

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini diuraikan mengenai konsep dasar dan asuhan kebidanan pada ibu dalam masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana.

2.1 KONSEP DASAR ASUHAN KEBIDANAN

2.1.1 KONSEP DASAR KEHAMILAN

1. Definisi Kehamilan

Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intra uteri mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan (Manuaba, 2010:80)

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai masa lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari(40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari haid pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan pertama dimulai dari hasil konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dimulai dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (Saifuddin, 2008:89)

2. Tanda dan Gejala Kehamilan

Tanda-tanda kehamilan menurut Hani dkk (2010:72-75), yaitu :

a. Tanda tidak pasti kehamilan

Tanda tidak pasti kehamilan terdiri dari :

- 1) *Amenorea* (berhentinya menstruasi)
- 2) Mual (*nausea*) dan muntah (*emesis*)
- 3) Ngidam (menginginkan makanan tertentu)
- 4) *Syncope* (pingsan)
- 5) Payudara tegang
- 6) Sering miksi
- 7) Konstipasi atau obstipasi.

b. Tanda kemungkinan kehamilan

Tanda kemungkinan kehamilan antara lain:

- 1) Pembesaran perut
- 2) Tanda *Hegar* (pelunakan perlunakan pada istmus uteri)
- 3) Tanda *Goodle* (pelunakan serviks)
- 4) Tanda *Chadwicks* (perubahan menjadi keunguan pada vulva dan mukosa vagina termasuk juga porsio dan serviks)
- 5) Tanda *Piscaseck* (merupakan pembesaran uterus yang simetris)
- 6) Kontraksi *Braxton Hicks* (merupakan peregangan sel-sel otot uterus)

- 7) Teraba ballotement
 - 8) Pemeriksaan tes biologis kehamilan positif
- c. Tanda pasti kehamilan
- 1) Terasa gerakan janin dalam rahim
 - 2) Terdengar denyut jantung janin
 - 3) Teraba bagian-bagian janin dan pada pemeriksaan USG terlihat bagian janin
 - 4) Kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgen.

