membesar derajat penyusupan atau tumpang tindih antara tulang kepala semakin menunjukkan resiko disproporsi kepla-panggul (CPD). Ketidak mampuan untuk brakomondasi atau disproporsi ditunjukkan melalui derajat penyusupan atau tumpang tindih (molase) yang berat sehingga tulang kepa yang saling menyusup, sulit untuk dipisahkan. Apabila ada dugaan disproporsi kepala panggul maka penting untuk tetap memantau kondisi janin serta kemajuan persalinan. Lakukan tindakan pertolongan awal yang sesuai dan rujuk ibu dengan dugaan proporsi kepala panggul (CPD) ke fasilitas kesehatan rujukan. Setiap kali melakukan periksa dalam, nilai penyusupan antar tulang (molase) kepala janin.

Catat temuan yang ada di kotak yang sesuai di bawah lajur air ketuban. Gunakan lambang-lambang berikut ini:

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

1: tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan

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

3: tulang-tulang kepala jani saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

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

(a) Pembukaan serviks

Pembukaan serviks setiap 4 jam. Saat ibu berada dalam fase aktif persalinan, catat pada partograf setiap temuan dari setiap pemeriksaan. Tanda 'X' harus dicantumkan di garis waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks

(b) Penurunan bagian terbawah janin

Setiap kali melakukan periksa dalam (setiap 4 jam), atau lebih sering (jika ditemukan tanda-tanda penyulit. Cantumkan hasil pemeriksaan penurunan kepala (perlinaan) yang

menunjukkan seberapa jauh bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul. Pada persalinan normal, kemajuan pembukaan serviks selalu diikuti dengan turunnya bagian terbawah janin. Tapi ada kalanya, penurunan bagian terbawah janin baru terjadi setelah pembukaan serviks mencapai 7cm. Tuliskan “turun kepala” dan garis tidak terputus dari 0-5, tertera di sisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Berikan tanda ‘0’ yang ditulis pada garis waktu yang sesuai. Sebagian contoh, jika hasil pemeriksaan palpasi kepala di atas pubis ada 4/5 maka tuliskan tanda “0” di garis angka 4. Hubungkan tanda ‘0’ dari setiap pemeriksaan garis tidak terputus.

(c) Garis waspada dan garis bertindak

Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4cm dan berakhir pada titik dimana pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan adalah 1 cm perjam. Pencatatan selama fase aktif persalinan harus dimulai di garis waspada. Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada, maka harus di pertimbangkan adanya penyulit.

Pertimbangkan perlunya melakukan intervensi bermanfaat yang diperlukan, misalnya persiapan rujukan ke fasilitas kesehatan rujukan (rumah sakit atau puskesmas) yang memiliki kemampuan untuk menatalaksakan penyulit atau gawat darurat obstetri. Garis

bertindak tertera sejajar dan di sebelah kanan (berjarak 4 jam) garis waspada. Jika pembukaan serviks telah melampaui dan berada di sebelah kanan garis bertindak maka hal ini menunjukkan perlu dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan. Sebaiknya, ibu harus berada di tempat rujukan sebelum garis bertindak terlampaui.

Jam dan waktu.

1) Waktu mulai fase aktif

Di bagian bawah partograf (pembukaan serviks dan penurunan) tertera kotak-kotak yang diberi angka 1-12. Setiap kotak menyatakan satu jam sejak dimulai fase aktif persalinan.

2) Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian

Di bawah lajur kotak untuk waktu mulai fase aktif, tertera kotak-kotak untuk mencatat waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan. Setiap kotak menyatakan satu jam penuh dan berkaitan dengan dua kotak waktu 30 menit yang berhubungan dengan lajur untuk pencatatan pembukaan serviks, DJJ di bagian atas dan lajur kontraksi dan nadi ibu di bagian bawah. Saat ibu masuk fase aktif persalinan, cantumkan pembukaan serviks di garis waspada. Kemudian catat waktu aktual pemeriksaan ini di kotak waktu yang sesuai. Sebagai contoh, jika hasil pemeriksaan dalam menunjukkan pembukaan serviks adalah 6cm pada pukul 15.00, cantumkan tanda 'X' di garis waspada yang sesuai dengan lajur angka 6 yang tertera di sisi

luar kolom paling kiri dan catat waktu aktual di kotak pada lajur waktu di bawah lajur pembukaan (kotak ke tiga dari kiri).

Kontaksi uterus

Di bawah lajur waktu partograf, terdapat lima kotak dengan tulisan “kontraksi per 10 menit” di sebelah paling kiri. Setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi dalam satuan detik. Nyatakan jumlah kontraksi yang terjadi dalam waktu 10 menit dengan cara mengisi kotak kontraksi yang tersedia dan disesuaikan dengan angka yang mencerminkan temuan dari hasil pemeriksaan kontraksi.

Obat-obatan dan cairan yang di berikan

Di bawah lajur kotak observasi kontraksi uterus tertera lajur kotak untuk mencatat oksitosin, obat-obatan lainnya dan cairan IV.

a) Oksitosin

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

b) Obat-obatan lain dan cairan IV

Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan atau cairan IV dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya.

Kondisi ibu

Bagian terbawah lajur dan kolom pada halaman depan partograf, terdapat kotak atau ruang untuk mencatat kondisi kesehatan dan kenyamanan ibu selama persalinan.

a) Nadi,tekanan darah dan suhu tubuh

Angka di sebelah kiri bagian partograf ini berkaitan dengan nadi dan tekanan darah ibu. Nilai dan catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan (lebih sering jika diduga adanya penyulit). Beri tanda titik (.) pada kolom waktu yang sesuai. Nilai dan catat tekanan darah ibu setiap selama fase aktif persalinan (lebih sering jika diduga adanya penyulit). Beri tanda panah pada partograf pada kolom waktu yang sesuai. Nilai catat temperatur tubuh ibu (lebih sering jika terjadi peningkatan mendadak atau diduga adanya infeksi) setiap 2 jam dan catat temperatur tubuh pada kotak yang sesuai.

b) Volume urin, protein dan aseton

Ukur dan catat jumlah produksi urin ibu sedikitnya setiap 2 jam (setiap berkemih). Jika memungkinkan, setiap kali ibu berkemih, lakukan pemeriksaan aseton dan protein dalam urin.

Asuhan, pengamatan dan keputusan klinik lainnya

Catat semua asuhan lainnya, hasil pengamatan dan keputusan klinik di sisi luar kolom partograf, atau buat catatan terpisah tentang kemajuan persalinan. Cantumkan juga tanggal dan waktu saat membuat catatan persalinan. Asuhan pengamatan dan keputusan klinis mencakup :

- a) Jumlah cairan per oral yang diberikan
- b) Keluhan sakit kepala atau penglihatan (pandangan) kabur
- c) Konsultasi dengan penolong persalinan lainnya
- d) Persiapan sebelum melakukan rujukan

Partograf dan lembar observasi dapat dilihat di lampiran.

6. Aspek Lima Benang Merah

Ada lima aspek dasar atau lima benang merah yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan, baik normal maupun patologis. Lima benang merah ini akan selalu berlaku dalam penatalaksanaan persalinan, mulai dari kala satu hingga kala empat, termasuk penatalaksanaan bayi baru lahir. Lima benang merah tersebut, yaitu:

- a. Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan merupakan proses menentukan penyelesaian masalah dan asuhan yang diperlukan oleh pasien.

Keputusan itu harus akurat, komprehensif dan aman, baik bagi

pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberikan pertolongan. Semua keputusan akan bermuara pada bagaimana kinerja dan perilaku yang diharapkan dari seorang pemberi asuhan dalam menjalankan tugas dan pengalaman ilmunya kepada pasien atau klien. Langkah membuat keputusan klinik:

- 4) Pengumpulan data : subjektif dan objektif.
- 5) Diagnosa kerja
- 6) Penatalaksanaan klinik
- 7) Evaluasi hasil implementasi tatalaksana

b. Asuhan sayang ibu

Asuhan sayang ibu adalah asuhan menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Cara yang paling mudah membayangkan mengenai asuhan sayang ibu adalah menanyakan kepada diri sendiri; “Seperti ini kah asuhan yang saya dapatkan? “atau apakah asuhan yang seperti ini yang saya inginkan untuk keluarga saya yang sedang hamil?”

Konsep dari asuhan sayang ibu adalah:

- 1) Persalinan merupakan peristiwa alami
- 2) Sebagian besar persalinan umumnya akan berlangsung normal
- 3) Penolongan memfasilitasi proses persalinan

- 4) Tidak asing, bersahabat, rasa saling percaya, tahu dan siap membantu kebutuhan klien, memberi dukungan moral, dan kerjasama semua pihak (penolong-klien-keluarga).

c. Pencegahan infeksi

Pencegahan infeksi tidak terpisah dari komponen-komponen lain dalam asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi. Tindakan ini harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi ibu, bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan dan tenaga kesehatanlainnya untuk mengurangi infeksi karena bakteri, virus, dan jamur. Yang diperhatikan dalam pencegahan infeksi:

- 1) Kewaspadaan standar
- 2) Mencegah terjadinya dan transmisi penyakit
- 3) Proses Pencegahan Infeksi Instrumen dan Aplikasinya dalam Pelayanan
- 4) Barrier Proteltif
- 5) Budaya Bersih dan Lingkungan yang Aman.

d. Pencatatan (rekam medik) asuhan persalinan

Catat semua asuhan yang telah diberikan kepada ibu atau bayinya. Jika asuhan tidak dicatat, dapat dianggap bawah hal tersebut tidak dilakukan. Yang diperhatikan dalam pencatatan adalah:

- 1) Kelengkapan status klien

- 2) Anamnesis, prosedur dan hasil pemeriksaan fisik, laboratorium, dan uji atau penampisan tambahan lainnya
- 3) Partograf sebagai instrumen membuat keputusan dan dokumentasi klien.
- 4) Kesesuaian kondisi klien dan prosedur klinik terpilih
- 5) Upaya dan tatalaksana Rujukan yang diperlukan

e. Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana lebih lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Meskipun sebagian besar ibu akan mengalami persalinan normal namun sekitar 10-15% diantaranya akan mengalami masalah selama poses persalinan dan kelahiran bayi sehingga perlu di rujuk ke fasilitas kesehatan rujukan.

Yang diperhatikan dalam rujukan adalah :

- 1) Alasan keperluan rujukan
- 2) Jenis rujukan (darurat atau optimal)
- 3) Tatalaksana Rujukan
- 4) Upaya yang dilakukan selama merujuk
- 5) Jaringan pelayanan dan pendidikan
- 6) Menggunakan Sistem Umum atau Sistem Internal Rujukan Kesehatan.

(JNPK-KR, 2008).

7. Mekanisme persalinan

Menurut Fraser dan Cooper (2009:481-483) pada saat terjadi penurunan janin, jaringan lunak dan struktur tulang memberi tekanan yang menyebabkan turunnya janin melalui jalan lahir dengan serangkaian gerakan. Secara kolektif, gerakan ini disebut mekanisme persalinan. Selama kelahiran pervaginam, presentasi janin, posisi, dan ukuran janin akan menentukan mekanisme yang tepat karena janin berespons terhadap tekanan eksternal.

Prinsip umum mekanisme tersebut adalah:

- a. Penurunan janin membutuhkan ruang.
- b. Apa pun bagian presentasi dan yang pertama kali mendapatkan tahanan pada dasar pelvik, akan berotasi ke depan hingga sampai berada di bawah simfisis pubis.
- c. Apa pun yang muncul dan pelvis akan berputar di sekitar tulang pelvik.

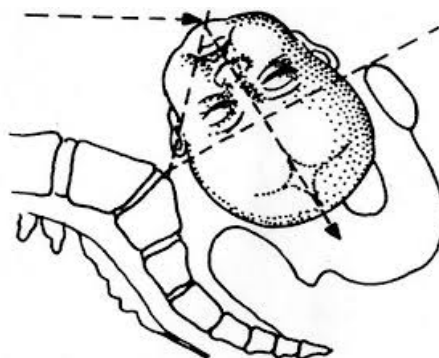
Harus diperhatikan bahwa, meskipun mekanisme yang akan dijelaskan berikut ini merupakan mekanisme yang umum terjadi, tidak semua janin dengan posisi tertentu akan mengikuti mekanisme tersebut dengan tepat. Selama mekanisme persalinan normal, janin sedikit berputar memanfaatkan ruang terluas yang tersedia di setiap bidang pelvis. Diameter terbesar gelang pelvik adalah diameter transversal, pada pintu bawah pelvik ruang terbesarnya terdapat di diameter anteroposterior. Pada awitan

persalinan, presentasi yang paling umum adalah oksipito anterior kiri dan kanan. Jika kondisi ini terjadi, letak janin biasanya dapat digambarkan yaitu letak longitudinal, presentasi sefalik, presentasi oksipitoanterior kanan atau kiri, sikap fleksi yang baik, denominator oksiput, bagian presentasi janin bagian posterior tulang parietal anterior.

Gerakan utama dalam mekanisme persalinan:

a. Engagement

Pada minggu-minggu akhir kehamilan atau pada saat persalinan dimulai kepala masuk lewat pintu atas panggul (PAP), umumnya dengan presentasi biparietal atau 70% pada panggul ginekoid. Masuknya kepala pada primi pada bulan terakhir kehamilan dan pada multi terjadi pada permulaan persalinan (Hidayat, 2010: 23). Masuknya kepala kedalam PAP yaitu diawali dengan fleksi ringan, sutura sagitalis/SS melintang (bila SS di tengah-tengah jalan lahir atau disebut sinklitismus, bila SS tidak ditengah-tengah jalan lahir atau disebut asinklitismus) (Sukarni, 2013:201).



Gambar 2.18
Sinklitisma
Sumber: Sukarni, 2013:201

b. Desent

Penurunan kepala janin sangat tergantung pada arsitektur pelvik dengan hubungan ukuran kepala dan ukuran pelvik sehingga penurunan kepala berlangsung lambat. Kepala turun ke dalam rongga panggul, akibat tekanan langsung dari his dari daerah fundus ke arah daerah bokong, tekanan dari cairan amnion, kontraksi otot dinding perut dan diafragma (mengejan) dan badan janin terjadi ekstensi dan menegang (Hidayat, 2010:23).

c. Fleksi

Dengan majunya kepala biasanya fleksi bertambah sehingga ubun-ubun kecil jelas lebih rendah dari ubun-ubun besar. Keuntungan dari bertambahnya fleksi ialah ukuran kepala yang lebih kecil melau jalan lahir: diameter suboccipito bregmatika (9,5 cm) menggantikan diameter suboccipito frontalis (11 cm). Fleksi ini disebabkan karena anak didorong maju dan sebaliknya

mendapat tahanan dari pinggir PAP, servik, dinding panggul atau dasar panggul (Wirakusumah, 2011:138).

d. Putaran paksi dalam

Menurut Wirakusumah (2011:140) putaran paksi dalam ialah pemutaran bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan bawah symphysis.

Pada presentasi belakang kepala, bagian yang terendah ialah daerah ubun-ubun kecil dan bagian inilah yang memutar ke depan di bawah symphysis. Putaran paksi dalam mutlak diperlukan untuk kelahiran kepala karena merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan jalan lahir, khususnya bidang tengah dan pintu bawah panggul. Sebab-sebab putaran paksi dalam yaitu:

- a. Pada letak fleksi, bagian belakang kepala merupakan bagian terendah dari kepala.
- b. Bagian terendah kepala mencari tahanan yang paling sedikit yaitu di sebelah depan atas tempat terdapatnya hiatus genitais antara musculus levator ani kiri dan kanan.
- c. Ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameter antero posterior.

e. Ekstensi

Setelah putaran paksi dalam terjadilah ekstensi atau defleksi kepala. Hal ini disebabkan karenan sumbu jalan lahir mengarah ke depan dan atas sehingga harus mengadakan ekstensi. Pada kepala, bekerja 2 kekuatan, yang satu mendesak ke bawah dan yang satunya disebabkan tahanan dasar panggul yang menolaknya ke atas. Setelah subocciput tertahan pada pinggir bawah symphysis, yang dapat maju karena kekuatan tersebut ialah bagian yang berhadapan dengan subocciput pada pinggir atas perineum, lahirlah berturut-turut ubun-ubun besar, dahi, hidung, mulut dan akhirnya dagu (Wirakusumah, 2011: 140).

f. Putaran paksi luar

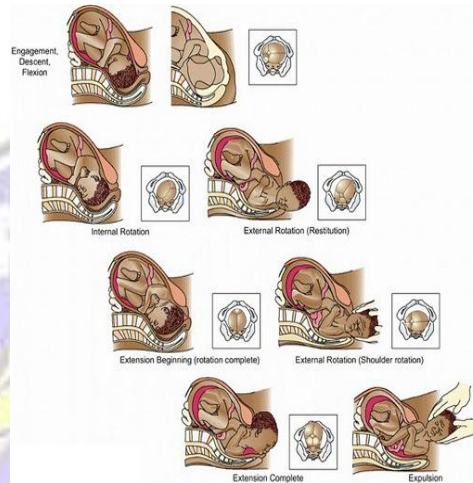
Setelah kepala lahir, belakang kepala anak memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Gerakan putaran paksi luar disebabkan karena ukuran bahu menempatkan diri dalam diameter antero posterior pintu bawah panggul (Wirakusumah, 2011:142).

g. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar bahu depan sampai di bawah symphysis dan menjadi hipomohlion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya

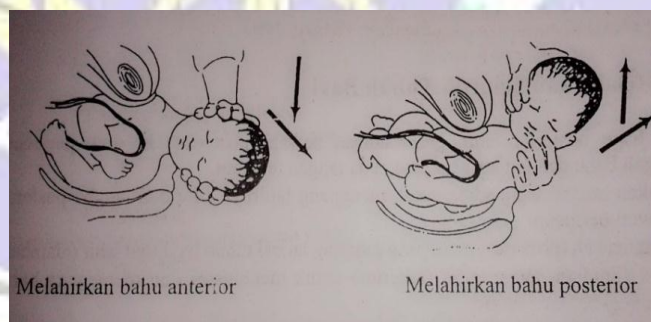
seluruh badn anak lahir searah dengan jalan lahir
(Wirakususmah, 2011: 142).

Uraian di atas untuk lebih jelasnya dapat di lihat pada gambar
2.19:



Gambar 2.19
Mekanisme Persalinan
(Sumber: Diah, 2012:28).

Cara melahirkan bahu dapat dilihat dalam gambar 2.20 sebagai berikut:



Gambar 2.20
Kelahiran bahu
Sumber : Wiknjosastro, Gulardi. 2008:91.

Setelah bahu lahir, selanjutnya melahirkan tubuh bayi dengan sangga susur dapat dilihat dalam gambar 2.21 :



Gambar 2.21
Melahirkan tubuh bayi
(Sumber : Wiknjosastro, Gulardi. 2008:91-92)

8. Tanda-tanda inpartu

- a. Rasa nyeri oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur.
- b. Keluar actor bercampur darah (show) yang lebih banyak karena robekan –robekan kecil pada serviks.
- c. Kadang – kadang, ketuban pecah dngan sendirinya.
- d. Pada ppemeriksaan dalam serviks mendatar dan telah ada pembukaan. Seperti telah di kemukakan terdahulu, factor- faktor yang berperan dalam persalinan adalah :
 - 1) Kekuatan mendorong janin keluar (power)
 - 2) Faktor isi kehamilan (passenger)

Faktor passenger terdiri atas 3 komponen, yaitu :

- a) Janin : janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yaitu ukuran kepala janin, presentasi, letak sikap, dan posisi janin.
- b) Air ketuban : saat persalinan air ketuban membuka serviks dengan mendorong selaput janin ke dalam ostium uteri.
- c) Plasenta : plasenta di anggap sebagai penumpang yang menyertai janin, namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada persalinan normal.

Dalam tanda-tanda inpartu sendiri bisa terjadinya KPD (Ketuban Pecah Dini). Ketuban Pecah sebelum waktunya atau sering disebut ketuban pecah dini (KPD) atau ketuban pecah prematur (KPP) adalah keluarnya cairan dari jalan lahir atau vagina sebelum persalinan. Dan masih belum diketahui secara jelas sehingga usaha preventif tidak dapat dilakukan, kecuali dalam usaha menekan infeksi. Faktor-faktor yang berhubungan dengan meningkatnya insiden KPD adalah sebagai berikut:

- a) Fisiologi selaput amnion atau ketuban yang abnormal
- b) Inkompetensi serviks
- c) Infeksi vagina atau serviks
- d) Kehamilan ganda
- e) Polihidramnion
- f) Trauma

- g) Distensi uteri
- h) Stress maternal
- i) Stress fetal
- j) Infeksi
- k) Serviks yang pendek
- l) Prosedur medis

(Sriningsih, 2018:548-549)

Sedangkan untuk komplikasi KPD terhadap ibu dan janin sebagai berikut:

- a) Prognosi ibu
 - (1) Infeksi intrafartal dalam persalinan. Jika terjadi infeksi dan kontraksi saat ketuban pecah, dapat menyebabkan sepsi yang selanjutnya dapat mengakibatkan meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas.
 - (2) Infeksi masa nifas
 - (3) Partus lama
 - (4) Perdarahan postpartum
 - (5) Meningkatkan tindakan operatif obstetri (khususnya SC)
 - (6) Mortibilitas dan mortalitas maternal

b) Prognosis janin.

- (1) Prematuritas : masalah yang dapat terjadi pada persalinan prematur diantaranya adalah hipotermia, gangguan makan neonatus, perdarahan intrafertilikular, gangguan otak, hiperbilirubinemia, anemia dan sepsi.
- (2) Penurunan tali pusat
- (3) Hipoksia dan asfeksia sekunder (kekurangan oksigen pada bayi) mengakibatkan kompresi tali pusat, prolaps uteri, partus lama, skor APGAR rendah, perdarahan intrakranial, gagal ginjal, distres pernafasan.
- (4) Sindrom defornitas janin terjadi akibat oligohiramnion. Diantaranya terjadi hipoplasia paru, depornitas, ekstremitas dan pertumbuhan janin terhambat.
- (5) Morbiditas dan mortalitas perinatal.

Untuk penatalaksanaan KPD sendiri mempunyai langkah-langkah sebagai berikut:

- a) Penatalaksanaan KPD bergantung pada umur kehamilan dan tanda infeksi intrauteri.
- b) Sebaiknya pasien dengan KPD dirawat di RS dan melahirkan bayi yang berumur > 37 minggu dalam 24 jam dari pecahnya ketuban untuk meminimalkan resiko infeksi intrauteri.
- c) Tindakan konservatif (mempertahankan kehamilan) kolaborasi dengan dokter diantaranya dalam pemberian antibiotik dan

cegah infeksi, topolisis, pematangan paru, evitelisasi, monitoring fetal dan maternal. Tindakan aktif (terminasi atau mengakhiri kehamilan) yaitu dengan SC ataupun partus pervaginam.

- d) Dalam penetapan langkah penatalaksanaan kegiatan yang dilakukan apakah langkah konservatif ataukah yang dilakukan apakah langkah konservatif ataukah aktif, sebaiknya perlu mempertimbangkan usia kehamilan, kondisi ibu dan janin, fasilitas perawatan intensif, kondisi, waktu dan tempat perawatan fasilitas/kemampuan monitoring, kondisi/status imunologi ibu dan kemampuan finansial keluarga.

(Sriningsih, 2018:551-552)

9. Tanda Bahaya Persalinan

a. Tanda bahaya kala I

- 1) Riwayat bedah caesar
- 2) Perdarahan pervaginam selain lendir bercampur darah (Show)
- 3) Persalinan kurang bulan (<37 minggu)
- 4) Ketuban pecah disertai dengan keluarnya mekonium kental
- 5) Ketuban pecah dan air ketuban bercampur mekonium disertai tanda-tanda gawat janin.
- 6) Ketuban pecah (lebih dari 24 jam) atau ketuban pecah pada kehamilan kurang bulan (usia kehamilan < 37 minggu)

- 7) Tanda-tanda atau gejala- infeksi (temperatur $> 38^{\circ}\text{C}$, menggigil, nyeri abdomen, cairan ketuban berbau)
- 8) Tekanan darah lebih dari 160/110 dan atau terdapat protein dalam urin (preeklamsia berat).
- 9) TFU 40 cm atau lebih
- 10) DJJ <100 atau >180 x/menit pada dua kali penilaian dalam waktu 5 menit.
- 11) Primipara dala fase aktif kala I persalinan dengan penurunan kepala janin 5/5
- 12) Presentasi bukan belakang kepala
- 13) Presentasi ganda
- 14) Tali pusat menubung
- 15) Tanda dan gejala syok (nadi cepat, lemah >110 x/menit, tekanan darah menurun (sistolik kurang dari 90 mmHg, pucat, berkeringat atau kulit lembab, dingin, nafas cepat >30 x/menit, cemas, bingung, atau tidak sabar, produksi urin <30 ml/jam)
- 16) Tanda dan gejala fase laten berkepanjangan (pembukaan serviks <4 cm setelah 8 jam dengan kontraksi teratur >2 dalam 10 menit).
- 17) Tanda dan gejala belum inpartu (frekuensi kontraksi < 2 kali dalam 10 menit dan lamanya < 20 detik)

18) Tidak ada perubahan pada serviks dalam waktu 1 hingga 2 jam

19) Tanda dan gejala partus lama

(Asrinah, 2010:59-65).

b. Tanda bahaya kala II

1) Tanda atau gejala syok (nadi cepat, lemah 110x/menit atau lebih, tekanan darah rendah sistolik <90mmHg, pucat pasi, berkeringat dingin, kulit lembab, nafas cepat >30x/menit, cemas bingung, atau tidak sadar, produksi urin sedikit <30 ml/jam).

2) Tanda gejala dehidrasi (perubahan nadi 100x/menit atau lebih, urin pekat, produksi urin sedikit <30ml/jam).

3) Tanda gejala infeksi (temperatur > 38°C, menggigil, nyeri abdomen, cairan ketuban berbau).

4) Tanda atau gejala preeklamsia ringan (tekanan darah distolik 90-110 mmHg, protein urin hingga +2).

5) Tanda atau gejala preeklamsia berat atau eklamsia (tekanan darah distolik 110 mmHg atau lebih dan diastolik 90 mmHg atau lebih dengan kejang, nyeri kepala, gangguan penglihatan, kejang setiap saat)

6) Tanda atau gejala inersia uteri (kurang dari 3 kontraksi dalam waktu 10 menit, masing-masing kontraksi berlangsung <40 detik).

- 7) Tanda gawat janin (DJJ <120x/menit atau > 160 x/menit).
- 8) Kepala bayi tidak turun.
- 9) Tanda-tanda distosia bahu.
- 10) Tanda-tanda cairan ketuban bercampur mekonium.
- 11) Tanda-tanda tali pusat menubung
- 12) Tanda-tanda lilitan tali pusat
- 13) Kehamilan kembar tak terdeteksi

(Asrinah, 2010 :90-98).

c. Tanda bahaya kala III

- 1) Atonia uteri
- 2) Retensio plasenta
- 3) Inversio uteri

(Asrinah, 2010:111)

d. Tanda bahaya kala IV

Selama kala IV, bidan harus memberitahu ibu dan keluarga

tentang tanda bahaya :

- 1) Demam
- 2) Perdarahan aktif
- 3) Bekuan darah banyak
- 4) Bau busuk dari vagina
- 5) Pusing
- 6) Lemas luar biasa
- 7) Kesulitan menyusui

- 8) Nyeri panggul atau abdomen yang lebih dari kram uterus biasa (Asrinah, 2010:126).

10. Kebutuhan Dasar ibu Bersalin

a. Asuhan tubuh dan fisik

Asuhan yang dapat di berikan adalah sebagai berikut:

1) Menjaga kebersihan diri

Menganjurkan ibu membasuh sekitar kemaluannya sesudah BAK/BAB dan menjaganya agar tetap bersih dan kering.

Hal ini dapat menimbulkan kenyamanan dan relaksasi serta menurunkan resiko infeksi. Mandi di bak/shower dapat menjadi sangat menyegarkan dan menimbulkan rasa santai dan merasa sehat.

2) Berendam

Beberapa wanita memilih untuk menggunakan kolam hanya untuk berendam pada kala I dan beberapa wanita memilih untuk melahirkan di dalam air. Berendam dapat menjadi tindakan pendukung dan kenyamanan paling menenangkan.

Di perlukan bak yang cukup dalam agar air dapat menutup abdomen ibu. Hal ini merupakan suatu bentuk hidro tetapi dan kegembiraan yang akan meredakan dan membantu kontraksi pada ibu bersalin.

3) Perawatan Mulut

Ibu yang sedang ada dalam proses persalinan biasanya nafasnya berbau, bibir kering dan pecah-pecah, tenggorokan kering terutama jika dalam persalinan selama beberapa jam tanpa cairan oral dan tanpa perawatan mulut. Hal ini menimbulkan rasa tidak nyaman dan tidak menyenangkan bagi orang disekitarnya. Perawatan yang bisa di berikan ke pada ibu seperti menggosok gigi, mencuci mulut dengan obat kumur, pemberian gliserin, permen dll.

b. Nutrisi

Berdasarkan hasil penelitian terdahulu bahwa pemberian makan padat pada pasien yang memerlukan anestesi tidak disetujui. Motilitas, absorpsi dan sekresi asam lambung menurun. Hal ini dapat menyebabkan makan fapat tertinggal di lambung srhingga fapat menjadi aspirasi pneumonia. Namun demikian, kebutuhan akan cairan masih di perbolehkan. Selama persalinan, ibu memerlukan minum dan sangat dianjurkan minum minuman yang manis dan berenergi seperti jus. Sebagaian ibu masih berkeinginan untuk makan selama fase laten persalinan, tetapi memasuki fse aktif, hanya ingin minum saja. Pemberian makan dan minum selama persalinan merupakan hal yang tepat, karena memeberikan lebih banyak

energi dan mencegah dehidrasi (dehidrasi dapat menghambat kontraksi tidak teratur dan kurang efektif). Oleh karena itu, anjurkan ibu makan dan minum selama persalinan dan kelahiran bayi, anjurkan keluarga selalu menawarkan makanan ringan dan sering minum pada ibu selama persalinan. Namun ibu disarankan untuk tidak mengonsumsi makanan yang bisa menimbulkan bau yang menyengat seperti jengkol dan petai. Dan untuk makanan dan minuman yang dianjurkan adalah :

- 1) Roti atau roti panggang (rendah serat) yang rendah lemak baik diberi selai ataupun madu.
- 2) Sarapan sereal rendah serat dengan rendah susu
- 3) Nasi tim
- 4) Biskuit
- 5) Yogurt rendah lemak
- 6) Buah segar atau buah kering
- 7) Air mineral
- 8) Jus buah
- 9) Minuman rendah lemak
- 10) Cairan isotonic

(Sulistyawati, 2010:41-61)

c. Personal Hygiene

Ibu sangat disarankan untuk menjaga kebersihan diri menjelang persalinan, manfaatnya antara lain :

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

2) Ibu akan merasa nyaman selama menjalani proses persalinan.

Saat ini, ibu yang akan melahirkan, tidak di-huknah untuk mengeluarkan tinja.

3) Bulu kemaluan tidak dicukur seluruhnya, hanya bagian yang dekat anus yang akan dibersihkan, karena hal tersebut akan mempermudah penjahitan jika ibu ternyata diepisiotomi

d. Eliminasi

Selama persalinan terjadi penekanan pada pleksus sakrum oleh bagian terendah janin sehingga menyebabkan retensi urin dan sering berkemih. Retensi urin terjadi apabila :

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

- 2) Distensi yang menghambat saraf reseptor pada dinding vesica uretra
- 3) Tekanan oleh bagian terendah pada vesica uretra dan uretra
- 4) Kurangnya privasi/postur yang kurang baik
- 5) Kurangnya kesadaran untuk berkemih
- 6) Anastesi regional, epidural, blok pudendal sehingga obat mempengaruhi saraf vesica uretra.

Pemenuhan kebutuhan eliminasi selama perlu difasilitasi agar membantu kemajuan persalinan dan pasien merasa nyaman.

Oleh karena itu , anjurkan ibu untuk bereliminasi secara spontan minimal 2 jam sekali selama persalinan, apabila tidak mungkin dapat dilakukan kateterisasi. Pengaruh kandung kemih penuh selama persalinan, sebagai berikut :

- 1) Menghambat penurunan bagian terendah janin, terutama bila berada di atas spina isciadika.
- 2) Menurunkan efisiensi kontraksi uterus
- 3) Menimbulkan nyeri yang tidak perlu
- 4) Meneteskan urin selama kontraksi yang kuat pada kala II
- 5) Memperlambat kelahiran plasenta
- 6) Mencetuskan perdarahan pasca persalinan dengan menghambat kontraksi uterus.

Rectum yang penuh akan mengganggu penurunan bagian terbawah janin, namun bila ibu mengatakan ingin BAB, bidan

harus memastikan kemungkinan adanya tanda dan gejala masuk pada kala II (Pusdiknakes, 2009).

e. Pendamping

Pendamping persalinan bisa dilakukan oleh suami, anggota keluarga atau seseorang pilihan ibu yang sudah berpengalaman dalam proses persalinan. Oleh karena itu, anjurkan ibu untuk ditemani seorang pendamping untuk melakukan peran aktif dalam mendukung ibu dan mengidentifikasi langkah-langkah yang mungkin sangat membantu kenyamanan ibu. Seorang bidan harus menghargai keinginan ibu untuk menghadiri teman atau saudara yang khusus untuk menemaninya. Adapun dukungan yang dapat diberikan oleh pendamping yang menguap keringat, menemani/membimbing ibu jalan-jalan, memberikan minum, mengubah posisi, memijat punggung, kaki atau kepala ibu, menciptakan suasana kekeluargaan dan rasa nyaman, membantu ibu bernapas pada saat kontraksi dan mengucapkan kata-kata yang membesarkan hati dan memebrikan pujian kepada ibu. (Sulistyawati, Ari, 2009:89).

2.1.3 Konsep Dasar Nifas

1. Pengertian Nifas

Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas kira-kira berlangsung selama 6 minggu (Saifuddin, 2009:122).

Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (Saifuddin, 2010:356).

Kala puerperium yang berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari merupakan waktu yang diperlukan untuk pulihnya organ kandungan pada keadaan yang normal (Manuaba, 2010:200).

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil) masa ini berlangsung kira-kira 6 minggu (Sulistyawati, 2009: 1).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa masa nifas atau puerperium adalah masa setelah persalinaan, berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari dan masa kembalinya alat-alat kandungan kembali seperti semula.

2. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Tujuan asuhan masa nifas diantaranya sebagai berikut:

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologi.
- 2) Melaksanakan skrining yang komperhensif, mendeteksi masalah, mengobati/merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
- 3) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat.
- 4) Memberikan pelayanan keluarga berencana
(Suherni, Hesty Widyasih, Anita Rahmawati, 2009:1-2).

3. Tahapan masa nifas

Menurut Suherni (2010:2) masa nifas dibagi menjadi tiga tahap yaitu:

- a. Puerperium dini yakni merupakan masa kepulihan, pada saat ini ibu sudah diperbolehkan berdiri dan jalan-jalan. Dalam agama islam, dianggap bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari (Sulistyawati, 2009:5).
- b. Puerperium intermedial yakni merupakan masa kepulihan alat-alat genetalia secara menyeluruh yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

- c. Remote puerperium yang merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama jika saat hamil atau persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna berlangsung selama berminggu-minggu, bulan bahkan tahunan.

4. Proses Masa Nifas

Menurut Sitti Saleha, (2009: 2), secara garis besar terdapat 3 proses penting masa nifas, yaitu sebagai berikut:

- a. Pengecilan rahim atau involusi

Rahim adalah organ tubuh yang spesifik dan unik karena dapat mengecil serta membesar dengan menambah atau mengurangi jumlah selnya. Bentuk otot rahim mirip jala berlapis 3 dengan serat-seratnya, yang melintang kanan, kiri dan transversal. Di antara otot-otot itu ada pembuluh darah yang mengalirkan darah ke plasenta. Setelah plasenta lepas, otot rahim akan berkontraksi atau mengerut, sehingga pembuluh darah terjepit dan pendarahan berhenti. Setelah bayi lahir, umumnya berat rahim menjadi sekitar 1.000 gram dan dapat diraba kira-kirasetinggi 2 jari di bawah umbilikus. Setelah satu minggu kemudian beratnyaberkurang jadi sekitar 500 gram. Sekitar 2 minggu beratnya sekitar 300 gram dan tidak dapat diraba lagi. Jadi, secara alamiah rahim akan kembali mengecil perlahan-lahan kebentuknya semula. Setelah 6 minggu beratnya sudah sekitar 40-60 gram. Pada saat ini di anggap

bahwa masa nifas sudah selesai. Namun sebenarnya rahim akan kembali ke posisi yang normal dengan berat 30 gram dalam waktu 3 bulan, ini bukan hanya rahim saja yang kembali normal, tapi juga kondisi tubuh ibu secara keseluruhan.

b. Kekentalan darah (Homekonsentrasi) kembali normal

Selama hamil darah ibu relatif encer, karena cairan darah ibu banyak, sementara sel darahnya berkurang. Bila dilakukan pemeriksaan kadar Hemoglobin (Hb) akan tampak sedikit menurun dari angka normalnya sebesar 11-12 gr%. Jika hemoglobinnya terlalu rendah, maka bisa jadi anemia atau kekurangan darah. Oleh karena itu, selama hamil ibu perlu di beri obat-obatan penambah darah, sehingga sel-sel darahnya bertambah dan konsentrasi darah atau hemoglobinnya normal atau tidak terlalu rendah. Setelah melahirkan, sistem sirkulasi darah ibu akan kembali seperti semula. Darah kembali mengental, dimana kadar perbandingan sel darah dan cairan darah kembali normal. Umumnya hal ini terjadi pada hari ke-3 sampai hari ke 15 pasca persalinan.

c. Proses laktasi atau menyusui

Proses ini timbul setelah plasenta atau ari – ari lepas. Plasenta mengandung hormon penghambat prolaktin (hormon plasenta) yang menghambat pembentukan ASI. Setelah plasenta lepas, hormon plasenta itu tidak dihasilkan lagi, sehingga terjadi

produksi ASI. ASI keluar 2-3 hari pasca melahirkan. Namun hal yang luar biasa adalah sebelumnya di payudara sudah terbentuk kolostrum yang sangat baik untuk bayi, karena mengandung zat kaya gizi, dan anti bodi pembunuh kuman.