3. Proses Kehamilan

a. Pembuahan

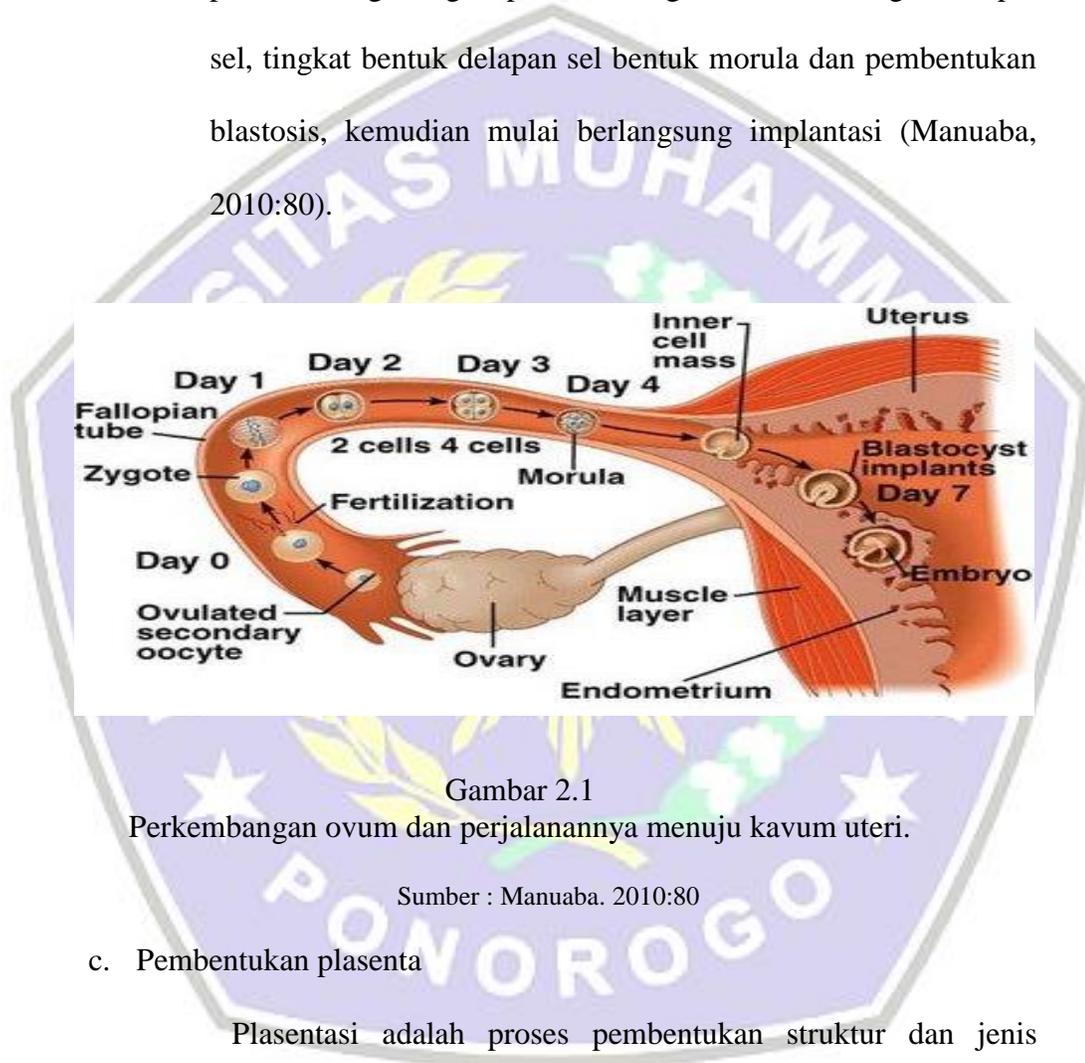
Fertilisasi (pembuahan) adalah penyatuan ovum (oosit sekunder) dan spermatozoa yang biasanya berlangsung di ampulla tuba. Fertilisasi meliputi penetrasi spermatozoa ke dalam ovum, fusi spermatozoa dan ovum, diakhiri dengan fusi materi genetik. Hanya satu spermatozoa yang telah mengalami proses kapasitasi mampu melakukan penetrasi membran sel ovum. Untuk mencapai ovum, spermatozoa harus melewati koronaradiatal (lapisan sel diluar ovum) dan zona pelusida (suatu bentuk glikoprotein ekstraseluler), yaitu dua lapisan yang menutupi dan mencegah ovum mengalami fertilisasi lebih dari satu spermatozoa.

Dalam beberapa jam setelah pembuahan terjadi, mulailah pembelahan zigot. Hal ini dapat berlangsung oleh karena sitoplasma ovum mengandung banyak asam amino dan enzim. Hasil konsepsi disalurkan terus ke pars isthmica dan pars interstitialis tuba (bagian-bagian tuba yang sempit) dan terus disalurkan ke arah kavum uteri oleh arus serta getaran silia pada permukaan sel-sel tuba dan kontraksi tuba. (Saifuddin, 2011:141)

b. Nidasi

Bersamaan dengan pembelahan inti, hasil konsepsi terus berjalan menuju uterus. Hasil pembelahan sel memenuhi seluruh ruangan dalam ovum yang disebut stadium morula. Pembelahan berjalan terus dan didalam 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 ke-7 setelah konsepsi. (Manuaba, 2012:82)

Perkembangan ovum dan perjalanannya menuju kavum uteri melalui tuba falopii digambarkan secara sistematis. Ovum yang belum terpecah, fertilisasi, pembentukan pranukleus, pemecahan gabungan pertama, tingkat dua sel, tingkat empat sel, tingkat bentuk delapan sel bentuk morula dan pembentukan blastosis, kemudian mulai berlangsung implantasi (Manuaba, 2010:80).



Gambar 2.1
Perkembangan ovum dan perjalanannya menuju kavum uteri.