5. Fisiologi masa nifas

Pada masa nifas terjadi perubahan-perubahan penting yang menyertainya, antara lain sebagai berikut:

a. Perubahan *vagina* dan *perinium*

1) *Vagina*

Pada minggu ketiga, *vagina* mengecil dan timbul *vugae* (lipatan-lipatan atau kerutan-kerutan) kembali.

2) Perlukaan *vagina*

Perlukaan *vagina* yang tidak berhubungan dengan *perineum* tidak sering dijumpai. Mungkin ditemukan setelah persalinan biasa, tetapi lebih sering terjadi akibat *ekstrasi* dengan *cunam*, terlebih apabila kepala janin harus diputar, robekan terdapat pada dinding lateral dan baru terlihat pada pemeriksaan *speculum*.

3) Perubahan pada *perineum*

Terjadi robekan *perineum* hampir pada semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Robekan *perineum* umumnya terjadi di garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat, sudut

arkus pubis lebih kecil daripada biasa, kepala janin melewati pintu bawah panggul dengan ukuran yang lebih besar dan pada *sirkumfarenzia suboksipito bregmatika*. Bila ada laserasi jalan lahir atau luka bekas *episiotomi* (penyayatan mulut serambi kemaluan untuk mempermudah kelahiran bayi) lakukanlah penjahitan dan perawatan dengan baik (Suherni, Hesty Widiasih, Anita Rahmawati, 2009:79).

b. Perubahan pada sistem pencernaan

Biasanya ibu mengalami *konstipasi* setelah melahirkan anak. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan *kolon* menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (*dehidrasi*), kurang makan, *hemorroid*, *laserasi* jalan lahir. Supaya buang air besar kembali teratur dapat diberikan diit atau makanan yang mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup. Bila usaha ini tidak berhasil dalam waktu 2 atau 3 hari dapat ditolong dengan pemberian huknah atau *gliserin spuit* atau diberikan obat *laksan* yang lain (Eny Retna Ambarwati, Diah Wulandari, 2009:80).

c. Perubahan sistem perkemihan

Saluran kencing kembali normal dalam waktu 2 sampai 8 minggu, tergantung pada:

- 1) Keadaan/status sebelum persalinan

2) Lamanya *partus kalla II* yang dilalui

3) Bersarnya tekanan kepala yang menekan pada saat persalinan

(Suherni, Hesty Widyasih, Anita Rahmawati, 2009:80).

d. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali (Mansyur, 2014).

e. Perubahan Sistem Hematologi

Selama kelahiran dan masa postpartum terjadi kehilangan darah sekitar 200-500 ml. Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke 3-7 postpartum dan akan kembali normal dalam 4-5 minggu postpartum (Trisnawati, 2012).

f. Perubahan Sistem Endokrin

Human Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10 % dalam 3 jam hingga hari ke-7 postpartum (Mansyur, 2014).

g. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Setelah persalinan volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menimbulkan beban pada jantung, dapat menimbulkan decompensation cordia pada penderita vitum cordia (Rukiyah, 2010).

h. Perubahan tanda-tanda vital

1) Suhu badan

Sekitar hari ke 4 setelah persalinan suhu tubuh mungkin naik sedikit, antara $37,2^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$. Kemungkinan disebabkan karena ikutan dari aktivitas payudara. Bila kenaikan mencapai 38°C pada hari kedua sampai hari-hari berikutnya, harus diwaspadai infeksi atau *sepsis* nifas.

2) Denyut nadi

Denyut nadi ibu akan melambat sampai sekitar 60 kali per menit, yakni pada waktu habis persalinan karena ibu dalam keadaan istirahat penuh. Ini terjadi utamanya pada minggu pertama *postpartum*.

3) Tekanan darah

Tekanan darah $<140/90$ mmHg. Tekanan darah tersebut bisa meningkat dari pra persalinan pada 1-3 hari *postpartum*.

4) *Respirasi*

Pada umumnya *respirasi* lambat atau bahkan normal. Mengapa demikian?, tidak lain karena ibu dalam keadaan pemulihan/dalam kondisi istirahat. Bila ada *respirasi* cepat *postpartum* (>30 x per menit) mungkin karena ikutan tandatanda syok (Suherni, Hesty Widyasih, Anita Rahmawati, 2009, 83-84).

i. Involusi uterus

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil (Sulistyawati, 2009:73). Menurut Manuaba (2010:200), setelah bayi dilahirkan uterus selama persalinan mengalami kontraksi dan retraksi akan menjadi keras, sehingga dapat menutup pembuluh darah besar yang bermuara pada bekas implantasi plasenta. Otot rahim terdiri dari 3 lapis otot yang membentuk anyaman sehingga pembuluh darah dapat tertutup sempurna, dengan demikian terhindar dari perdarahan postpartum. Pada involusi uteri jaringan ikat dan jaringan otot mengalami proses proteolitik, berangsur-angsur akan mengecil sehingga pada akhir kala nifas besarnya seperti semula dengan berat 30 gram. Proses proteolitik adalah pemecahan protein yang akan dikeluarkan melalui urine. Dengan penimbunan air saat hamil akan terjadi pengeluaran urine setelah persalinan, sehingga hasil pemecahan protein dapat dikeluarkan. Proses involusi uteri pada bekas implantasi plasenta, terdapat gambaran sebagai berikut: Bekas implantasi plasenta segera setelah plasenta lahir sepanjang 12x15 cm, permukaan kasar, dimana pembuluh darah besar bermuara. Pada pembuluh darah terjadi pembentukan trombosis, disamping pembuluh darah tertutup pada kontraksi otot rahim. Bekas luka implantasi dengan cepat mengecil, pada minggu kedua sebesar 6-8 cm, dan akhir

puerperium sebesar 2 cm. Lapisan endometrium dilepaskan dalam bentuk jaringan nekrosis bersama dengan lochea. Luka bekas implantasi plasenta akan sembuh karena pertumbuhan endometrium yang berasal dari tepi luka dan lapisan basalis endometrium. Kesembuhan sempurna pada saat akhir dari masa puerperium. Menurut Manuaba (2010:200), tahap involusi uteri dapat dilihat pada tabel 2.5

Tabel. 2.5

Tahap involusi uteri

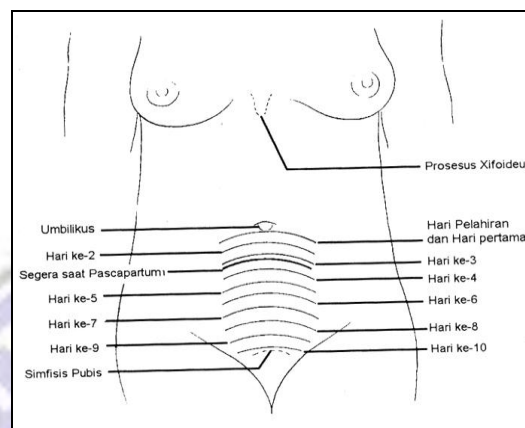
Waktu involusi	Tinggi fundus	Berat uterus (g)
Plasenta lahir	Sepusat	1000
7 hari	Pertengahan pusat-simpisis	500
14 hari	Tidak teraba	350
42 hari	Sebesarhamil 2 minggu	50
56 hari	Normal	30

(Sumber : Manuaba, 2010:200)

Involusi uterus terjadi segera setelah bayi lahir hingga 6 minggu *pascasalin*, yaitu pada saat bayi lahir fundus uteri setinggi pusat, pada akhir kala III TFU teraba 2 jari di bawah pusat, pada hari ke 1 TFU teraba 2 jari bawah pusat, pada hari ke 3 TFU teraba 2 jari bawah pusat, pada hari ke 4 TFU teraba 3 jari bawah pusat, pada hari ke 5 TFU teraba 4 jari bawah pusat, pada hari ke 6 TFU teraba pertengahan pusat dan simpisis, pada hari ke 7 TFU teraba 3 jari atas simpisis, pada hari ke 8 TFU teraba 2 jari atas simpisis, pada

hari ke 9 TFU teraba 1 jari atas simphisis, pada hari ke 10 uterus sudah tidak teraba.

Involusi pada Uterus dalam nifas dapat dilihat pada gambar 2.22



Gambar 2.22
Tinggi Fundus dan Involusi Uterus
(Sumber : Varney, Helen, dkk. 2007: 959)

Menurut Sulistyawati (2009:74-75), involusi uterus terjadi melalui 3 proses yang bersamaan, antara lain:

1) *Autolysis*

Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uteri. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga 10 kali panjangnya dari semula dan lima kali lebarnya dari sebelum hamil. Sitoplasma sel yang berlebihan tercerna sendiri sehingga tertinggal jaringan *fibro elastic* dalam jumlah renik sebagai bukti kehamilan.

2) Atrofi jaringan

Jaringan yang berproliferasi dengan adanya estrogen dalam jumlah besar, kemudian mengalami *atrofi* sebagai reaksi terhadap penghentian produksi estrogen yang menyertai pelepasan plasenta. Selain perubahan *atrofi* pada otot-otot uterus, lapisan desidua akan mengalami atrofi dan terlepas dengan meninggalkan lapisan yang akan berdegenerasi menjadi endometrium yang baru.

3) Efek oksitosin (kontraksi)

Intensitas kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera setelah bayi lahir. Hal tersebut diduga terjadi sebagai respon terhadap penurunan volume intrauterine yang sangat besar. Hormone oksitosin yang dilepas dari kelenjar hipofisis memperkuat dan mengatur kontraksi uterus, mengompresi pembuluh darah, dan membantu proses homeostatis. Kontraksi dan retraksi otot uteri akan mengurangi suplai darah ke uterus. Proses ini akan membantu mengurangi bekas luka tempat implantasi plasenta dan mengurangi perdarahan. Luka bekas perlekatan plasenta memerlukan waktu 8 minggu untuk sembuh total. Selama 1-2 jam pertama post partum, intensitas kontraksi uterus dapat berkurang dan menjadi teratur. Oleh karena itu, penting sekali untuk menjaga dan mempertahankan kontraksi uterus pada masa ini. Suntikan oksitosin biasanya diberikan

secara intravena atau intramuskuler, segera setelah kepala bayi lahir. Pemberian ASI segera setelah bayi lahir akan merangsang pelepasan oksitosin karena isapan bayi pada payudara.

j. Lochea

Lochea adalah pengeluaran cairan sisa lapisan endometrium dan sisa dari tempat implantasi plasenta yang terjadi pada masa nifas (Manuaba, 2010:201). Menurut Varney (2008:960), lochea adalah istilah untuk sekret dari uterus yang keluar melalui vagina selama *puerperium*. Menurut Manuaba (2010:201), pengeluaran lochea dapat dibagi berdasarkan jumlah dan warnanya sebagai berikut:

- 1) Lochea rubra (kruenta) keluar dari hari ke 1- 3 hari, berwarna, merah dan hitam dan terdiri dari sel desidua, verniks kaseosa, rambut lanugo, sisa mekonium, sisa darah.
- 2) Lochea sanguinolenta, keluar dari hari ke 3-7 hari, berwarna putih bercampur merah.
- 3) Lochea serosa, keluar dari hari ke 7-14 hari, berwarna kekuningan.
- 4) Lochea alba, keluar setelah hari ke 14, berwarna putih.

Lochea mempunyai karakteristik bau seperti aliran menstruasi.

Bau lochea ini paling kuat pada lochea serosa. Lochea mulai

terjadi pada jam-jam pertama pasca partum, berupa sekret kental dan banyak. Biasanya wanita mengeluarkan sedikit lochea saat berbaring dan mengeluarkan darah lebih banyak saat bangkit dari tempat tidur. Hal ini terjadi akibat pengumpulan darah di forniks vagina atas saat wanita mengambil posisi rekumben (Varney, 2007:960). Berikut adalah penjelasan mengenai perubahan lokia masa nifas yang dirangkum dalam tabel 2.6 sebagai berikut:

Tabel 2.6

Perubahan Lochea Masa Nifas

Lokia	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra (kruenta)	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan sisa mekoneum
Sanguinolenta	4-7 hari	Merah kecoklatan dan berlendir	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	7-14 hari	Kuning kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan/lacerasi plasenta
Alba	> 14 hari <i>postpartum</i>	Putih	Mengandung leukosit, sel desidua dan sel epitel, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati
Lokia purulenta			Terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk
Lokiastasis			Lokia tidak lancar keluar

(Sumber : Angraini, Yetty. 2010:38)

6. Paling sedikit 4 kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai keadaan ibu dan bayi baru lahir, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi, berikut adalah frekuensi kunjungan masa nifas

a. 6-8 jam setelah persalinan

- 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 mencegah hipotermi.
- 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 berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.

- 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal.
- 3) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat.
- 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
- 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

Memastikan Rahim sudah kembali normal dengan mengukur dan meraba bagian rahim.

d. 6 minggu setelah persalinan

- 1) Menanyakan pada ibu mengenai penyulit yang ia atau bayi alami.
- 2) Memberi konseling untuk KB sejak dini.

(Saifuddin, 2014:168).

1. Struktur Anatomi Payudara Wanita

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

1. Pada payudara terdapat tiga bagian utama, yaitu :

a. Korpus (badan), yaitu bagian yang membesar

Korpus alveolus, yaitu unit terkecil yang memproduksi susu. Bagian dari alveolus adalah sel aciner, jaringan lemak, sel plasma, sel otot polos dan pembuluh darah.

Lobulus, yaitu kumpulan dari alveolus.

Lobus, yaitu beberapa lobulus yang berkumpul menjadi 15-20 lobus pada tiap payudara. ASI disalurkan dari alveolus ke dalam saluran kecil (duktulus), kemudian beberapa duktulus bergabung membentuk saluran yang lebih besar (duktus laktiferus).

b. Areola

Sinus laktiferus, yaitu saluran di bawah areola yang besar melebar, akhirnya memusat ke dalam puting dan bermuara ke luar. Di dalam dinding alveolus maupun saluran-saluran terdapat otot polos yang bila berkontraksi dapat memompa ASI keluar.

c. Papilla atau puting

Bagian yang menonjol yang dimasukkan ke mulut bayi untuk aliran air susu

2. Perubahan Pada Payudara

Payudara mengalami 3 macam perubahan yang dipengaruhi hormon.

- a. Perubahan pertama ialah mulai dari masa hidup anak melalui masa pubertas, masa fertilitas, sampai ke klimakterium dan menopause. Sejak pubertas, pengaruh estrogen dan progesteron yang diproduksi ovarium dan juga hormon hipofise, telah menyebabkan ductus berkembang dan timbulnya asinus.
- b. Perubahan kedua adalah perubahan sesuai dengan daur menstruasi. Sekitar hari kedelapan menstruasi payudara jadi lebih besar dan pada beberapa hari sebelum menstruasi berikutnya terjadi pembesaran maksimal. kadang-kadang timbul benjolan yang nyeri dan tidak rata. Selama beberapa hari menjelang menstruasi, payudara menjadi tegang dan nyeri sehingga pemeriksaan fisik, terutama palpasi, tidak mungkin dilakukan. Pada waktu itu pemeriksaan foto mammogram tidak berguna karena kontras kelenjar terlalu besar. Begitu menstruasi mulai, semuanya berkurang.
- c. Perubahan ketiga terjadi pada waktu hamil dan menyusui. Pada kehamilan, payudara menjadi besar karena epitel ductus lobul dan ductus alveolus berploliferasi, dan tumbuh ductus baru. Sekresi hormon prolaktin dari hipofisis anterior memicu (trigger) laktasi. Air susu

diproduksi oleh sel-sel alveolus, mengisi asinus, kemudian dikeluarkan melalui ductus ke puting susu.

3. Proses Laktasi

Laktasi dimulai pada semua wanita dengan perubahan hormon saat melahirkan. Wanita yang menyusui berespon terhadap menstimulus bayi yang disusui akan terus melepaskan hormon dan stimulasi alveoli yang memproduksi susu (Varney, 2008: 960). Proses laktasi tidak terlepas dari pengaruh hormonal, adapun hormon-hormon yang berperan adalah:

- a. Progesteron berfungsi mempengaruhi pertumbuhan dan ukuran alveoli. Tingkat progesteron dan esterogen menurun sesaat setelah melahirkan. Hal ini menstimulasi produksi secara besar-besaran.
- b. Esterogen berfungsi memstimulasi sistem salurab ASI untuk membesar. Tingkat esterogen menurun saat melahirkan dan tetap rendah untuk beberapa bulan selama tetap menyusui. Sebaiknya ibu menyusui menghindari KB hormonal berbasis hormon esterogen, karena dapat memngurangi jumlah produksi ASI.
- c. Follicle stimulating hormone (FSH)
- d. Luteinizing hormone (LH)
- e. Prolaktin, berperan dalam membesarnya alveoil dalam kehamilan

f. Oksitosin berfungsi mengencangkan otot halus dalam rahim pada saat melahirkan dan setelahnya, seperti halnya juga dalam orgasme. Selain itu, pasca melahirkan, oksitosin juga mengencangkan otot halus di sekitar alveoli untuk memeras ASI menuju saluran susu. Oksitosin berperan dalam proses turunnya susu let-down/ *milk ejection reflex*

g. *Human placental lactogen* (HPL): sejak bulan kedua kehamilan, plasenta mengeluarkan banyak HPL, yang berperan dalam pertumbuhan payudara, puting, dan aerola sebelum melahirkan.

Selama kehamilan, hormon prolaktin dari plasenta meningkat tetapi ASI biasanya belum keluar karena masih dihambat oleh kadar estrogen yang tinggi. Pada hari kedua atau ketiga pasca persalinan, kadar estrogen dan progesteron turun drastis, sehingga pengaruh prolaktin lebih dominan dan pada saat inilah mulai terjadi sekresi ASI. Dengan menyusukan lebih dini terjadi perangsangan puting susu, terbentuklah prolaktin oleh hipofisis, sehingga sekresi ASI semakin lancar. Dua refleksi pada ibu yang sangat penting dalam proses laktasi yaitu refleksi prolaktin dan refleksi aliran timbul akibat perangsangan puting susu oleh hisapan bayi (Ambarwati, 2010:10). Menurut Ambarwati (2010:10) Ada beberapa refleksi yang berpengaruh terhadap kelancaran laktasi, refleksi tersebut meliputi:

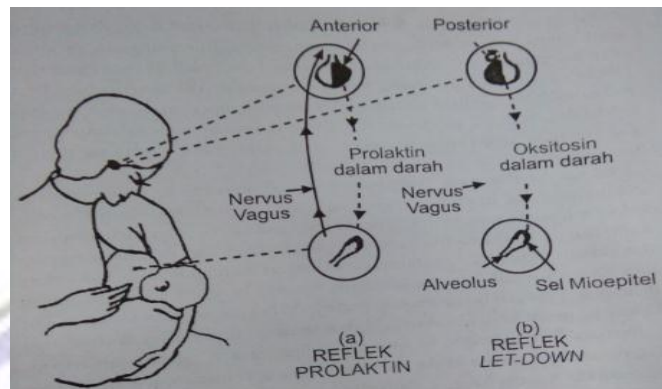
1) Refleks prolaktin

Sewaktu bayi menyusui, ujung saraf peraba yang terdapat pada puting susu terangsang. Rangsangan tersebut oleh serabut afferent dibawa ke hipotalamus di dasar otak, lalu memacu hipofise anterior untuk mengeluarkan hormon prolaktin ke dalam darah. Melalui sirkulasi prolaktin memacu sel kelenjar (alveoli) untuk memproduksi air susu. Jumlah prolaktin yang diskresi dan jumlah susu yang diproduksi berkaitan dengan stimulus isapan, yaitu frekuensi, intensitas dan lamanya bayi menghisap.

2) Refkes Aliran (Let Down Reflex)

Rangsangan yang ditimbulkan oleh bayi saat menyusui selain mempengaruhi hipofise anterior mengeluarkan hormon prolaktin juga mempengaruhi hipofise posterior mengeluarkan hormon oksitosin. Dimana setelah oksitossin dilepas ke dalam darah akan mengacu otot-otot poos yang mengelilingi alveoli dan duktulus berkontraksi sehingga memeras air susu dari alveoli, duktulus, dan sinus menuju puting susu. Refleks lt-down dapat dirasakan sebagai sensasi kesemutan atau dapat juga ibu merasakan sensasi apapun. Tanda-tanda lain dari let-down adalah tetesan pada payudara lain yang sedang dihisapoleh bayi. Refleks ini

dipengaruhi oleh kejiwaan ibu. Proses refleksi aliran susu dijelaskan pada gambar 2.23 berikut:



Gambar 2.23
Refleksi aliran susu (*Let down Reflex*)
(Sumber : Bahiyatun. 2009:10)

Menurut Manuaba (2010: 214), proses pengeluaran ASI terdiri dari:

1) Kolostrum

Berwarna kuning jernih dengan protein berkadar tinggi, mengandung: imunoglobulin, laktoferin, ion-ion (Na, Ca, K, Zn, Fe), vitamin (A, E, K, dan D), lemak, dan rendah laktosa, pengeluaran kolostrum berlangsung sekitar 2-3 hari dan diikuti ASI yang mulai berwarna putih.

2) ASI transisi (antara)

ASI antara, mulai berwarna putih bening dengan susunan yang disesuaikan kebutuhan bayi, dan kemampuan mencerna usus bayi.

3) ASI sempurna

Pengeluaran ASI penuh sesuai dengan perkembangan usus bayi, sehingga dapat menerima susunan ASI sempurna. Kolostrum banyak mengandung antibody dan anti infeksi serta dapat menumbuhkembangkan flora dalam usus bayi, untuk siap menerima ASI. ASI matur merupakan nutrisi bayi yang terus berubah sesuai dengan perkembangan bayi sampai 6 bulan (Manuaba, 2010:214).

2. Perubahan-perubahan psikologis ibu nifas

Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi yang harus dijalani. Tanggung jawab bertambah dengan hadirnya bayi yang baru lahir. Dorongan serta perhatian anggota keluarga lainnya merupakan dukungan positif untuk ibu. Dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan, ibu akan mengalami fase-fase sebagai berikut (Suherni, Hesty Widyasih, Anita Rahmawati, 2009:87-88):

1) *Fase taking in*

Yaitu periode ketergantungan. Periode ini berlangsung dari hari pertama sampai kedua setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri. Ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir.

2) *Fase taking hold*

Yaitu periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan tanggung jawab dalam merawat bayi. Ibu mempunyai perasaan sangat sensitif mudah tersinggung dan gampang marah.

3) *Fase letting go*

Yaitu periode menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya.

3. Tanda-tanda Bahaya Masa Nifas

Tanda bahaya nifas adalah suatu tanda yang abnormal yang mengindikasikan adanya bahaya/komplikasi yang dapat terjadi selama masa nifas, apabila tidak dilaporkan atau tidak terdeteksi bisa menyebabkan kematian ibu (Pusdiknakes,2011).

Tanda-tanda bahaya masa nifas, sebagai berikut:

a. Pendarahan Post Partum

Pendarahan post partum adalah pendarahan lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir (Prawirohardjo, 2010).

Menurut waktu terjadinya dibagi atas 2 bagian:

- 1) Pendarahan Post Partum Primer (Early Post Partum Hemorrhage) yang terjadi dalam 24 jam setelah anak lahir. Penyebab utama adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa

plasenta dan robekan jalan lahir. Terbanyak dalam 2 jam pertama.

- 2) Pendarahan Post Partum Sekunder (Late Post Partum Hemorrhage) yang terjadi setelah 24 jam, biasanya terjadi antara hari ke 5-15 post partum. Penyebab utama adalah robekan jalan lahir dan sisa plasenta (Prawirohardjo, 2010)

Menurut Manuaba (2008), pendarahan post partum merupakan penyebab penting kematian maternal khususnya di Negara berkembang.

Factor-faktor penyebab pendarahan post partum adalah:

- 1) Grandemultipara
- 2) Jarak persalinan pendek kurang dari 2 tahun
- 3) Persalinan yang dilakukan dengan tindakan

Perdarahan yang perlahan dan berlanjut atau perdarahan tiba-tiba merupakan suatu kegawatdaruratan, segeralah bawa ibu ke fasilitas kesehatan.

b. Lochea yang Berbau Busuk (Bau dari Vagina)

Lochea adalah cairan yang dikeluarkan uterus melalui vagina dalam masa nifas sifat lochea alkalis, jumlah lebih banyak dari pengeluaran lender waktu menstruasi dan berbau anyir (Cairan ini berasal dari bekas melekatnya plasenta).

Lochea dibagi dalam beberapa jenis (Rustam Muchtar, 2008):

- 1) Lochea rubra (cruenta): Berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, dan mekonium, selama dua hari pasca persalinan.
- 2) Lochea Sanguinolenta: Berwarna merah kuning berisi darah dan lendir hari ke 3-7 pasca persalinan.
- 3) Lochea Serosa: Berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 pasca persalinan.
- 4) Lochea Alba: Cairan putih, setelah 2 minggu.
- 5) Lochea Purulenta: Terjadi infeksi, cairan seperti nanah berbau busuk.
- 6) Lochiostasis: Lochea tidak lancar keluar.

Tanda dan gejala

- (1) Keluarnya cairan dari vagina
- (2) Adanya bau yang menyengat dari vagina
- (3) Disertai dengan demam $> 38^{\circ}\text{C}$

c. Sub-Involusi Uterus (Pengecilan Rahim yang Terganggu)

Involusi adalah keadaan uterus yang mengecil oleh kontraksi rahim dimana berat rahim dari 1000 gr saat setelah bersalin, menjadi 40-60 mg 6 minggu kemudian. Bila pengecilan ini kurang baik atau terganggu disebut sub-involusi (Rustam Muchtar, 2008).

Factor penyebab sub-involusi, antara lain: sisa plasenta dalam uterus, endometritis, adanya mioma uteri (Prawirohardjo, 2010).

Tanda dan gejala

- a) Uterus lebih besar dan lebih lembek dari seharusnya
- b) Fundus masih tinggi
- c) Lochea banyak dan berbau
- d) Pendarahan

d. Nyeri pada Perut dan Panggul

Tanda dan gejala

Peritonitis: Peradangan pada peritoneum

- a) Demam
 - b) Nyeri perut bagian bawah
 - c) Suhu meningkat
 - d) Nadi cepat dan kecil
 - e) Nyeri tekan
 - f) Pucat muka cekung, kulit dingin
 - g) Anoreksia terkadang muntah
- e. Pusing dan Lemas yang Berlebihan

Menurut Manuaba (2008), pusing dan lemas pada masa nifas dapat disebabkan karena tekanan darah rendah, anemia, kurang istirahat dan kurangnya asupan kalori sehingga ibu kelihatan pucat.

Tanda dan gejala

- 1) Sakit kepala yang sangat pada salah satu sisi atau seluruh bagian kepala

2) Kepala terasa berdenyut dan disertai rasa mual dan muntah

3) Lemas

f. Suhu Tubuh Ibu $>38^{\circ}\text{C}$

Peningkatan suhu tubuh pada ibu selama 2 hari kemungkinan terjadi infeksi nifas.

Tanda dan gejala

Biasanya terjadi dalam 24 jam setelah melahirkan dengan suhu $\geq 38^{\circ}\text{C}$

g. Penyulit dalam Menyusui

Untuk dapat melancarkan ASI, dilakukan persiapan sejak awal kehamilan dengan melakukan masase, menghilangkan kerak pada puting susu sehingga duktusnya tidak tersumbat. Untuk menghindari puting susu terbenam sebaiknya sejak hamil, ibu dapat menarik-narik puting susu dan ibu harus tetap menyusui agar puting selalu sering tertarik. Sedangkan untuk menghindari puting lecet yaitu dengan melakukan teknik menyusui yang benar, puting harus kering saat menyusui. Puting lecet dapat disebabkan karena cara menyusui dan perawatan payudara yang tidak benar, bila lecetnya luas menyusui 24-48 jam dan ASI dikeluarkan dengan tangan atau pompa (Manuaba, 2008)

Beberapa keadaan abnormal pada masa menyusui yang mungkin terjadi:

1) Bendungan ASI

Penyebab: penyempitan duktus laktiferus, kelenjar yang tidak dikosongkan dengan sempurna, kelainan pada puting susu.

Gejala: timbul pada hari ke 3-5, payudara bengkak, keras, tegang, panas dan nyeri, suhu tubuh meningkat.

2) Mastitis

Mastitis adalah suatu peradangan pada payudara biasanya terjadi pada 3 minggu setelah melahirkan. Penyebabnya salah satunya kuman yang menyebar melalui luka pada puting susu/peredaran darah (Manuaba, 2008)

Tanda dan gejala

- a) Payudara membesar dan keras
- b) Payudara nyeri, memerah dan membisul
- c) Suhu tubuh meningkat dan menggigil

3) Abses payudara

Abses payudara adalah terdapat masa padat mengeras dibawah kulit yang kemerahan terjadi karena mastitis yang tidak segera diobati. Gejala sama dengan mastitis terdapat bisul yang pecah dan mengeluarkan pus (nanah) (Manuaba, 2008).

4. Kebutuhan dasar ibu nifas

Kebutuhan dasar masa nifas antara lain sebagai berikut:

a. Gizi

Ibu nifas dianjurkan untuk:

- 1) Makan dengan diit berimbang, cukup karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral.
- 2) Mengonsumsi makanan tambahan, nutrisi 800 kalori/hari pada 6 bulan pertama, 6 bulan selanjutnya 500kalori/hari dan tahun kedua 400 kalori. Jadi jumlah kalori tersebut adalah tambahan dari kalori per harinya.
- 3) Mengonsumsi vitamin A 200.000 iu. Pemberian vitamin A dalam bentuk suplementasi dapat meningkatkan kualitas ASI, meningkatkan daya tahan tubuh dan meningkatkan kelangsungan hidup anak (Suherni, Hesty Widayasih, Anita Rahmawati, 2009:101).

b. Ambulasi

Ambulasi sedini mungkin sangat dianjurkan, kecuali ada kontraindikasi. Ambulasi ini akan meningkatkan sirkulasi dan mencegah risiko tromboflebitis, meningkatkan fungsi kerja peristaltik dan kandung kemih, sehingga mencegah distensi abdominal dan konstipasi. Bidan harus menjelaskan kepada ibu tentang tujuan dan manfaat ambulasi dini. Ambulasi ini dilakukan secara bertahap sesuai kekuatan ibu. Terkadang ibu

nifas enggan untuk banyak bergerak karena merasa letih dan sakit. Jika keadaan tersebut tidak segera diatasi, ibu akan terancam mengalami trombosis vena. Untuk mencegah terjadinya trombosis vena, perludilakukan ambulasi dini oleh ibu nifas. Pada persalinan normal dan keadaan ibu normal, biasanya ibu diperbolehkan untuk mandi dan ke WC dengan bantuan orang lain, yaitu pada 1 atau 2 jam setelah persalinan. Sebelum waktu ini, ibu harus diminta untuk melakukan latihan menarik napas dalam serta latihan tungkai yang sederhana. Dan harus duduk serta mengayunkan tungkainya di tepi tempat tidur. Sebaiknya, ibu nifas turun dan tempat tidur sendiri mungkin setelah persalinan. Ambulasi dini dapat mengurangikejadian komplikasi kandung kemih, konstipasi, trombosis vena puerperalis, dan emboli perinorthi. Di samping itu, ibu merasa lebih sehat dan kuat serta dapat segera merawat bayinya. Ibu harus didorong untuk berjalan dan tidak hanya duduk di tempat tidur. Pada ambulasi pertama, sebaiknya ibu dibantu karena pada saat ini biasanya ibu merasa pusing ketika pertama kali bangun setelah melahirkan. (Bahiyatun, 2009:76-77).

c. Higiene Personal Ibu

Sering membersihkan area perineum akan meningkatkan kenyamanan dan mencegah infeksi. Tindakan ini paling sering menggunakan air hangat yang dialirkan (dapat ditambah larutan

antiseptik) ke atas vulva perineum setelah berkemih atau defekasi, hindari penyemprotan langsung. Ajarkan ibu untuk membersihkan sendiri. Pasien yang harus istirahat di tempat tidur (mis, hipertensi, post-seksio sesaria) harus dibantu mandi setiap hari dan mencuci daerah perineum dua kali sehari dan setiap selesai eliminasi. Setelah ibu mampu mandi sendiri (dua kali sehari), biasanya daerah perineum dicuci sendiri. Penggantian pembalut hendaknya sering dilakukan, setidaknya setelah membersihkan perineum atau setelah berkemih atau defekasi. Luka pada perineum akibat episiotomi, ruptura, atau laserasi merupakan daerah yang tidak mudah untuk dijaga agar tetap bersih dan kering. Tindakan membersihkan vulva dapat memberi kesempatan untuk melakukan inspeksi secara seksama daerah perineum. Payudara juga harus diperhatikan kebersihannya. Jika puting terbenam, lakukan masase payudara secara perlahan dan tarik keluar secara hati - hati. Pada masa postpartum, seorang ibu akan rentan terhadap infeksi. Untuk itu, menjaga kebersihan sangat penting untuk mencegah infeksi. Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan lingkungannya. Ajari ibu cara membersihkan daerah genitalnya dengan sabun dan air bersih setiap kali setelah berkemih dan defekasi. Sebelum dan sesudah membersihkan genitalia, ia harus mencuci tangan sampai bersih. Pada waktu

mencuci luka (epistotomi), ia harus mencucinya dan arah depan ke belakang dan mencuci daerah anusya yang terakhir. Ibu harus mengganti pembalut sedikitnya dua kali sehari. Jika ia menyusui bayinya, anjurkan untuk menjaga kebersihan payudaranya. Alat kelamin wanita ada dua, yaitu alat kelamin luar dan dalam. Vulva adalah alat kelamin luar wanita yang terdiri dari berbagai bagian, yaitu kommissura anterior, kommissura interior, labia mayora, labia minora, klitoris, prepusium klitoris, orifisium uretra, orifisium vagina, perineum anterior, dan perineum posterior. Robekan perineum terjadi pada semua persalinan, dan biasanya robekan terjadi di garis tengah dan dapat meluas apabila kepala janin lahir terlalu cepat. Perineum yang dilalui bayi biasanya mengalami peregangan, lebam, dan trauma. Rasa sakit pada perineum semakin parah jika perineum robek atau disayat pisau bedah. Seperti semua luka baru, area episiotomi atau luka sayatan membutuhkan waktu untuk sembuh, yaitu 7 hingga 10 hari. Infeksi dapat terjadi, tetapi sangat kecil kemungkinannya jika luka perineum dirawat dengan baik. Selama di rumah sakit, dokter akan memeriksa perineum setidaknya sekali sehari untuk memastikan tidak terjadi peradangan atau tanda infeksi lainnya. Dokter juga akan memberi instruksi cara menjaga kebersihan perineum pascapersalinan untuk mencegah infeksi.

Perawatan perineum 10 hari :

- 1) Ganti pembalut wanita yang bersih setiap 4-5 jam.
Posisikan pembalut dengan baik sehingga tidak bergeser.
- 2) Lepaskan pembalut dari arah depan ke belakang untuk menghindari penyebaran bakteri dan anus ke vagina.
- 3) Alirkan atau bilas dengan air hangat atau cairan antiseptic pada area perineum setelah defekasi. Keringkan dengan kain pembalut atau handuk dengan cara ditepuk – tepuk dari arah depan ke belakang.
- 4) Jangan dipegang sampai area tersebut pulih.
- 5) Rasa gatal pada area sekitar jahitan adalah normal dan merupakan tanda penyembuhan. Namun, untuk meredakan rasa tidak enak, atasi dengan mandi berendam air hangat atau kompres dingin dengan kain pembalut yang telah didinginkan.
- 6) Berbaring miring, hindari berdiri atau duduk lama untuk mengurangi tekanan pada daerah tersebut.
- 7) Lakukan latihan Kegel sesering mungkin guna merangsang peredaran darah di sekitar perineum. Dengan demikian, akan mempercepat penyembuhan dan memperbaiki fungsi otot - otot. Tidak perlu terkejut bila tidak merasakan apa pun saat pertama kali berlatih karena area tersebut akan

kebal setelah persalinan dan pulih secara bertahap dalam beberapa minggu.

(Bahiyatun, 2009:77-78).

d. Istirahat dan tidur

Anjurkan ibu untuk :

- 1) Istirahat yang cukup untuk mengurangi kelelahan.
- 2) Tidur siang atau istirahat selagi bayi tidur.
- 3) Kembali ke kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan.

Mengatur kegiatan rumahnya sehingga dapat menyediakan waktu untuk istirahat pada siang kira-kira 2 jam dan malam 7-8 jam. Kurang istirahat pada ibu nifas dapat berakibat:

- 1) Mengurangi jumlah ASI.
- 2) Memperlambat *invulasi*, yang akhirnya bisa menyebabkan perdarahan.
- 3) Depresi

(Suherni, Hesty Widyasih, Anita Rahmawati, 2009:104-105).

e. Senam Nifas

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

karena dengan ambulasi secara dini dapat membantu rahim untuk kembali ke bentuk semula. Senam nifas adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan setiap hari sampai hari yang kesepuluh, terdiri dari sederetan gerakan tubuh yang dilakukan untuk mempercepat pemulihan ibu. (Suherni, Hesty Widyasih, Anita Rahmawati, 2009:105).

f. Seksualitas masa nifas

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

- 1) Intensitas respons seksual berkurang karena perubahan faal tubuh. Tubuh menjadi tidak atau belum sensitif seperti semula.

- 2) Rasa lelah akibat mengurus bayi mengalahkan minat untuk bermesraan.
- 3) Bounding dengan bayi menguras semua cinta kasih, sehingga waktu tidak tersisa untuk pasangan.
- 4) Kehadiran bayi di kamar yang sama membuat ibu secara psikologis tidak nyaman berhubungan intim.
- 5) Pada minggu pertama setelah persalinan, hormon estrogen menurun yang mempengaruhi sel - sel penyekresi cairan pelumas vagina alamiah yang berkurang. Hal ini menimbulkan rasa sakit bila berhubungan seksual. Untuk itu, diperlukan pelumas atau rubrikan.
- 6) Ibu mengalami *let down* ASI, sehingga respons terhadap orgasme yang dirasakan sebagai rangsangan seksual pada saat menyusui. Respons fisiologis ini dapat menekan ibu, kecuali mereka memahami bahwa hal tersebut adalah normal.