Sumber : Manuaba. 2010:80

c. Pembentukan plasenta

Plasentasi adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta. Pada manusia plasentasi terjadi 12-18 minggu setelah fertilisasi. Tiga minggu pasca dimulai pembentukan vili korealis. Vili korealis ini akan bertumbuh menjadi suatu massa jaringan yaitu

plasenta (Saifuddin, 2009:145-146). Vili korealis menghancurkan desidua sampai pembuluh darah, mulai konsepsi sehingga sejak saat itu embrio mendapat tambahan nutrisi dari darah ibu secara langsung. Selanjutnya vili korealis menghancurkan pembuluh darah arteri sehingga terjadilah aliran darah pertama reptroplasenter pada hari ke-14 sampai hari ke-15 setelah konsepsi. Bagian desidua yang tidak dihancurkan membagi plasenta menjadi sekitar 15-20 kotiledon maternal. Pada janin plasenta akan dibagi menjadi 200 kotiledon fetus (Manuaba, 2012:82-85).

Pada blastula, penyebaran sel trofoblas yang tumbuh tidak rata, sehingga bagian dari blastula dengan inner cell mass akan tertanam kedalam endometrium. Sel trofoblas menghancurkan endometrium sampai terjadi pembentukan plasenta yang berasal dari vili korealis. (Manuaba, 2010:82).

d. Perkembangan janin

Embrio akan berkembang sejak usia 3 minggu hasil konsepsi. Secara klinik pada usia gestasi 4 minggu dengan USG akan tampak sebagai kantong gestasi berdiameter 1 cm, tetapi embrio belum tampak. Pada minggu ke-6 dari haid terakhir-usia konsepsi 4 minggu, embrio berukuran 5 mm, kantong gestasi berukuran 2-3 cm. pada saat itu akan tampak denyut jantung secara USG. Pada akhir minggu ke-8

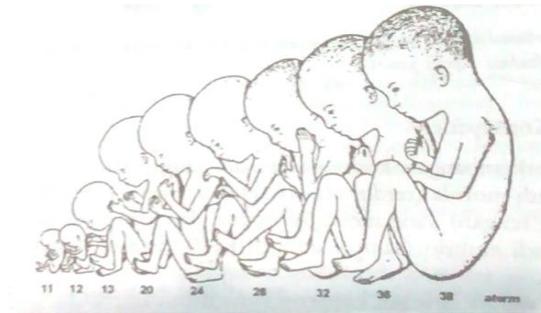
usia gestasi 6 minggu usia embrio berukuran 22-24 mm, dimana akan tampak kepala yang relatif besar dan tonjolan jari.

Tabel 2.1

Perkembangan Fungsi Organ Janin

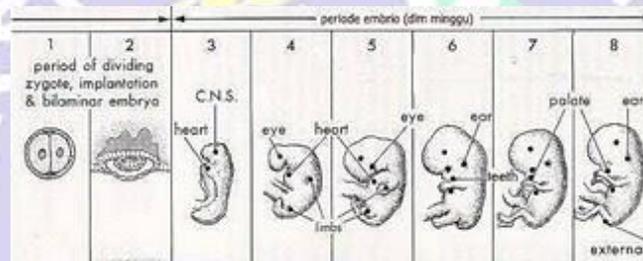
Usia Gestasi	Organ
6	Pembentukan Hidung, dagu, palatum, dan tonjolan paru. Jari-jari telah terbentuk, namun masih tergeggam. Jantung telah terbentuk penuh.
7	Mata tampak pada muka. Pembentukan alis dan lidah.
8	Mirip bentuk manusia, mulai pembentukan genitalia eksterna. Sirkulasi melalui tali pusat dimulai. 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 meconium (feases) dalam usus. Jantung berdenyut 120-150 kali per menit.
17-24	Komponen mata terbentuk penuh, juga sidik jari. Seluruh tubuh diliputi oleh verniks kaseosa (lemak). Janin memiliki reflex.
25-28	Saat ini disebut permulaan trimester ke-3, dimana terdapat 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 napas telah regular, suhu relative 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, dimana bayi akan meliputi seluruh uterus. Air ketuban mulai berkurang, tetapi masih dalam batas normal.

Sumber : Saifuddin, 2011: 157-159



Gambar 2.2
Perkembangan janin usia 11 minggu sampai 28 minggu

Sumber: Saifuddin. 2011:159



Gambar 2.3
Perkembangan janin usia 1-8 minggu

Sumber : Varney et al, 2008:502



Gambar 2.4
Perkembangan janin usia 9-38 minggu

Sumber : Varney et al, 2008:502

4. Perubahan Fisiologis Masa Kehamilan

a. Perubahan pada sistem reproduksi

1) Vagina dan vulva

Hormon estrogen memengaruhi 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 patogen (Kumalasari, 2015:3).