Solusi untuk mengatasi masalah di atas, antara lain:

- 1) Bidan biasanya memberi batasan rutin 6 minggu pasca persalinan. Akan tetapi, jika pasangan ingin lebih cepat, konsultasikan hal ini untuk mengetahui dengan pasti jenis persalinan, kondisi perineum, luka episiotomi, dan kecepatan pemulihan sesungguhnya. Jika permintaan ditolak dokter atau bidan, pasangan hendaknya menaati dan menunggu hingga 6

minggu pasca persalinan agar tidak menyakitkan ibu secara fisik.

2) Ungkapkan cinta dengan cara lain, seperti dengan duduk berpelukan di depan TV menggosok punggung pasangan, dan berdansa berdua. Jika tidak lelah, dapat membantu melakukan pasangan dengan masturbasi. Jika keduanya menginginkan, dapat melakukan hubungan intim oral. Namun, kadang tidak ada keintiman yang lebih memuaskan dari berbaring dan berpelukan.

3) Program kontrasepsi harus segera dilakukan sebelum hubungan seksual karena ada kemungkinan hamil kembali dalam kurun waktu kurang dan 6 minggu (kontrasepsi untuk mencegah kehamilan) (Bahiyatun, 2009:83-84).

g. Keluarga Berencana

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

1) Untuk Ibu

- a) Perbaiki kesehatan badan karena tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek.
- b) Adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak-anak, untuk istirahat, dan menikmati waktu luang, serta melakukan kegiatan - kegiatan lain.

Untuk anak yang dilahirkan

- a) Dapat tumbuh secara wajar karena ibu yang mengandungnya berada dalam keadaan sehat.
- b) Sesudah lahir anak tersebut akan memperoleh perhatian, pemeliharaan, dan makanan yang cukup. Hal ini disebabkan oleh kehadiran anak tersebut yang memang diinginkan dan diharapkan.

2) Untuk anak yang lain

- a) Memberi kesempatan perkembangan fisiknya lebih baik karena memperoleh makanan yang cukup dan sumber yang tersedia dalam keluarga.
- b) Perkembangan mental dan sosial lebih sempurna karena pemeliharaan yang lebih baik dan lebih banyak waktu yang diberikan oleh ibu untuk anak.

c) Perencanaan kesempatan pendidikan yang lebih baik karena sumber pendapatan keluarga tidak habis untuk mempertahankan hidup semata - mata.

3) Untuk ayah

a) Memperbaiki kesehatan fisiknya

b) Memperbaiki kesehatan mental dan sosial karena kecemasan berkurang serta lebih banyak waktu luang untuk keluarganya.

Evaluasi yang perlu dilakukan bidan dalam memberi asuhan kepada ibu nifas dan rencana ber-KB, antara lain :

- (1) Ibu mengetahui pengertian KB dan manfaatnya.
- (2) Ibu dapat menyebutkan macam-macam metodekontrasepsi untuk ibu menyusui.
- (3) Ibu dapat menyebutkan beberapa keuntungan pemakaianalat kontrasepsi.
- (4) Ibu dapat memilih / menentukan metode kontrasepsi yangdirasa cocok bagi dirinya.

2.1.4 Konsep Dasar Neonatus

1. Pengertian Neonatus

Neonatus adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0–28 hari. Bayi baru lahir (BBL) memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari

kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin) dan toleransi bagi BBL untuk dapat dapat hidup dengan baik (Marmi, 2012:1).

Masa neonatus merupakan masa kritis dari kehidupan bayi, dua pertiga kematian bayi terjadi dalam 4 minggu setelah persalinan dan 60% kematian bayi baru lahir terjadi dalam waktu 7 hari setelah lahir (Saifuddin, 2009:123).

Dari berbagai pengertian diatas, penulis menyimpulkan neonatus adalah bayi baru lahir usia 0–28 hari yang masih memerlukan proses adaptasi dari kehidupan intrauterine ke ekstrauterine.

2. Ciri-ciri

Bayi baru lahir normal mempunyai ciri-ciri berat badan lahir 2500-4000 gram, umur kehamilan 37-40 minggu, bayi segera menangis, bergerak aktif, kulit kemerahan, menghisap ASI dengan baik, dan tidak ada cacat bawaan (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

Bayi baru lahir normal memiliki panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar lengan 11-12 cm, frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit, pernapasan 40-60 x/menit, lanugo tidak terlihat dan rambut kepala tumbuh sempurna, kuku agak panjang dan lemas, nilai APGAR >7, refleks-refleks sudah terbentuk dengan baik (*rooting, sucking, morro, grasping*), organ genitalia pada bayi laki-laki testis sudah berada pada skrotum dan penis berlubang, pada bayi perempuan vagina dan uretra berlubang

serta adanya labia minora dan mayora, mekonium sudah keluar dalam 24 jam pertama berwarna hitam kecoklatan (Dewi, 2010).

3. Fisiologi bayi baru lahir

Saat lahir, bayi mengalami perubahan fisiologis yang cepat dan hebat. Fisiologi bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

a. Permulaan pernafasan udara

Menurut Leveno (2009: 281-282), segera setelah lahir, pola pernafasan bergeser dari inspirasi episodik dangkal yang khas untuk janin menjadi inhalasi yang lebih teratur dan dalam. Aerasi paru bayi baru lahir bukanlah suatu inflasi struktur yang kolaps, tetapi penggantian secara cepat cairan di bronkus dan alveolus oleh udara. Cairan alveolus yang tersisa dibersihkan melalui sirkulasi paru dan dengan derajat yang lebih rendah, melalui pembuluh limfe paru. Tertundanya pembersihan cairan ini dari alveolus dapat menyebabkan sindrom takipnea transien pada neonatus. Sewaktu cairan diganti oleh udara, terjadi penurunan bermakna tekanan vaskular paru dan penurunan resistensi terhadap aliran darah. Dengan penurunan tekanan darah arteri pulmonaris, duktus arteriosus secara normal menutup. Penutupan foramen ovale bersifat lebih variatif. Tekanan intratoraks diperlukan yang sangat negatif agar udara dapat masuk ke dalam alveolus yang dipenuhi oleh cairan. Normalnya sejak tarikan nafas pertama setelah lahir, secara

progresif terjadi akumulasi udara residual di paru, dan dengan setiap pernafasan berikutnya, dibutuhkan tekanan pembuka paru yang semakin kecil. Kurangnya surfaktan yang sering dijumpai pada bayi prematur, menyebabkan timbulnya sindrom distress pernafasan. Dalam keadaan normal, neonatus mulai bernafas dan menangis hampir segera setelah lahir yang menandakan dimulainya pernafasan aktif.

Faktor-faktor yang berperan dalam pernafasan pertama ini adalah:

- 2) Penekanan toraks sewaktu kala dua persalinan dan kelahiran pervaginam, yang mendorong cairan dari saluran nafas. Bayi yang dilahirkan melalui sesar cenderung memiliki lebih banyak cairan dan lebih sedikit gas di paru selama 6 jam pertama kehidupan (takipnea transien)
- 3) Berkurangnya oksigen dan penimbunan karbondioksida yang juga merangsang pernafasan.
- 4) Stimulasi fisik, misalnya memegang bayi sewaktu kelahiran dan resusitasi yang diperkirakan memicu pernafasan. Saat lahir, bayi mengalami perubahan fisiologis yang cepat dan hebat. Kelangsungan hidup bergantung pada pertukaran oksigen dan karbondioksida yang cepat dan teratur.

b. Perubahan sirkulasi

Menurut Varney (2008:880), aliran darah dari plasenta berhenti pada saat tali pusat di klem. Tindakan ini meniadakan suplai oksigen plasenta dan menyebabkan terjadinya serangkaian reaksi selanjutnya. Reaksi-reaksi ini dilengkapi oleh reaksi-reaksi yang terjadi dalam paru sebagai respon terhadap tarikan napas pertama. Sirkulasi janin memiliki karakteristik berupa sistem bertekanan rendah. Karena paru adalah organ tertutup yang berisis cairan, paru memerlukan aliran darah yang minimal. Sebagian besar darah janin yang teroksigenasi melalui paru dan malah mengalir melalui lubang antara atrium kanan dan kiri, yang disebut foramen ovale. Darah yang kaya oksigen ini kemudian secara istimewa mengalir ke otak melalui duktus arteriosus. Karena tali pusat di klem, sistem bertekanan rendah yang ada pada unit janin-plasenta terputus. Sistem sirkulasi bayi baru lahir sekarang merupakan sistem sirkulasi tertutup, bertekanan tinggi dan berdiri sendiri (Varney, 2008:880).

c. Termoregulasi

Menurut Varney (2008:881-882) perubahan termoregulasi neonatus adalah sebagai berikut: Bayi baru lahir memiliki kecenderungan menjadi cepat stres karena perubahan suhu lingkungan. Karena suhu di dalam uterus berfluktuasi sedikit, janin tidak perlu mengatur suhu. Suhu janin biasanya lebih

tinggi $0,6^{\circ}\text{C}$ daripada suhu ibu. Pada saat lahir, faktor yang berperan dalam kehilangan panas pada bayi baru lahir meliputi area permukaan tubuh bayi baru lahir yang luas, berbagai tingkat insulasi lemak subkutan, dan derajat fleksi otot. Bayi baru lahir dapat kehilangan panas melalui 4 mekanisme, yaitu konveksi, konduksi, radiasi dan evaporasi. Tempat kelahiran harus disiapkan dengan adekuat untuk meminimalkan kehilangan panas pada neonatus. Neonatus dapat menghasilkan panas dengan 3 cara, yaitu menggigil, aktivitas otot volunter, dan termogenesis (produksi panas tubuh) tanpa menggigil. Termogenesis tanpa menggigil mengacu pada 1 dari 2 cara berikut ini: peningkatan kecepatan metabolisme atau penggunaan lemak coklat (*brown fat*) untuk memproduksi panas. Neonatus dapat menghasilkan panas dalam jumlah besar dengan meningkatkan kecepatan metabolisme mereka. Pada cara kedua, lemak coklat dimobilisasi untuk menghasilkan panas. Lapisan lemak coklat berada pada dan di sekitar tulang belakang bagian atas, klavikula dan sternum, dan ginjal serta pembuluh darah besar. Banyaknya lemak coklat bergantung pada usia gestasi dan berkurang pada bayi baru lahir yang mengalami retardasi pertumbuhan. Lemak coklat adalah sumber yang tidak dapat diperbarui pada bayi baru lahir. Penghasilan panas melalui penggunaan cadangan lemak coklat dimulai pada saat bayi lahir

akibat lonjakan katekolamin dan penghentian supresor prostaglandin dan adenosin yang dihasilkan plasenta. Kehilangan panas pada neonatus segera berdampak pada hipoglikemia, hipoksia, dan asidosis. Dampak tersebut merupakan akibat peningkatan kebutuhan metabolisme yang disebabkan oleh usaha bayi baru lahir untuk membuat zona suhu yang netral. Dianjurkan pada suhu rectal dan aksila tetap dalam rentang 36,5–37,5°C dan suhu kulit abdomen dalam rentang 36–36,5°C.

d. Pengaturan glukosa

Pada setiap bayi baru lahir, kadar glukosa turun selama periode waktu yang singkat (1–2 jam setelah kelahiran). Sistem pada bayi baru lahir yang sehat belajar untuk mengoreksi secara mandiri penurunan kadar glukosa fisiologis. Koreksi penurunan kadar glukosa darah dapat terjadi dalam 3 cara yaitu melalui penggunaan ASI atau susu formula, melalui penggunaan cadangan glikogen, atau melalui pembuatan glukosa dari sumber-sumber lain, khususnya lipid. Bayi baru lahir yang sehat menghasilkan glukosa sebanyak 4–8 mg/kg/menit sebagai respon terhadap kebutuhan (Varney, 2008:883).

e. Perubahan pada darah

Bayi baru lahir dilahirkan dengan hematokrit/hemoglobin yang tinggi. Konsentrasi hemoglobin normal memiliki rentang dari

13,7–20,0 g/dL. Selama beberapa hari pertama kehidupan, nilai hemoglobin sedikit meningkat, sedangkan volume plasma menurun. Akibat perubahan dalam volume plasma tersebut, hematokrit, yang normalnya dalam rentang 51 hingga 56% pada saat kelahiran, meningkat dari 3 menjadi 6%. Hemoglobin kemudian turun perlahan, tapi terus-menerus pada 7–9 minggu pertama setelah bayi lahir. Nilai hemoglobin rata-rata untuk bayi berusia 2 bulan ialah 12,0 g/dL (Varney, 2008:884).

f. Perubahan pada sistem gastrointestinal

Kemampuan bayi baru lahir cukup bulan untuk menelan dan mencerna sumber makanan dari luar terbatas. Sebagian besar keterbatasan tersebut membutuhkan berbagai enzim dan hormon pencernaan yang terdapat di semua bagian saluran cerna, dari mulut sampai ke usus. Bayi baru lahir kurang mampu mencerna protein dan lemak dibandingkan orang dewasa. Absorpsi karbohidrat relatif efisien, tapi tetap kurang efisien dibandingkan dengan orang dewasa. Kemampuan bayi baru lahir, terutama efisien dalam mengabsorpsi monosakarida, seperti glukosa, asalkan jumlah glukosa tidak terlalu banyak. Sfingter jantung (sambungan esofagus bawah dan lambung) tidak sempurna, yang membuat regurgitasi isi lambung dalam jumlah banyak pada bayi baru lahir dan bayi muda. Kapasitas

lambung pada bayi tersebut cukup terbatas, kurang dari 30 cc untuk bayi baru lahir cukup bulan (Varney, 2008: 885).

g. Perubahan pada sistem imun

Menurut Varney (2008:886-888), sistem imun neonatus tidak matur pada sejumlah tingkat yang signifikan. Ketidakmampuan fungsional ini membuat neonatus rentan terhadap banyak infeksi dan respon alergi. Sistem imun yang matur memberikan baik imunitas alami maupun yang didapat. Dua macam imunitas pada bayi baru lahir, yaitu:

1) Imunitas alami

Imunitas alami terdiri dari struktur tubuh yang mencegah atau meminimalkan infeksi. Beberapa contoh imunitas alami meliputi:

- a) perlindungan barier yang diberikan oleh kulit dan membran mukosa
- b) kerja seperti saringan oleh saluran napas
- c) kolonisasi pada kulit dan usus oleh mikroba pelindung; dan
- d) perlindungan kimia yang diberikan oleh lingkungan asam pada lambung.

2) Imunitas yang didapat

Neonatus dilahirkan dengan imunitas pasif terhadap virus dan bakteri yang pernah dihadapi ibu. Janin mendapatkan

imunitas ini melalui perjalanan transplasenta dari imunoglobulin varietas IgG. Imunoglobulin lain seperti IgM dan IgA, tidak dapat melewati plasenta.

h. Perubahan pada sistem ginjal

Bayi baru lahir cukup bulan memiliki beberapa defisit struktural dan fungsional pada sistem ginjal. Banyak dari defisit tersebut memperbaiki dirinya sendiri pada bulan pertama kehidupan. Ginjal bayi baru lahir menunjukkan penurunan aliran darah ginjal dan penurunan kecepatan filtrasi glomerulus. Kondisi itu mudah menyebabkan retensi cairan dan intoksikasi air. Bayi baru lahir mengekskresikan sedikit urine pada 48 jam pertama kehidupan, sering kali hanya 30–60 ml. Seharusnya tidak terdapat protein atau darah dalam urine bayi baru lahir (Varney, 2008: 888).

4. Klasifikasi Neonatus

Bayi baru lahir atau neonatus di bagi dalam beberapa kasifikasi menurut Marmi (2015) , yaitu :

- 1) Neonatus menurut masa gestasinya :
 - a) Kurang bulan (*preterm infant*) : < 259 hari (37 minggu)
 - b) Cukup bulan (*term infant*) : 259-294 hari (37-42 minggu)
 - c) Lebih bulan (*postterm infant*) : > 294 hari (42 minggu atau lebih)

- 2) Neonatus menurut berat badan lahir :
 - a) Berat lahir rendah : < 2500 gram
 - b) Berat lahir cukup : 2500-4000 gram
 - c) Berat lahir lebih : > 4000 gram
- 3) Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan) :
 - a) Neonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)
 - b) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK).

5. Nilai APGAR

Menurut Prawirohardjo (2010) nilai APGAR adalah suatu metode sederhana yang digunakan untuk menilai keadaan umum bayi sesaat setelah kelahiran. Penilaian ini perlu untuk mengetahui apakah bayi menderita *asfiksia* atau tidak, yang dinilai adalah frekuensi jantung (*Heart rate*), usaha nafas (*respiratory effort*), tonus otot (*muscle tone*), warna kulit (*colour*) dan reaksi terhadap rangsang (*respon to stimuli*) yaitu dengan memasukkan kateter ke lubang hidung setelah jalan nafas dibersihkan.

Tabel 2.7

Kriteria APGAR

	Nilai 0	Nilai 1	Nilai 2	Akronim
Warna kulit	Seluruh badan biru atau pucat	warna kulit tubuh normal merah muda, tetapi tangan dan kaki kebiruan	warna kulit tubuh, tangan, dan kaki normal merah muda, tidak ada sianosis	<i>Appearance</i>
Denyut jantung	Tidak ada	<100 kali atau menit	>100 kali atau menit	<i>Pulse</i>
Respon reflek	Tidak ada respon terhadap stimulasi	Meringis atau menangis lemah ketika di stimulasi	meringis atau bersin atau batuk saat stimulasi saluran napas	<i>Grimace</i>
Tonus otot	Lemah atau tidak	Sedikit gerakan	Bergerak aktif	<i>Activity</i>
Pernafasan	Tidak ada	Lemah atau tidak teratur	menangis kuat, pernapasan baik dan teratur	<i>Respiration</i>

Sumber :Kosim, 2010:67

Nilai APGAR di ukur pada menit pertama dan kelima setelah kelahiran. Pengukuran pada menit pertama di gunakan untuk menilai bagaimana ketahanan bayi melewati proses persalinan. Pengukuran pada menit kelima menggambarkan sebaik apa bayi dapt bertahan setelah keluar dari rahim ibu. Pengukuran nilai APGAR dilakukan untuk menilai apakah bayi membutuhkan bantuan nafas atau mengalami kelainan jantung (Prawihardjo, 2010:261).

6. Masalah yang paling sering dijumpai pada bayi baru lahir

Menurut Kemenkes RI (2012), masalah yang paling sering dijumpai pada bayi baru lahir yaitu:

1) BAB dan BAK pada hari-hari pertama

Sekitar 95% bayi kencing dalam jam pertama dan mengeluarkan mekonium dalam 24 jam pertama. Sebagian besar bayi akan kencing segera setelah ia lahir dan kemudian tidak kencing atau hanya 2-3 kali BAK dalam 24 jam selama 3 hari pertama. Bila dalam 24 jam bayi belum BAK atau belum BAB, perlu mendapatkan perhatian khusus. Evaluasi lebih lanjut perlu dilakukan dan dirujuk bila perlu. Pada akhir minggu pertama bayi akan BAK 5-6x/hari dan 3-4x/hari. BAB dengan konsentrasi tinja mulai seperti pasta gigi dan warna mulai kekuningan. Namun BAB pada bayi ASI eksklusif sesungguhnya sangat bervariasi dalam hal frekuensi dan warna. Kondisi ini tidak perlu dikhawatirkan sama sekali sepanjang bayi tetap aktif, dapat menangis kuat dan menyusu dengan baik (Kemenkes RI, 2012).

b. Bayi rewel

Bayi rewel atau menangis tidak selalu lapar. Rewel bisa disebabkan mengompol, kepanasan/ kedinginan, terlalu lelah atau ingin tidur, ingin ditimang atau mendengarkan suara

ibunya, merasa sendiri, atau memang ada yang tidak nyaman/nyeri pada tubuhnya (Kemenkes RI, 2012).

c. Gumoh

Gumoh normal dialami oleh sebagian besar bayi pada usia 0-12 bulan. Gumoh bukan muntah tetapi keluarnya sebagian isi lambung tanpa didahului rasa mual dan tanpa peningkatan tekanan dalam perut bayi. Gumoh terjadi karena lambung bayi masih berada dalam posisi agak mendatar, masih berada pada rongga dada, besar lambung yang relatif kecil, fungsi penutup mulut lambung dan esofagus belum sempurna.

7. Bayi Baru Lahir Risiko Tinggi

Kondisi-kondisi yang menjadikan neonatus berisiko tinggi, antara lain :

1) Bayi dengan berat badan lahir rendah

Bayi dengan berat badan lahir rendah yaitu bayi baru lahir yang berat badannya saat lahir kurang dari 2500 gram (sampai dengan 2499 gram). Komplikasi yang dapat terjadi pada bayi dengan berat badan lahir rendah diantaranya adalah penyakit hipotermia, gangguan pernafasan, membran hialin, ikterus, pneumonia, aspirasi dan hiperbilirubinemia (Prawirohardjo, 2010).

2) Asfiksia neonatorum

Suatu keadaan bayi baru lahir yang gagal bernafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir sehingga bayi tidak dapat

memasukkan oksigen dan tidak dapat mengeluarkan zat asam arang dari tubuhnya (Karyuni, 2009).

3) Perdarahan tali pusat

Perdarahan yang terjadi pada tali pusat bisa timbul karena trauma pada pengikatan tali pusat yang kurang baik atau kegagalan proses pembentukan trombus normal. Selain itu, perdarahan pada tali pusat juga dapat sebagai petunjuk adanya penyakit pada bayi (Dewi, 2010).

4) Kejang neonatus

Kejang pada neonatus bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan suatu gejala penting akan adanya penyakit lain sebagai penyebab kejang atau adanya kelainan susunan saraf pusat. Penyebab utama terjadinya kejang adalah kelainan bawaan pada otak, sedangkan sebab sekunder adalah gangguan metabolik atau penyakit lain seperti penyakit infeksi. Di negara berkembang, kejang pada neonatus sering disebabkan oleh tetanus neonatorum, sepsis, meningitis, ensefalitis, pendarahan otak, dan cacat bawaan (Tanto, Liwang, 2014).

8. Asuhan segera bayi baru lahir

Menurut Elizabeth dkk, 2015, adalah asuhan yang diberikan kepada bayi baru lahir selama satu jam pertama setelah kelahiran. Sebagian besar BBL akan menunjukkan usaha pernafasan spontan dengan sedikit bantuan/gangguan. Oleh karena itu PENTING

diperhatikan dalam memberikan asuhan SEGERA, yaitu jaga bayi tetap kering dan hangat, kontak antara kulit bayi dengan ibu sesegera mungkin.

- 1) Membersihkan jalan nafas.
- 2) Sambil menilai pernafasan secara cepat, letakkan bayi dengan handuk di atas perut ibu. Bersihkan darah atau lendir dari wajah bayi dengan kain bersih dan kering/kassa.
- 3) Periksa ulang pernafasan (Elizabeth dkk, 2015).

Tujuan utama perawatan bayi segera sesudah lahir, yaitu:

- 1) Pencegahan Infeksi

Bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi yang disebabkan oleh paparan atau kontaminasi mikroorganisme selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir. Sebelum menangani bayi baru lahir, penolong harus melakukan upaya pencegahan infeksi berikut:

- 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah menyentuh bayi.
- 3) Memakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan.
- 4) Memastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan, terutama klem, gunting, penghisap lendir *Del ee* dan benang tali pusat telah di disinfeksi tingkat tinggi atau steril. Gunakan bola karet yang baru dan bersih jika ingin melakukan penghisapan lendir dengan alat tersebut.

5) Pastikan semua pakaian, handuk, selimut dan kain yang digunakan untuk bayi, sudah dalam keadaan bersih. Demikian pula halnya timangan, pita pengukur, termometer, stetoskop dan benda lain yang akan bersentuhan dengan bayi juga bersihkan (Elizabeth dkk, 2015).

6) Mempertahankan Suhu Tubuh Bayi

Pada waktu baru lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat. Suhu bayi harus dicatat (Elizabeth dkk, 2015).

Membersihkan Jalan Nafas Bayi normal akan menangis spontan segera setelah lahir. Apabila tidak langsung menangis, penolong segera membersihkan jalan nafas dengan cara sebagai berikut:

- 1) Letakkan bayi pada posisi terlentang ditempat yang keras dan hangat.
- 2) Gulung sepotong kain dan letakkan dibawah bahu sehingga leher bayi lebih lurus dan kepala tidak menekuk.
- 3) Bersihkan hidung, rongga mulut dan tenggorokan bayi dengan jari tangan yang dibungkus kassa steril.
- 4) Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2-3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain kering.

- 5) Alat penghisap lendir mulut atau alat penghisap lainnya yang steril, tabung oksigen dengan selangnya harus telah siap ditempat.
- 6) Segera lakukan usaha menghisap mulut atau hidung.
- 7) Petugas harus memantau dan mencatat usaha nafas yang pertama.
- 8) Warna kulit, adanya cairan atau mekonium dalam hidung atau mulut harus diperhatikan.
- 9) Bidan hendaknya melakukan resusitasi seteah 1 menit bayi tidak bernafas (Elizabeth dkk, 2015)
- 10) Memotong dan Merawat Tali Pusat

Tali pusat dipotong sebelum atau sesudah plasenta lahir tidak begitu menentukan dan tidak akan mempengaruhi bayi, kecuali pada bayi kurang bulan. Apabila bayi lahir tidak menangis, maka tali pusat segera dipotong untuk memudahkan melakukan tidakan resusitasi pada bayi.

Talipusat dipotong 3 cm dari dinding bayi dengan dibuat ikatan baru. Luka tali pusat dibalut kasa steril. Pembalut tersebut diganti setiap hari atau setiap kali basah atau kotor (Elizabeth dkk, 2015).

- 11) Memberi Obat Tetes atau Salep Mata

Di daerah dimana prevalensi gonorrhoe tinggi, setiap bayi baru lahir perlu diberi salep mata sesudah liam jam bayi

baru lahir. Pemberian obat mata chloramphenicol 0,5% dianjurkan untuk pencegahan penyakit mata karena klamidia (Elizabeth dkk, 2015).

12) Memberi Vitamin K

Kejadian perdarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi baru lahir dilaporkan cukup tinggi, berkisar antara 0,25-0,5%. Untuk mencegah terjadinya perdarahan tersebut, diberi vitamin K parental dengan dosis 0.5-1 mg secara IM (Elizabeth dkk, 2015).

13) Imunisasi

Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Imunisasi Hepatitis B pertama diberikan 1 jam setelah pemberian Vitamin K, pada saat bayi baru berumur 2 jam (APN, 2008)

9. Tanda bahaya bayi baru lahir

Menurut Varney, 2007, segera hubungi dokter anak atau perawat praktisi anda jika:

- a. Bayi anda tampak lemah, tidak mau makan, atau bertingkah laku tidak wajar.
- b. Bayi tidak berkemih dala 24 jam pertama.
- c. Bayi tidak defekasi dalam 48 jam paertama.
- d. Tali pusat berbau busuk atau terdapat pus yang keluar.

- e. Suhu bayi dibawah 36 derajat atau diatas 37 derajat C, diukur pada ketiak.
- f. Bagian yang berwarna putih pada mata, berubah menjadi kuning dan warna kulit juga tampak kuning, kecoklatan atau seperti buah persik.

Menurut APN, 2008, tanda-tanda bahaya bayi baru lahir. Bila ditemukan tanda bahaya berikut, rujuk bayi ke fasilitas kesehatan:

- a. Tidak dapat menyusu
- b. Kejang
- c. Mengantuk atau tidak sadar
- d. Napas cepat (>60 per menit)
- e. Merintih
- f. Retraksi dinding dada bawah
- g. Sianosis sentral

10. Pelayanan Kesehatan Bagi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir mendapatkan pelayanan kesehatan dari bidan/dokter/perawat minimal tiga kali, yaitu pada:

- a. Hari pertama
- b. Hari ketiga
- c. Minggu kedua
- d. Jika belum disuntik vitamin K1, mintalah pada petugas kesehatan.

- e. Jika belum di imunisasi Hepatitis B, mintalah sebelum bayi berumur 7 hari (Buku KIA, 2009).

Tabel 2.8

Imunisasi

Umur	Jenis Imunisasi
0-7 hari	HB 0
1 bulan	BCG, Polio 1
2 bulan	DPT/HB 1, Polio 2
3 bulan	DPT/HB 2, Polio 3
4 bulan	DPT/HB 3, Polio 4
9 bulan	Campak

(Sumber : Kementerian Kesehatan RI)

11. Kunjungan Neonatus

Cakupan kunjungan neonatal adalah pelayanan kepada neonatus pada masa 6 jam sampai dengan 28 hari setelah kelahiran sesuai standart. Standart pelayanan minimal :

- a. Saat bayi berada di klinik (dalam 24 jam)
- b. Saat kunjungan tindak lanjut (KN), yaitu 1 kali pada umur 1-3 hari, 1 kali pada umur 4-7 hari dan 1 kali pada umur 8-28 hari.

(JNPK-KR, 2008:139).

12. Kebutuhan Bayi Baru Lahir

a. Aspek gizi

1) Pemberian ASI

Kolostrum mengandung zat kekebalan terutama untuk melindungi bayi dari berbagai penyakit infeksi terutama diare. Jumlah kolostrum yang diproduksi sangat bervariasi tergantung dari hisapan bayi pada hari-hari pertama kelahiran. Walau sedikit namun cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi. Oleh karena itu kolostrum harus diberikan pada bayi. Kolostrum mengandung protein, vitamin A yang tinggi dan mengandung karbohidrat dan lemak rendah, sehingga sesuai dengan kebutuhan gizi bayi pada hari-hari pertama kelahiran. Membantu mengeluarkan mekonium yaitu kotoran bayi yang pertama berwarna hitam kehijauan.

2) Komposisi ASI

ASI mudah dicerna, karena selain mengandung zat gizi yang sesuai, juga mengandung enzim-enzim untuk mencernakan zat-zat gizi yang terdapat dalam ASI tersebut. ASI mengandung zat-zat yang berkualitas tinggi yang berguna untuk pertumbuhan dan perkembangan kecerdasan bayi atau anak. Selain mengandung protein yang tinggi, ASI memiliki perbandingan antara Whey dan Casein yang sesuai untuk bayi. Resiko whey dan casein merupakan salah satu keunggulan

ASI dibandingkan dengan susu sapi. ASI mengandung whey lebih banyak yaitu 65:35. Komposisi ini menyebabkan protein ASI lebih mudah diserap. Sedangkan pada susu sapi mempunyai perbandingan Whey: Casein adalah 20:80, sehingga tidak mudah diserap.

b. Aspek imunologi

- 1) ASI mengandung zat anti infeksi, bersih dan bebas kontaminasi.
- 2) Immunoglobulin A (Ig.A) dalam kolostrum atau ASI kadarnya cukup tinggi. Sekretori Ig.A tidak diserap tetapi dapat melumpuhkan bakteri pathogen E.coli dan berbagai virus pada saluran pencernaan.
- 3) Laktoferin yaitu sejenis protein yang merupakan komponen zat kekebalan yang mengikat zat besi disaluran pencernaan.
- 4) Lysosim, enzim yang melindungi bayi terhadap bakteri (E.coli dan Salmonella) dan virus. Jumlah lysosim dalam ASI 300 kali lebih banyak daripada susu sapi.
- 5) Sel darah putih pada ASI pada 2 minggu pertama lebih dari 4000 sel per mil. Terdiri dari 3 macam yaitu : Bronchus-Associated Lymphocyte Tissue (BALT) antibody pernafasan, Gut Associated Lymphocyte Tissue (GALT) antibody saluran pernafasan, dan mammary Associated Lymphocyte Tissue (MALT) payudara ibu.

- 6) Factor bifidus, sejenis karbohidrat yang mengandung nitrogen, menuju pertumbuhan bakteri *Lactobacillus bifidus*. Bakteri ini menjaga keasaman flora usus bayi yang berguna untuk menghambat pertumbuhan bakteri yang merugikan.

c. Aspek psikologis

Rasa percaya diri ibu untuk menyusui: bahwa ibu mampu menyusui dengan produksi ASI yang mencukupi untuk bayinya. Menyusui dipengaruhi oleh emosi ibu dan kasih sayang terhadap bayi akan meningkatkan produksi hormone terutama oksitosin yang pada akhirnya akan meningkatkan produksi ASI

2.1.5 Konsep Teori Keluarga Berencana

1. Pengertian

a. Pengertian Kontrasepsi

Berikut ini merupakan pengertian kontrasepsi menurut berbagai sumber diantaranya adalah sebagai berikut:

- 1) Pengertian kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan. Upaya itu dapat bersifat sementara, dapat pula bersifat permanen (Wiknjosastro, 2008:905).
- 2) Keluarga berencana adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk mendapatkan objektif-objektif tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval di antara kehamilan,

mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami istri dan menentukan jumlah anak dalam keluarga (Hartanto, 2009:27).

b. Pengertian Keluarga Berencana paska salin

Keluarga berencana paska salin adalah melakukan tindakan KB ketika wanita baru melahirkan atau keguguran di rumah sakit, atau memberi pengarahan agar memilih KB efektif (melakukan sterilisasi wanita atau pria, menggunakan AKDR, menerima KB hormonal dalam bentuk suntik atau susuk) (Manuaba, 2010: 637).

2. Efektivitas (Daya Guna) Kontrasepsi

Menurut Wiknjosastro (2007) efektivitas atau daya guna suatu cara kontrasepsi dapat dinilai pada 2 tingkat, yakni:

- a. Daya guna teoritis (*theoretical effectiveness*), yaitu kemampuan suatu cara kontrasepsi untuk mengurangi terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan, apabila kontrasepsi tersebut digunakan dengan mengikuti aturan yang benar.
- b. Daya guna pemakaian (*use effectiveness*), yaitu kemampuan kontrasepsi dalam keadaan sehari-hari dimana pemakaiannya dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti pemakaian yang tidak hati-hati, kurang disiplin dengan aturan pemakaian dan sebagainya.

3. Memilih Metode Kontrasepsi

Menurut Hartanto (2008:45), ada beberapa hal yang perlu dipertimbangkan

dalam memilih kontrasepsi. Metode kontrasepsi yang baik ialah kontrasepsi

yang memiliki syarat-syarat sebagai berikut:

- a. Aman atau tidak berbahaya
- b. Dapat diandalkan
- c. Sederhana
- d. Murah
- e. Dapat diterima oleh orang banyak
- f. Pemakaian jangka lama (*continuation rate* tinggi).

Menurut Hartanto (2008:89), faktor-faktor dalam memilih metode kontrasepsi yaitu:

- a. Faktor pasangan
 - 1) Umur
 - 2) Gaya hidup
 - 3) Frekuensi senggama
 - 4) Jumlah keluarga yang diinginkan
 - 5) Pengalaman dengan kontrasepsi yang lalu
 - 6) Sikap kewanitaan
 - 7) Sikap kepriaan.

b. Faktor kesehatan

- 1) Status kesehatan
- 2) Riwayat haid
- 3) Riwayat keluarga
- 4) Pemeriksaan fisik
- 5) Pemeriksaan panggul

4. Macam-macam kontrasepsi

a. Metode Kontrasepsi Sederhana

Metode kontrasepsi sederhana terdiri dari 2 yaitu metode kontrasepsi sederhana tanpa alat dan metode kontrasepsi dengan alat. Metode kontrasepsi tanpa alat antara lain: Metode Amenorrhoe Laktasi (MAL), *Cowitus Interruptus*, Metode Kalender, Metode Lendir Serviks, Metode Suhu Basal Badan, dan *Simptothermal* yaitu perpaduan antara suhu basal dan lendir servik. Sedangkan metode kontrasepsi sederhana dengan alat yaitu kondom, diafragma, cup serviks dan spermisida (Handayani, 2010:78).

b. Metode Kontrasepsi Hormonal

Metode kontrasepsi hormonal pada dasarnya dibagi menjadi 2 yaitu kombinasi (mengandung hormon progesteron dan estrogen sintetik) dan yang hanya berisi progesteron saja. Kontrasepsi hormonal kombinasi terdapat pada pil dan suntikan/injeksi. Sedangkan kontrasepsi hormon yang berisi

progesteron terdapat pada pil, suntik dan *implant* (Handayani, 2010:99).

c. Metode Kontrasepsi dengan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR).

Metode kontrasepsi ini secara garis besar dibagi menjadi 2 yaitu AKDR yang mengandung hormon sintetik (*sintetik progesteron*) dan yang tidak mengandung hormon (Handayani, 2010:74). AKDR yang mengandung hormon *Progesterone* atau *Leuonorgestrel* yaitu *Progestasert* (Alza-T dengan daya kerja 1 tahun, LNG-20 mengandung *Leuonorgestrel* (Hartanto, 2008:69).

d. Metode Kontrasepsi Mantap

Metode kontrasepsi mantap terdiri dari 2 macam yaitu Metode Operatif Wanita (MOW) dan Metode Operatif Pria (MOP). MOW sering dikenal dengan *tubektomi* karena prinsip metode ini adalah memotong atau mengikat saluran *tuba/tuba falopii* sehingga mencegah pertemuan antara ovum dan sperma. Sedangkan MOP sering dikenal dengan nama *vasektomi*, *vasektomi* yaitu memotong atau mengikat saluran *vas deferens* sehingga cairan sperma tidak dapat keluar atau ejakulasi (Handayani, 2010:91).

1) Kontrasepsi Hormonal

Kontrasepsi hormonal merupakan salah satu metode kontrasepsi yang paling efektif dan reversibel untuk mencegah terjadinya konsepsi (Baziad, 2008). Kontrasepsi hormonal merupakan kontrasepsi dimana estrogen dan progesteron memberikan umpan balik terhadap kelenjar hipofisis melalui hipotalamus sehingga terjadi hambatan terhadap folikel dan proses ovulasi (Manuaba, 2010:339).