2) Serviks

Perubahan serviks merupakan akibat pengaruh hormon estrogen sehingga menyebabkan massa dan kandungan air meningkat. Peningkatan vaskularisasi dan edema, hiperplasia

dan hipertrofi kelenjar serviks menyebabkan serviks menjadi lunak (*tanda Goodell*) serta serviks berwarna kebiruan tanda *Chadwick*. Akibat pelunakan ismus maka terjadi antefleksi uterus berlebihan pada tiga bulan pertama kehamilan (Kumalasari, 2015:3).

3) Uterus

Uterus mengalami pembesaran akibat peningkatan vaskularisasi dan dilatasi pembuluh darah, hyperplasia (produksi serabut otot dan jaringan fibroelastis yang baru) dan hipertrofi (pembesaran serabut otot dan fibroelastis yang sudah lama), perkembangan desidua (Marmi,2011:79). Uterus bertambah berat sekitar 70-1100 gram selama kehamilan. Ukuran uterus mencapai umur kehamilan aterm adalah 30x25x20 cm dengan kapasitas >4000 cc. Perubahan bentuk dan posisi uterus antara lain, bulan pertama uterus berbentuk seperti alpukat, empat bulan berbentuk bulat, akhir kehamilan berbentuk bujur telur. Rahim yang tidak hamil/rahim normal sebesar telur ayam, pada umur dua bulan kehamilan sebesar telur bebek dan umur kehamilan tiga bulan sebesar telur angsa (Kumalasari, 2015:4).

4) Ovarium

Dengan terjadinya kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia 16 minggu. Kejadian ini tidak dapat lepas dari kemampuan vili korealis yang mengeluarkan hormone corionik gonadotropin yang mirip dengan hormone luteotropik hipofisis anterior (Manuaba, 2010:92).

b. Perubahan kardiovaskular atau hemodinamik

1) Volume darah ibu meningkat sekitar 30-50% pada kehamilan tunggal dan 50% pada kehamilan kembar, biasanya karena adanya retensi garam dan air yang disebabkan sekresi aldosteron dari adrenal oleh estrogen. *Cardiac output* meningkat $\pm 30\%$, pompa jantung meningkat 30% setelah kehamilan tiga bulan dan kemudian melambat hingga umur kehamilan 32 minggu. Setelah itu volume darah menjadi relatif stabil.

2) Penekanan pada vena cava (aliran balik vena) dapat menyebabkan hipotensi arterial dan wanita dapat menjadi pingsan atau kehilangan kesadaran. Hal ini dapat diatasi dengan wanita tersebut berbaring miring atau duduk (Kumalasari, 2015:4).

c. Perubahan pada sistem pernapasan

Oksigen ibu meningkat sebagai respon terhadap percepatan laju metabolik dan peningkatan kebutuhan oksigen jaringan uterus dan payudara. Peningkatan kadar esterogen menyebabkan ligamen pada kerangka iga berelaksasi sehingga ekspansi rongga dada meningkat. Karena rahim membesar panjang paru-paru berkurang. Kerangka iga bagian bawah tampak melebar. Tinggi diafragma bergeser 4 cm selama masa hamil. Dengan semakin tuanya kehamilan pernapasan dada menggantikan pernapasan perut dan penurunan diafragma saat inspirasi menjadi semakin sulit (Marmi, 2011:85).

d. Perubahan pada ginjal

- 1) Selama kehamilan ginjal bekerja lebih berat. Ginjal menyaring darah yang volumenya meningkat sampai 30-50% atau lebih, yang puncaknya terjadi pada kehamilan 16-24 minggu sampai sesaat sebelum persalinan (pada saat ini aliran darah ke ginjal berkurang akibat penekanan rahim yang membesar).
- 2) Terjadi miksi (berkemih) sering pada awal kehamilan karena kandung kemih tertekan oleh rahim yang membesar. Gejala ini akan menghilang pada trimester II kehamilan dan diakhir kehamilan gangguan ini muncul kembali karena turunnya

kepala janin ke rongga panggul yang menekan kandung kemih
(Kumalasari, 2015:5).