2) Mekanisme Kerja Kontrasepsi Hormonal

Hormon estrogen dan progesteron memberikan umpan balik, terhadap kelenjar hipofisis melalui hipotalamus sehingga terjadi hambatan terhadap perkembangan folikel dan proses ovulasi. Melalui hipotalamus dan hipofisis, estrogen dapat menghambat pengeluaran *Folicle Stimulating Hormone* (FSH) sehingga perkembangan dan kematangan *Folicle De Graaf* tidak terjadi. Di samping itu progesteron dapat menghambat pengeluaran *Hormone Luteinizing* (LH). Estrogen mempercepat peristaltik tuba sehingga hasil konsepsi mencapai uterus endometrium yang belum siap untuk menerima implantasi (Manuaba, 2010:342).

Selama siklus tanpa kehamilan, kadar estrogen dan progesteron bervariasi dari hari ke hari. Bila salah satu

hormon mencapai puncaknya, suatu mekanisme umpan balik (*feedback*) menyebabkan mula-mula hipotalamus kemudian kelenjar hypophyse mengirimkan isyarat-isyarat kepada ovarium untuk mengurangi sekresi dari hormon tersebut dan menambah sekresi dari hormon lainnya. Bila terjadi kehamilan, maka estrogen dan progesteron akan tetap dibuat bahkan dalam jumlah lebih banyak tetapi tanpa adanya puncak-puncak siklus, sehingga akan mencegah ovulasi selanjutnya. Estrogen bekerja secara primer untuk membantu pengaturan hormon *realising factors of* hipotalamus, membantu pertumbuhan dan pematangan dari ovum di dalam ovarium dan merangsang perkembangan endometrium. Progesteron bekerja secara primer menekan atau depresi dan melawan isyarat-isyarat dari hipotalamus dan mencegah pelepasan ovum yang terlalu dini atau prematur dari ovarium, serta juga merangsang perkembangan dari endometrium (Hartanto, 2009:349).

Adapun efek samping akibat kelebihan hormon estrogen, efek samping yang sering terjadi yaitu rasa mual, retensi cairan, sakit kepala, nyeri pada payudara, dan *fluor albus* atau keputihan. Rasa mual kadang-kadang disertai muntah, diare, dan rasa perut kembung. Retensi cairan

disebabkan oleh kurangnya pengeluaran air dan natrium, dan dapat meningkatkan berat badan. Sakit kepala disebabkan oleh retensi cairan. Kepada penderita pemberian garam perlu dikurangi dan dapat diberikan diuretik. Kadang-kadang efek samping demikian mengganggu akseptor, sehingga hendak menghentikan kontrasepsi hormonal tersebut. Dalam kondisi tersebut, akseptor dianjurkan untuk melanjutkan kontrasepsi hormonal dengan kandungan hormon estrogen yang lebih rendah. Selain efek samping kelebihan hormon estrogen, hormon progesteron juga memiliki efek samping jika dalam dosis yang berlebihan dapat menyebabkan perdarahan tidak teratur, bertambahnya nafsu makan disertai bertambahnya berat badan, *acne* (jerawat), *alopsia*, kadang-kadang payudara mengecil, *fluor albus* (keputihan), *hipomenorea*. *Fluor albus* yang kadang-kadang ditemukan pada kontrasepsi hormonal dengan progesteron dalam dosis tinggi, disebabkan oleh meningkatnya infeksi dengan *candida albicans* (Wiknjosastro, 2007:378).

Komponen estrogen menyebabkan mudah tersinggung, tegang, retensi air, dan garam, berat badan bertambah, menimbulkan nyeri kepala, perdarahan banyak

saat menstruasi, meningkatkan pengeluaran *leukorhea*, dan menimbulkan perlunakan serviks. Komponen progesteron menyebabkan payudara tegang, *acne* (jerawat), kulit dan rambut kering, menstruasi berkurang, kaki dan tangan sering kram (Manuaba, 2010:367).

3) Macam-Macam Kontrasepsi Hormonal

a) Kontrasepsi Pil

(1) Pengertian

Pil oral akan menggantikan produksi normal estrogen dan progesteron oleh ovarium. Pil oral akan menekan hormon ovarium selama siklus haid yang normal, sehingga juga menekan *releasing factors* di otak dan akhirnya mencegah ovulasi. Pemberian Pil Oral bukan hanya untuk mencegah ovulasi, tetapi juga menimbulkan gejala-gejala *pseudo pregnancy* (kehamilan palsu) seperti mual, muntah, payudara membesar, dan terasa nyeri (Hartanto, 2009).



Gambar 2.24

KB pil

Sumber: Handayani, 2010

(2) Efektivitas

Efektivitas pada penggunaan yang sempurna adalah 99,5- 99,9% dan 97% (Handayani, 2010).

(3) Jenis KB Pil menurut Sulistyawati (2013) yaitu:

(a) Monofasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen atau progesterin, dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif, jumlah dan porsi hormonnya konstan setiap hari.

(b) Bifasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen, progesterin, dengan dua dosis berbeda 7 tablet tanpa hormon aktif, dosis hormon bervariasi.

(c) Trifasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen atau progesterin, dengan tiga dosis yang berbeda 7 tablet tanpa hormon aktif, dosis hormon bervariasi setiap hari.

(4) Cara kerja KB Pil menurut Saifuddin (2010) yaitu:

- (a) Menekan ovulasi
- (b) Mencegah implantasi
- (c) Mengentalkan lendir serviks


(d) Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi ovum akan terganggu.

(5) Keuntungan KB Pil menurut Handayani (2010) yaitu:

- (a) Tidak mengganggu hubungan seksual
- (b) Siklus haid menjadi teratur (mencegah anemia)
- (c) Dapat digunakan sebagai metode jangka panjang
- (d) Dapat digunakan pada masa remaja hingga menopause
- (e) Mudah dihentikan setiap saat
- (f) Kesuburan cepat kembali setelah penggunaan pil dihentikan
- (g) Membantu mencegah: kehamilan ektopik, kanker ovarium, kanker endometrium, kista ovarium, *acne, disminorhea*.

(6) Keterbatasan KB Pil menurut Sinclair (2010) yaitu:

- (a) *Amenorhea*
- (b) Perdarahan haid yang berat
- (c) Perdarahan diantara siklus haid
- (d) Depresi
- (e) Kenaikan berat badan
- (f) Mual dan muntah
- (g) Perubahan libido

- 
- (h) *Hipertensi*
- (i) Jerawat
- (j) Nyeri tekan payudara
- (k) Pusing
- (l) Sakit kepala
- (m) Kesemutan dan *baal bilateral* ringan
- (n) Mencetuskan *moniliasis*
- (o) *Cloasma*
- (p) *Hirsutisme*
- (q) *leukorhea*
- (r) Pelumasan yang tidak mencukupi
- (s) Perubahan lemak
- (t) *Disminorea*
- (u) Kerusakan toleransi glukosa
- (v) *Hipertrofi* atau *ekropi serviks*
- (w) Perubahan visual
- (x) Infeksi pernafasan
- (y) Peningkatan *episode sistitis*
- (z) Perubahan *fibroid uterus*.

b) Kontrasepsi Suntik

(1) Efektivitas kontrasepsi Suntik.

Menurut Sulistyawati (2013), kedua jenis kontrasepsi suntik mempunyai efektivitas yang

tinggi, dengan 30% kehamilan per 100 perempuan per tahun, jika penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan. DMPA maupun NET EN sangat efektif sebagai metode kontrasepsi. Kurang dari 1 per 100 wanita akan mengalami kehamilan dalam 1 tahun pemakaian DMPA dan 2 per 100 wanita per tahun pemakaian NET EN (Hartanto, 2009).



Gambar 2.25
KB Suntik

Sumber: <http://www.google.co.id/search?q=kb/suntik>
(2) Jenis kontrasepsi Suntik

Menurut Sulistyawati (2013), terdapat dua jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin, yaitu :

- (a) Depo Mendroksi Progesteron (DMPA), mengandung 150 mg DMPA yang diberikan setiap tiga bulan dengan cara di suntik intramuscular (di daerah pantat).

(b) Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat), mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap dua bulan dengan cara di suntik intramuscular (di daerah pantat atau bokong).

(3) Cara kerja kontrasepsi Suntik menurut Sulistyawati (2013) yaitu:

- (a) Mencegah ovulasi
- (b) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma
- (c) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi
- (d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba fallopii.
- (e) Keuntungan kontrasepsi Suntik

Keuntungan pengguna KB suntik yaitu sangat efektif, pencegah kehamilan jangka panjang, tidak berpengaruh pada hubungan seksual, tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah, tidak mempengaruhi ASI, efek samping sangat kecil, klien tidak perlu menyimpan obat suntik, dapat

digunakan oleh perempuan usia lebih 35 tahun sampai perimenopause, membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik, menurunkan kejadian tumor jinak payudara, dan mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul (Sulistyawati, 2013).

(f) Keterbatasan

Adapun keterbatasan dari kontrasepsi Suntik menurut Sulistyawati (2013) yaitu:

1. Gangguan haid
2. *Leukorhea* atau Keputihan
3. *Galaktorea*
4. Jerawat
5. Rambut Rontok
6. Perubahan Berat Badan
7. Perubahan libido.

3) Kontrasepsi *Implant*

a) Profil kontrasepsi *Implant* menurut Saifuddin (2010) yaitu:

- (1) Efektif 5 tahun untuk norplant, 3 tahun untuk Jedena, Indoplant, atau Implanon
- (2) Nyaman

- (3) Dapat dipakai oleh semua ibu dalam usia reproduksi
- (4) Pemasangan dan pencabutan perlu pelatihan
- (5) Kesuburan segera kembali setelah implan dicabut
- (6) Efek samping utama berupa perdarahan tidak teratur, perdarahan bercak, dan amenorea
- (7) Aman dipakai pada masa laktasi.

b) Jenis kontrasepsi *Implant* menurut Saifuddin (2010) yaitu:

- (1) *Norplant*: terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, dengan diameter 2,4 mm, yang diisi dengan 3,6 mg *levonorgestrel* dan lama kerjanya 5 tahun.
- (2) *Implanon*: terdiri dari satu batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm, dan diameter 2 mm, yang diisi dengan 68 mg 3- Keto-desogestrel dan lama kerjanya 3 tahun.
- (3) *Jadena dan indoplant*: terdiri dari 2 batang yang diisi dengan 75mg. *Levonorgestrel* dengan lama kerja 3 tahun.



Gambar 2.26
KB Implan

Sumber: <http://www.google.co.id/search?q=kb/implan>

c) Cara kerja kontrasepsi *Implant* menurut Saifuddin

(2010) yaitu:

- (1) Lendir serviks menjadi kental
- (2) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi
- (3) Mengurangi transportasi sperma
- (4) Menekan ovulasi.

d) Keuntungan kontrasepsi *Implant* menurut Saifuddin

(2010) yaitu:

- (1) Daya guna tinggi
- (2) Perlindungan jangka panjang
- (3) Pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan
- (4) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
- (5) Tidak mengganggu dari kegiatan senggama
- (6) Tidak mengganggu ASI

- (7) Klien hanya kembali jika ada keluhan
- (8) Dapat dicabut sesuai dengan kebutuhan
- (9) Mengurangi nyeri haid Mengurangi jumlah darah haid
- (10) Mengurangi dan memperbaiki anemia
- (11) Melindungi terjadinya kanker endometrium
- (12) Melindungi angka kejadian kelainan jinak payudara
- (13) Melindungi diri dari beberapa penyebab penyakit radang panggul
- (14) Menurunkan kejadian *endometriosis*.

e) Keterbatasan kontrasepsi *Implant* menurut Saifuddin (2010) yaitu:

Pada kebanyakan pasien dapat menyebabkan perubahan pola haid berupa perdarahan bercak (*spotting*), *hipermenorea* atau meningkatnya jumlah darah haid, serta *amenorhea*.

4) Kondom

a) Menurut Biran Affandi (2012:MK-17) kondom merupakan selubung/sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat hubungan seksual. kondom

terbuat dari karet sintetis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu. Berbagai bahan telah ditambahkan pada kondom baik untuk meningkatkan efektivitasnya (misalnya penambahan spermisida) maupun sebagai aksesoris aktivitas seksual.



Gambar 2.27
Kondom
Sumber :Manuaba, 2009:595

Macam-macam kondom:

- (1) Kondom biasa.
- (2) Kondom berkontur (bergerigi).
- (3) Kondom beraroma.
- (4) Kondom tidak beraroma.

b) Cara kerja:

Menurut Biran Affandi (2012:MK-18) cara kerja kondom adalah sebagai berikut :

(1) Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma diujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan.

(2) Mencegah penularan mikroorganisme (IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan yang lain (khusus kondom yang terbuat dari lateks dan vinil).

c) Keuntungan :

Murah, mudah didapatkan, tidak memerlukan pengawasan medis, berfungsi ganda, dan dipakai oleh kalangan yang berpendidikan.

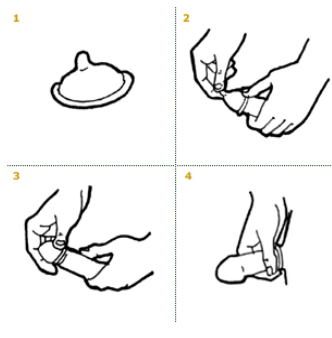
d) Kerugian :

Kenikmatan terganggu, mungkin alergi terhadap karet atau jelinya yang mengandung spermidis, dan sulit dipasarkan kepada masyarakat dengan pendidikan rendah. Kondom yang dipakai bersamaan dengan pantang berkala mempunyai keefektivitas yang makin meningkat.

e) Petunjuk pemakaian :

Bila kondom tidak ada ujung penampung, sisakan 1-2 cm ujung kondom untuk penampung ejakulat. Cabut

penis sebelum ereksi hilang, pegang gelang kondom (bagian pangkal) agar sperma tidak tumpah. Jangan gunakan pelumas (minyak sayur, baby oil dll).



Gambar 2.28
cara pemakain kondom
Sumber : Manuaba, 2010:595

5) Kontrasepsi mantap

1) Tubektomi

Tubektomi adalah prosedur bedah sukarela untuk menghentikan fertilitas (kesuburan) seorang perempuan. Jenis Minilaparotomi dan Laparoskopis

(1) Mekanisme kerja :

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

(2) Keuntungan Non kontrasepsi :

Berkurangnya resiko kanker ovarium.

(3) Keterbatasan :

- (a) Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini (tidak dapat dipulihkan kembali), kecuali dengan operasi rekanalisis.
- (b) Klien dapat menyesal dikemudian hari.
- (c) Resiko komplikasi kecil (meningkat apabila digunakan anastesi umum).
- (d) Rasa sakit/ketidak nyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan.
- (e) Dilakukan oleh dokter yang terlatih (dibutuhkan dokter spesialis ginekologi atau dokter spesialis bedah untuk proses laparoskopi).
- (f) Tidak melindungi diri dari IMS, termasuk HBV dan HIV/AIDS.

(4) Yang dapat menjalani tubektomi

- (a) Usia > 26 tahun
- (b) Paritas > 2
- (c) Yakin telah mempunyai keluarga besar yang sesuai dengan kehendaknya.
- (d) Pada kehamilannya akan menimbulkan resiko kesehatan yang serius.

- (e) Pascapersalinan.
- (f) Pascakeguguran.
- (g) Paham dan sukarela setuju dengan prosedur ini.

(5) Yang sebaiknya tidak menjalani tubektomi.

- (a) Hamil (sudah terdeteksi tau dicurigai).
- (b) Perdarahan vaginal yang belum terjelaskan (hingga harus dievaluasi).
- (c) Infeksi sistemik atau pelvic yang akut (hingga masalah itu disembuhkan atau dikontrol).
- (d) Tidak boleh menjalani proses pembedahan.
- (e) Kurang pasti mengenai keinginannya untuk fertilitas di masa depan.
- (f) Belum memberikan persetujuan tertulis.

(6) Waktu dilakukan tubektomi

- (a) Satiap waktu selama siklus menstruasi apabila diyakini secara rasional klien tersebut tidak hamil.
- (b) Hari ke-6 hingga ke-13 dari siklus menstruasi (fase proliferasi)
- (c) Pascapersalinan

(7) Pascakeguguran

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

(b) Triwulan kedua: dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvic (minilap saja) (Saifuddin, 2006 8-84).

2) Vasektomi

Vasektomi adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vasa deferensia (saluran sperma) sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi (penyatuan dengan ovum) tidak terjadi (Saifuddin, Abdul Bari, 2009:85-86).



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, 2009: 104).

j) Lama menikah

Batas ideal untuk hamil adalah setelah 2 tahun menikah, disebut primigravida tua jika hamil setelah 5 tahun menikah (Manuaba, 2007: 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, 2007: 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 (2007: 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, 2007: 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, 2008: 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 dikonsulkan 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, pertambahan 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 $\frac{1}{3}$ 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 O_2 dan CO_2 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, 2009:806).

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, 2009: 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, 2009: 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, 2009: 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, 2009: 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, 2007:113). 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 38°C, 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 (2009: 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 yodium, dan temu wicara / konseling.

Quickening (gerakan janin pertama) mulai umur hamil 16 minggu (Manuaba, 2007:180). 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:

Tabel 2.9
Pemberian vaksin TT untuk ibu hamil yang belum pernah
imunisasi (DPT/TT/Td)

Pemberian	Selang Waktu Minimal
TT1	Saat kunjungan pertama (sedini mungkin pada kehamilan)
TT2	4 minggu setelah TT1 (pada kehamilan)
TT3	6 bulan setelah TT2 (pada kehamilan, jika selang waktu minimal terpenuhi).
TT4	1 tahun setelah TT3
TT5	1 tahun setelah TT4

(Sumber: Kemenkes RI, 2013:29)

Menurut Kemenkes RI (2013: 30) dosis booster mungkin diperlukan pada ibu yang sudah pernah diimunisasi. Pemberian dosis booster 0,5 ml IM disesuaikan dengan jumlah vaksinasi yang pernah diterima sebelumnya seperti pada tabel 2.10.

Tabel 2.10
Pemberian vaksin tetanus untuk ibu yang pernah diimunisasi
(DPT/TT/Td)

Pernah	Pemberian Dan Selang Waktu Minimal
1 kali	TT2, 4 minggu setelah TT1 (pada kehamilan)
2 kali	TT3, 6 bulan setelah TT2 (pada kehamilan, jika selang waktu minimal terpenuhi)
3 kali	TT4, 1 tahun setelah TT1
4 kali	TT5, 1 tahun setelah TT4
5 kali	Tidak perlu lagi

(Sumber: Kemenkes RI, 2013:30)

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 FeSO_4 320 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, 2007:554).