e. Sistem endokrin

1) Ovarium dan plasenta

Korpus luteum mulai menghasilkan estrogen dan progesteron dan setelah plasenta terbentuk menjadi sumber utama kedua hormon tersebut. HCG (*Human Chorionic Gonadotropin*) adalah hormon utama yang dihasilkan oleh plasenta yang berperan mencegah ovulasi dan merangsang pembentukan estrogen serta progesteron oleh ovarium untuk mempertahankan kehamilan. Selain itu plasenta juga menghasilkan *Human Placental Lactogen* (HPL) atau *Human Chorionic Somatommatropin* (HCS), *Human Chorionic Thyrotropin* (HCT), dan Melanocyte-stimulating hormone yang menyebabkan kulit berwarna lebih gelap disaat kehamilan.

2) Kelenjar tiroid

Kelenjar tiroid akan menjadi aktif. Kelenjar tiroid yang menjadi aktif menyebabkan denyut jantung yang cepat, jantung berdebar-debar (palpitasi), keringat berlebihan, dan perubahan suasana hati. Akan tetapi, hipertiroidisme

(overaktivitas kelenjar tiroid) hanya terjadi pada kurang dari 1% kehamilan.

3) Kelenjar paratiroid

Ukurannya meningkat karena kebutuhan kalsium janin meningkat sekitar minggu ke 15-35. Oleh karena hormon ini untuk mempertahankan kecukupan kalsium dalam darah, jadi tanpa hormon ini metabolisme tulang dan otot terganggu.

4) Pankreas

Sel-selnya tumbuh dan menghasilkan lebih banyak insulin untuk memenuhi kebutuhan yang meningkat. Oleh karena itu, penderita diabetes yang sedang hamil bisa gejala diabetes yang lebih buruk.

5) Kelenjar pituitari

Pada lobus anterior mengalami sedikit pembesaran dan terus menghasilkan semua hormon tropik, tetapi dengan jumlah yang sedikit berbeda. FSH ditekan oleh HCG. Hormon pertumbuhan berkurang dan hormon melanotropik meningkat. Pembentukan prolaktin meningkat selama kehamilan dan persalinan. Oksitosin meningkat dan menstimulasi kontraksi otot uterus (Kumalasari, 2015:6).

f. Perubahan sistem integumen

1) Payudara

Payudara biasanya membesar disebabkan karena hipertrofi alveoli. Dibawah kulit payudara sering tampak gambaran-gambaran dari vena yang meluas. Putting susu biasanya membesar dan berwarna lebih gelap serta sering mengeluarkan kolostrum. Kelenjar montgomery menonjol keluar, areola lebih gelap, dan nyeri tekan. Perubahan-perubahan pada payudara ini disebabkan karena pengaruh hormonal.

2) Pigmentasi

Mengalami pengumpulan pigmen ditiga area yaitu linea nigra (garis gelap mengikuti *midline* [Garis Tengah] abdomen), topeng kehamilan (*cloasma*) adalah bintik-bintik pigmen kecoklatan yang tampak dikulit kening dan pipi, dan peningkatan pigmentasi disekeliling puting susu (areola).

3) Spider angioma

Spider angioma (pembuluh darah kecil yang memberi gambaran seeperti laba-laba) bisa muncul dikulit, biasanya diatas pinggang. Sementara itu, pelebaran pembuluh darah kecil yang berdinding tipis sering kali tampak ditungakai bawah.

4) Striae gravidarum

Adalah tanda regangan yang dibentuk akibat serabut-serabut elastik dari lapisan kulit terdalam terpisah dan putus. Hal ini mengakibatkan pruritus atau rasa gatal.

5) Perspirasi dan sekresi kelenjar lemak

Kelenjar sebacea atau keringat menjadi lebih aktif, akibatnya ibu hamil mungkin mengalami gangguan bau badan, banyak mengeluarkan keringat dan berminyak (Kumalasari, 2015:6)

g. Sistem Muskuloskeletal

- 1) Gigi, tulang, dan persendian membutuhkan kira-kira sepertiga lebih banyak kalsium dan fosfor pada masa kehamilan
- 2) Saliva yang asam pada saat hamil membantu aktivitas penghancuran bakteri email yang menyebabkan karies.
- 3) Sendi pelvik sedikit dapat bergerak.
- 4) Bahu tertarik lebih kebelakang dan tulang belakang lebih melengkung sebagai akibat dari penyesuaian diri karena janin yang membesar dalam abdomen sehingga tulang belakang menjadi *kifosis* (Kumalasari, 2015:7).

h. Perubahan sistem gastrointestinal

- 1) Rahim yang semakin membesar akan menekan rektum dan usus bagian bawah sehingga terjadi sembelit (konstipasi).

Sembelit semakin berat karena gerakan otot didalam usus diperlambat oleh tingginya kadar progesteron.

2) Wanita hamil sering mengalami *heartburn* (rasa panas didada) dan sendawa, yang kemungkinan terjadi karena makanan lebih lama berada didalam lambung dan karena relaksasi sfingter dikerongkongan bagian bawah yang memungkinkan isi lambung mengalir kembali ke kerongkongan.

3) Ulkus gastrikum jarang ditemukan pada wanita hamil dan jika sebelumnya menderita ulkus gastrikum biasanya akan membaik karena asam lambung yang dihasilkan lebih sedikit (Kumalasari, 2015:7).

5. Perubahan Psikologis Ibu Hamil

a. Trimester I

Trimester I merupakan penentuan kehamilan, penentuan penerimaan dan kenyataan berbeda di trimester I. Bingung, 80% kecewa, menolak, gelisah, depresi, murung, ini terjadi pada kehamilan tidak diinginkan dan pada ibu yang belum punya anak tetapi terjadi pembuahan secara tidak disengaja. Merenungkan dirinya, efek-efek dari kehamilannya (jika wanita karir), tanggung jawab baru dan beban dipikul, keuangan dan rumah, semuanya karena kebingungannya dan akan berakhir pada akhir trimester I.

Ketidak nyamanan: mual, lelah, perubahan selera, emosional, pada saat depresi ingat kehamilannya. Kekhawatiran dengan tidak sadar menunggu berakhirnya trimester I, akhir yang menyatakan aman, tenang, percaya dengan kehamilannya. Peningkatan hasrat tetapi akan seksual atau libido yang dipengaruhi oleh mual, kelelahan dll. Hal ini perlu keterbukaan, kejujuran 2 pasang (Megasari dkk, 2014:74)

b. Trimester II

Periode pencarian kesehatan, umumnya merasa baik.

Trimester II dibagi menjadi 2 fase, yaitu :

- 1) Prequickening, pemberitahuan sebagian fakta kehidupan, biasanya wanita ini mengevaluasi identitas ibunya pada saat hamil, terus mencari potensi-potensi yang terjadi pada saat hamil. Penerima perawatan (dari ibunya) biasanya terjadi konflik ibu dan anak mengenai perawatan, tetapi wanita menikmati pendekatan ini. Pada akhirnya wanita sebagai penerima, menuntut perhatian, cinta, semua yang diterima akan dia simpan sampai pada suatu saat ini menjadi pemberi, seperti yang dilakukan ibunya.
- 2) Quickening, perubahan yang tidak bisa ditanya pada pikiran wanita, meningkatnya hubungan sosial dengan wanita hamil lainnya. Ketertarikan untuk mempelajari menjadi ibu, peran-

peran ibu, tertarik dengan anak kecil, mulai menggendong, mulai memikirkan bayinya, kesehatan bayi. Meningkatnya hubungan sex, karena telah bebas dari ketidak nyamanan fisik dan depresi, sekarang dia mencari perhatian pasangannya (Megasari dkk, 2014:75).

c. Trimester III

Periode penantian, tidak sabar, persiapan kelahiran dan kedudukan menjadi orang tua. Memusatkan perhatian, melindungi bayi dari bahaya dari luar atau dalam. Persiapan kehadiran bayi, sebagai contoh : nama anak, pakaian bayi.

Mendatangi pertemuan-pertemuan yang menunjang peran menjadi orang tua, konseling kebidanan, membeli perlengkapan. Terkadang muncul rasa takut atau khawatir tentang abnormal pada bayinya, proses persalinan, ketidak tahuan kapan persalinan.