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, 2009: 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, 2007:94). 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 megalobastik. Asam folat bisa didapatkan dari sereal yang diperkaya, sayuran berdaun hijau, roti dan biji-bijian yang diperkaya, makanan yang difortifikasi (Varney, 2007:98-99). 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 diforifikasi, 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, 2007: 98). Kebutuhan nutrisi sehari-hari pada ibu hamil dapat dilihat pada tabel

2.11:

Tabel 2.11
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 2.12
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 mangkuk dan buah 1 potong sedang
Sayuran	3 mangkuk	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 *carries* 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 siang

kurang 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 (2009:15) menambahkan kokain sangat berbahaya bagi pertumbuhan janin. Hal ini dihubungkan dengan aborsi spontan, kelahiran premature, retardasi pertumbuhan intra uteri, dan *abruptio plasenta*.

g. Latar belakang sosial budaya

Menurut Saifuddin (2009:98), 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, 2009: 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 sringing 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 eklamsia (Romauli, 2011: 174).

d) Mulut

Gusi akan menjadi lebih hiperemis dan lunak sehingga dengan trauma sedang saja bisa

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, 2007: 162). Pembesaran pada tiroid menunjukkan adanya penyakit hipotiroid dan hipertiroid dapat menimbulkan masalah pada ibu dan bayi. Wanita hipertiroid berisiko mengalami preeklamsia 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, 2007: 283). Terjadi sesak nafas karena pembesaran uterus sehingga terjadi penekanan diafragma (Varney, 2007: 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 peyakinan dan pembimbingan. Adanya massa yang ditemukan harus dicatat untuk tindakan lanjut pasca salin segera (Walsh, 2007: 283).

h) Abdomen

Menurut Varney (2007: 527) adalah luka akibat seksio sesaria sebelumnya sangat penting untuk mengetahui apakah wanita tersebut pernah menjalani apendiktomi 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 akuminta 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 (Wiknjosastro, 2009:274-278).

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, (2007: 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, 2007:283). 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, 2009:79). 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:

$$\text{usia kehamilan} = \frac{\text{tinggi fundus uteri (cm)}}{3,5 \text{ cm}}$$

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 2.13

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. Usia kehamilan berdasarkan TFU dalam Leopold 1 pada trimester III dapat dicermati pada tabel 2.14

Tabel 2.14

Usia kehamilan berdasarkan TFU dalam Leopold 1

TFU	USIA KEHAMILAN
3 jari di atas pusat	28 minggu
Pertengahan px dan pusat	32 minggu
Setinggi px atau 2-3 jari di bawah px	36 minggu
Pertengahan px dan pusat	40 minggu

(Sumber: Jannah, 2012: 84)

(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 kedalam 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 Wiknjastro (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.

Tabel 2.15

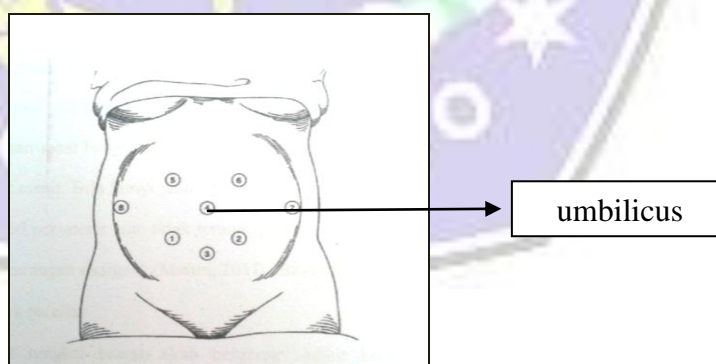
Penurunan Kepala Janin Menurut Sistem Perlimaann

Periksa Luar	Periksa Dalam	Keterangan
		Kepala diatas PAP, mudah digerakkan
	H I-II	Sulit digerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
	H II-III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
	H III+	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
	H III-IV	Kepala didasar panggul
	H IV	Di perineum

Sumber : Marmi, 2011

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 O_2 (Wirakusumah, 2014: 97).



Gambar 2.29
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 memungkinkan 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

persalinaan 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) *Conjungata 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 iskhidika 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 besa Rasional: tidak teraba 2 bagian besar yang berdampingan, tidak teraba banyak bagian kecil janin, terdengn 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 $G_{1/}>1P_{APIAH}$, 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:

$G_{1/}>1P_{APIAH}$, 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 (2007:540) adalah:

a) Jelaskan penyebab dari edema dependen

Rasional: Ibu mengerti penyebab edema dependen yaitu karena tekanan pembesaran uterus pada vene *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 (36-37,5°C)

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 (2007: 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, 2007: 501).

- b) Anjurkan ibu minum hangat (misal: air putih, teh) pada pagi hari.

Rasional: Air hangat dapat menstimulasi peristaltis (Varney, 2007: 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, 2007: 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, (2007:541)

a) Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi 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 ketidakseimbangan 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, (2007: 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 Gegor, 2007: 238-539).

3) Intervensi

Intervensi menurut Varney, Kriebs dan Gegor (2007: 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, (2007: 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/ 2007).

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 (Wiknjosastro, 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 persalinaan dengan ekstraksi vakum. Penyakit jantung kelas III dan IV tidak boleh hamil, karena bahaya terlampau besar. Persalinaan dilakukan dengan SC.

b) Pneumonia

Pneumonia yang terjadi saat persalinaan perlu pertolongan yang tepat dengan mempercepat persalinaan kala II. Keadaan ini sering dijumpai pada persalinaan terlantar sehingga membahayakan jiwa janin maupun ibunya. Dalam menghadapi keadaan penyakit pneumonia pada saat persalinaan, 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% (Wiknjosastro, 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* (Wiknjosastro, 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 (Wiknjosastro, 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 (Fraser 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 (Wiknjosastro, 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 kelelehannya 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 pola

makan 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 Gegor, 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 (Wiknjastro, 2008: 46).

5) Anus

Perineum mulai menonjol dan anus mulai membuka. Tanda ini akan tampak bila betul-betul kepala sudah di dasar pangul 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 (Wiknjastro, 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 (Wiknjastro, 2008: 79). Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (Wiknjastro, 2008: 99). Persalinan kala empat dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu (Wiknjastro, 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 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 forniks *posterior* atau cairan jernih mengalir dari kanalis servisis. 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 (perlimaanan).

Tabel 2.16

Penurunan kepala janin melalui sistem persalinan

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

(Sumber: Marmi, 2011:120)

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 \geq 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 :

$G_{1/>1}P_{APIAH}$, 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 :

$G_{...}P_{APIAH}$, 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 $36-37,5^{\circ}\text{C}$, 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 ≥ 40 detik (Wiknjastro, 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 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).

- 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 (Wiknjosastro, 2008:55).

- 6) Anjurkan ibu untuk berkemih sesering mungkin dan memastikan kandung kemih tetap kosong .

Rasional: Kandung kemih yang penuh mengganggu penurunan kepala (Wiknjosastro, 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 (Wiknjosastro, 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 obat-obatan 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

dari setiap cairan atau rabas yang mungkin atau patogen yang menular melalui darah (Varney, 2008: 1117).

- 6) Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang bersarung tangan DTT) dan steril (pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik) (Wiknjosastro, 2008:80).

Rasional: Semua perlengkapan dan bahan-bahan dalam partus set harus dalam keadaan desinfeksi tingkat tinggi (DTT) atau steril (Wiknjosastro, 2008: 80).

- 7) Bersihkan vulva dan perineum, seka dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang dibasahi air DTT (Wiknjosastro, 2008:82).

Rasional: Pencegahan infeksi pada persalinan kala II diantaranya melakukan pembersihan vulva dan perineum menggunakan air DTT (Wiknjosastro, 2008: 82).

- 8) Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap (Wiknjosastro, 2008:83).

Rasional: Pemeriksaan dalam digunakan untuk menilai pembukaan dan penipisan serviks,

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 (Wiknjastro, 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 (Wiknjastro, 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 (Wiknjastro, 2008:56).

- 10) Periksa DJJ setelah kontraksi/saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120–160 x/menit) (Wiknjastro, 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 terpilin 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 menyusu 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 pascalin dan setiap 30 menit selama jam kedua pascalin (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 tindakan-tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua cemaran darah, cairan tubuh atau benda asing dari kulit atau instrumen/peralatan (Wiknjastro, 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 (Wiknjastro, 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 I

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 memblok impuls nyeri dalam korteks cerebral 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.

Intervensi adalah:

- 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: Keletihan 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 36,5-37,5°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 *sukseedaneum* 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 Wiknjosastro (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 memperlancar 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 meminimalisir 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: Memberikan 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 uteroplasenter 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 megap-megap, lakukan resusitasi.
- c) Jika bayi bernapas normal, lakukan asuhan pasca resusitasi.

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 periksa 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-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 perukaan 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 2.17

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 kkal
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 kkal
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	2 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 besar maka 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

Wiknjosastro (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 *grefing* 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 38°C . Bila terjadi peningkatan melebihi 38°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 diatas simpisis pubis yang memanjang ke arah umbilikus.

b) Pemeriksaan uterus

Mencatat lokasi, ukuran, dan konsistensi. Penentuan lokasi uterus dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilikus dan apakah fundus berada pada garis tengah abdomen atau bergeser ke salah satu lokasi dan ukuran saling tumpang tindih, karena ukuran ditentukan bukan hanya melalui palpasi, tetapi juga dengan mengukur tinggi fundus uteri. Konsistensi uterus memiliki ciri keras dan lunak.

c) Evaluasi tonus otot abdomen dengan memeriksa derajat 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 kontraksi 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 (Wiknjosastro, 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, 2007: 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 pembagi mewakili 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 di area sudut CVA merupakan indikasi penyakit ginjal.

5) Genetalia dan Anus

Pemeriksaan tipe, kuantitas, dan bau lochia, 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 taraumatis 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 temporalis 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 tromboflebitis dan edema yang disebabkan karena tidak lancarnya peredaran darah saat 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 dilakukan dengan menggunakan alat *Sahli*. Hasil pemeriksaan Hb dengan *Sahli* dapat digolongkan sebagai berikut: Tidak anemia jika Hb ≥ 11 g%, anemia ringan jika Hb 9 - <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

P_{APIAH}, 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

P_{APIAH}, 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 2.18
Tahap peralihan ASI

Jenis	Ciri-ciri	Disekresi Hari ke-
Colostrum	Warna kuning, lebih banyak mengandung protein, mineral, rendah karbohidrat 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 kekuning-kuningan, 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 2.19
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 penyulit-penyulit 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 mengonsumsi 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 2.20

Kebutuhan Dasar Cairan dan Kalori Pada Neonatus

Hari kelahiran	Cairan/Kg/hari	Kalori/kg/hari
Hari ke-1	60 ml	40 kal
Hari ke-2	70 ml	50 kal
Hari ke-3	80 ml	60 kal
Hari ke-4	90 ml	70 kal
Hari ke-5	100 ml	80 kal
Hari ke-6	110 ml	90 kal
Hari ke-7	120 ml	100 kal
Hari ke- >10	150-200 ml	>120 kal

(Sumber: Saifuddin, 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, 2007: 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, 2007: 377–378). Perawatan tali pusat ialah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. Cuci 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, 2007: 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 di atas 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, 2007: 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 2.21

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-tidaknya 160 gram perminggu (setidaknya 15 gram perhari).
1 bulan	Naik setidaknya-tidaknya 300 gram dalam bulan pertama
Bila penimbangan dilakukan setiap hari dengan alat	
Minggu pertama	Tidak ada penurunan berat badan atau kurang dari 10%
Setelah minggu pertama	Setiap hari terjadi kenaikan pada bayi kecil setidaknya-tidaknya 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, bidan 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, lingkaran dada 30–38 cm (Marmi, 2012:8). Untuk

nilai normal berat badan, panjang dan lingkaran kepala

bayi dapat dilihat pada tabel 2.22.

Tabel 2.22

Mean Berat Badan, Panjang, dan Lingkaran Kepala Bayi Cukup Bulan

Usia gestasi (minggu)	Berat (gram)	Panjang (cm)	Lingkaran 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 succedanium* tidak ada,

cephalhematom 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 ada kelainan 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 terdapt 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, 2007: 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) Refleks 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) Refleks 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) Refleks 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) Refleks 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) Refleks *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) Refleks *morro*

Didapat dengan cara memberikan isyarat kepada bayi, dengan satu teriakan kencang atau gerakan yang mendadak. Respons bayi baru lahir berupa menghentakkan 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, memebentuk huruf C, dan bayi mungkin menangis (Ladewig, 2009: 174).

7) Refleks 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 . Refleks 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 refleks gerakan menelan benda-benda yang didekatkan ke mulut, memungkinkan bayi memasukkan makanan ada secara permainan tapi berubah sesuai pengalaman

- 10) Breathing Reflex Refleks gerakan seperti menghirup dan menghembuskan nafas secara berulang-ulang – fungsi : menyediakan O₂ dan membuang CO₂ – permanen dalam kehidupan
- 11) Eyeblink Reflex Refleks 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 Refleks gerakan menyempitkan pupil mata terhadap cahaya terang, membesarkan pupil mata terhadap lingkungan gelap. – fungsi : melindungi dari cahaya terang, menyesuaikan terhadap suasana gelap.
- 13) Refleks tonic Labyrinthine / labirin Pada posisi telentang, refleks ini dapat diamati dengan menggangkattungkai bayi beberapa saat lalu dilepaskan. Tungkai yang diangkat akanbertahan sesaat, kemudian jatuh. Hilang pada usia 6 bulan.
- 14) Refleks merangkak (crawling) Jika ibu atau seseorang menelungkupkan bayi baru lahir, iamembentuk posisi



merangkak karena saat di dalam rahim kakinya tertekuk ke arah tubuhnya.

15) Refleks 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 refleks berjalan, yaitu gerakan kaki seperti melangkah ke depan. Jika tulang keringnya menyentuh sesuatu, ia akan mengangkat kakinya seperti akan melangkah ke benda tersebut. Refleks berjalan ini akan hilang dan berbedadengan gerakan berjalan normal, yang ia kuasai beberapa bulan berikutnya. Menurun setelah 1 minggu dan akan lenyap sekitar 2 bulan.

16) Refleks yawning, Yakni refleks seperti menjerit kalau ia merasa lapar, biasanya kemudian disertai dengan tangisan. 13. Reflek Plantar Reflek ini juga disebut reflek plantar grasp, muncul sejak lahir dan berlangsung hingga sekitar satu tahun kelahiran. Reflek plantar ini dapat diperiksa dengan menggosokkan sesuatu di telapak kakinya, maka jari-jarinya akan melekat secara erat.

17) Reflek Swimming Reflek ini ditunjukkan pada saat bayi diletakkan di kolam yang berisi air, ia akan mulai



mengayuh dan menendang seperti gerakan berenang. Reflek ini akan menghilang pada usia empat sampai enam bulan. Reflek 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, 2009: 180-199), *oral thrush*, infeksi tali pusat (Marmi, 2012: 211). Prognosa baik.

4. Penatalaksanaan

a. Diagnosa

Neonatus usia 0–28 hari, jenis kelamin laki-laki/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 (2007: 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 defeksi 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, 2008: 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 (2008: 144) adalah tidak dapat menyusu, 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, 2007: 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, 2009: 292-293).

- 5) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusu kurang baik (Marmi, 2012: 88).

Rasional: Suhu bayi normal ($36,5^{\circ}\text{C}$ – $37,5^{\circ}\text{C}$) (Varney, 2008: 897).

- 6) Mandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir (Wiknjastro, 2008: 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 (2009: 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 (2009: 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 $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$ (Varney, 2008: 897).
- b) Tidak ada tanda-tanda hipotermi, seperti bayi tidak mau menetek, tampak lesu, tubuh terasa dingin, denyut jantung bayi menurun, kulit tubuh bayi mengeras/sklerema (Saifuddin, 2009: 373).

Intervensi menurut Ladewig (2009: 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, 2009: 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 $\leq 12,9$ 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, inkompatibilitas ABO, penggunaan aspirin pada ibu, sulfonamida, atau obat-obatan antimikroba,

dan cairan amnion berwarna kuning (indikasi penyakit hemolitik tertentu) merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat.

b) Mengkaji tanda dan gejala klinis ikterik.

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 keluarnya mekonium meningkatkan reabsorpsi bilirubin. Jika kebutuhan nutrisi terpenuhi, akan memudahkan keluarnya mekonium (Varney, 2007: 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, 2009: 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, mengering 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 (2009: 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, 2009: 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, 2010: 208).

3) Istirahat/tidur

Ibu yang sering mengalami gangguan tidur, mual, pusing, sakit kepala tidak dapat menggunakan KB suntik kombinasi (Saifuddin, 2009: 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, 2009: 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, 2010: MK-51). Ibu dengan gejala bisping mengi (*wheezing*), batuk produktif pada malam hari, napas dada

tertekan mengarah penyakit asma tidak dapat menggunakan KB hormonal (Saifuddin, 2009: 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, 2009: MK-10).

c. Keadaan psikologis

1) Beberapa klien malu untuk membeli kondom di tempat umum (Saifuddin, 2009: MK-19).

2) Sifat khas kontrasepsi hormonal dengan komponen estrogen menyebabkan pemakainya mudah tersinggung dan tegang (Manuaba, 2009: 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, 2010: 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, 2010: MK-43).

b. Suhu

Demam tinggi lebih dari $37,5^{\circ}\text{C}$ kemungkinan terdapat tanda infeksi seperti infeksi pada panggul atau infeksi pada saluran kemih tidak dapat menggunakan KB IUD (Hartanto, 2010: 208).

c. Nadi

Nadi diatas $100\text{x}/\text{menit}$ dicurigai mengalami penyakit jantung. Ibu dapat menggunakan kontrasepsi *non hormonal*. Menurut Saifuddin (2010: MK-51)

d. *Respirasi Rate*

Ibu dengan RR $>24\text{x}/\text{menit}$ kemungkinan dengan penyakit asma sehingga pada dasarnya penderita asma bisa menggunakan semua jenis KB (Saifuddin, 2009).

2) Pemeriksaan antropometri

Berat badan: Umumnya pertambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1-5 kg dalam tahun pertama. Penyebab pertambahan berat badan tidak jelas, mungkin terjadi karena bertambahnya lemak tubuh (Hartanto, 2009: 171). Permasalahan berat badan merupakan efek samping penggunaan kontrasepsi hormonal, terjadi peningkatan atau penurunan berat badan (Saifuddin, 2009: MK-42, MK-50). Wanita dengan Indeks Masa Tubuh (IMT) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ merupakan batas maksimal dalam penggunaan kontrasepsi hormonal (Saifuddin, 2009: 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, 2009: MK-50). Timbul jerawat pada penggunaan kontrasepsi progestin (Saifuddin, 2009: 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, 2009: 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, 2010).

3) Payudara

Terdapat benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan KB hormonal (Saifuddin, 2009: 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, 2009: 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, 2009: MK-75).

6) Ekstremitas

Ibu dengan varises di tungkai, ekstremitas bawah tidak simetris tidak dapat menggunakan AKDR kemungkinan terdapat kelainan rahim (Saifuddin, 2009: MK-77).

3. Assessment

Bidan menganalisa data yang di peroleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

P_{APIAH} 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 : P_{APIAH} 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 (2010: 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 (2009: 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 Siswihanto (2009: 11) adalah:

- (1) Berikan kontrasepsi suntikan progestin pada klien.
- (2) Jelaskan pada klien tentang efek samping kontrasepsi suntikan progestin dan penanganannya. Menurut Saifuddin

(2009: 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 Siswishanto (2009: 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 (2009: 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 Siswishanto (2009: 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 (2009: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 µg 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 (2009: 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 (2009: 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 membolehkan klien pulang.

Rasional: observasi apakah terjadi perdarahan yang disebabkan oleh perforasi.

f. Tubektomi

Konseling tubektomi menurut Siswihanto (2009: 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 tubektomi.

- 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.