Proses duka cita : akan kehilangan perhatian dan keistimewaan pada saat hail, terpisahnya bayi dari tubuhnya, kandungan menjadi kosong. Pertengahan trimester III hasrat seksual menurun daripada trimeseter II karena semakin besarnya abdomen menjadi penghalang, merasa canggung, jelek, tidak rapi, semua ini memerlukan lebih besar perhatian pasangan (Megasari dkk, 2014:76).

6. Penyesuaian Psikologis Ibu Hamil

Penyesuaian psikologis ibu hamil menurut Megasari dkk (2014:76-77), yaitu:

a. Trimester I

Memahami dan menerima kebingungan dan perasaan negatif dengan bantuan dari orang terdekat, nasehat yang diberikan. Menerima kehamilan dan menjalani dengan penuh sabar, menghilangkan pikiran-pikiran negatif tentang kehamilan. Konsultasi rutin untuk memastikan keamanan dan percaya dengan kehamilannya.

Memahami semua keprihatinannya merupakan hal yang normal pada trimester I dan mendapat pengetahuan untuk menanggulangi masalah ketidaknyamanan. Contohnya : mual, saat konsultasi kita akan diberi antimuntah, pada saat makan obat dibantu dengan makanan pendukung, makan sedikit tapi sering, dan bisa makan roti, biscuit agar menjaga lambung tetap terisi.

b. Trimester II

Mengevaluasi identitas ibunya yang positif saja. Menghindari potensi-potensi yang pernah terjadi pada ibu hamil. Peran orang-orang disekitar wanita, ibu tidak menakut-menakuti anaknya, tetapi memberi semangat. Menikmati perhatian, kasih sayang yang bersifat positif yang diberikan oleh ibu kita.

Untuk membentuk perannya menjadi ibu, bisa dengan hubungan dengan orang yang baru punya bayi, bertanya, belajar memegang bayi, dan melakukan konsultasi mengenai kesehatan untuk janinnya. Perhatian pasangan berperan pada meningkatkan libido dan kepuasan seks.

c. Trimester III

Aktifitas yang menunjang persiapan persalinan (penyuluhan, konsultasi) bersifat mental dan fisiologis, siap menjadi orang tua, menerima potensi-potensi yang terjadi dan perubahan-perubahan fisik, rasa sakit. Memahami bayi adalah bagian akhir dirinya, dan itu sangat berarti dan membahagiakan.

7. Kebutuhan Psikologis Ibu Hamil

Kebutuhan Psikologi Ibu Hamil menurut Kusmiyati (2008:137-141)

a. Dukungan keluarga

Kehamilan melibatkan seluruh anggota keluarga, karena konsepsi merupakan awal, bukan saja bagi janin yang sedang berkembang tetapi juga bagi keluarganya, yakni dengan hadirnya seorang anggota keluarga baru dan terjadinya perubahan hubungan dalam keluarga, maka setiap anggota keluarga harus beradaptasi terhadap kehamilan dan menginterpretasikanya berdasarkan kebutuhan masing-masing.

b. Dukungan tenaga kesehatan

Peran tenaga kesehatan dalam perubahan dan adaptasi psikologi adalah dengan memberi support atau dukungan moral bagi klien, meyakinkan bahwa klien dapat menghadapi kehamilannya dan perubahan yang dirasakannya adalah sesuatu yang normal. Tenaga kesehatan harus bekerja sama dan membangun hubungan yang baik dengan klien agar terjalin hubungan yang terbuka antara petugas kesehatan dengan klien.

c. Rasa aman dan nyaman selama kehamilan

Ada dua kebutuhan utama yang ditunjukkan wanita selama ia hamil, kebutuhan pertama ialah menerima tanda-tanda bahwa ia dicintai dan dihargai. Kebutuhan kedua adalah ia merasa yakin akan penerimaan pasangannya terhadap sang anak dan mengasimilasi bayi tersebut kedalam keluarga.

d. Persiapan menjadi orang tua

Menjadi orang tua merupakan proses yang terdiri dari dua komponen, komponen pertama bersifat praktis atau mekanis, melibatkan ketrampilan kognitif dan motorik, komponen kedua berifat emosional, melibatkan ketrampilan afektif dan kognitif. Kedua komponen ini penting untuk perkembangan dan keberadaan bayi.

8. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

a. Nutrisi

Nutrisi trimester III nafsu makan sangat baik, tetapi jangan berlebihan, kurangi karbohidrat, tingkatkan protein, sayur-sayuran dan buah-buahan, lemak harus tetap harus dikonsumsi. Selain itu kurangi makanan terlalu manis dan terlalu asin (garam, ikan, asin, tauco, kecap asin), karena makanan tersebut akan memberikan kecenderungan janin tumbuh besar dan merangsang timbulnya keracunan saat kehamilan. Jadwal makan bagi ibu hamil sebaiknya teratur 3 kali sehari akan tetapi apabila ibu tidak bisa makan dalam porsi besar 3 kali sehari dapat diganti dengan 6 kali sehari porsi kecil (Marmi, 2011:118).

Menurut Saifuddin (2009:286), nutrisi yang perlu ditambahkan pada saat kehamilan antara lain :

1) Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat mengakibatkan obesitas dan hal ini merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya preeklamsia. Jumlah penambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil.

2) Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari. Sumber protein dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewani (ikan, ayam, keju, susu, telur). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran prematur, anemia dan oedema.

3) Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi perkembangan otak dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, keju, yoghurt, dan kalsium bikarbonat. Defisiensi kalsium dapat menyebabkan riketsia pada bayi atau osteomalsia pada ibu.

4) Zat besi

Metabolisme yang tinggi pada ibu hamil memerlukan kecukupan oksigenasi jaringan yang diperoleh dari pengikatan dan pengantaran oksigen melalui hemoglobin di dalam sel-sel darah merah. Untuk menjaga konsentrasi hemoglobin yang normal, diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg/hari, terutama setelah trimester kedua. Bila tidak ditemukan anemia pemberian zat besi per minggu cukup adekuat. Zat besi

yang diberikan dapat berupa *ferrous gluconate*, *ferrous fumarate*, atau *ferrous sulphate*. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi.

5) Vitamin A

Untuk membantu proses pertumbuhan sel dan jaringan tulang, mata, rambut, organ dalam dan fungsi rahim (Kamariyah, 2014:69). Kebutuhannya 200 RE (retinol ekivalen) per hari (Hutahaean, 2013:60).

6) Vitamin D

Untuk mencegah hipokalsemia karena vitamin D dapat membantu penyerapan kalsium dan fosfor yang berguna untuk mineralisasi tulang dan gigi (Hutahaean, 2013:60). Ibu hamil membutuhkan 400 IU vitamin D (Kamariyah, 2014:69).

7) Vitamin E

Vitamin E berfungsi sebagai pertumbuhan sel, jaringan, dan integrasi sel darah merah (Hutahaean, 2013:60). Ibu hamil membutuhkan 15 mg (22,5 IU) (Kamariyah, 2014:69).

8) Vitamin C

Untuk meningkatkan absorpsi zat besi dari suplemen zat besi. Ibu hamil membutuhkan 250 mg vitamin C per hari (Varney et al, 2007:547).

9) Vitamin B6

Vitamin B6 penting untuk pembuatan asam amino dalam tubuh (Hutahaean, 2013:60). Ibu hamil membutuhkan 2,2 mg vitamin B6 per hari (Kamariyah, 2014:70).

10) Asam folat

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

b. Olahraga ringan

Olahraga saat hamil merupakan masalah kontroversi yang perlu dipertimbangkan terutama bagi mereka yang memiliki riwayat persalinan sulit, keguguran dan infertilitas. Aktivitas yang dianjurkan adalah jalan-jalan waktu pagi hari untuk ketenangan dan mendapatkan udara segar (Manuaba, 2010:121).

c. Istirahat dan tidur

Jadwal istirahat dan tidur perlu diperhatikan dengan baik, karena istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk perkembangan dan pertumbuhan janin (Manuaba, 2010: 122).

d. Kebersihan tubuh

Perubahan sistem metabolisme mengakibatkan peningkatan pengeluaran keringat. Keringat yang menempel pada kulit meningkatkan kelembapan kulit dan kemungkinan menjadi tempat berkembangnya mikroorganisme. Bagian tubuh lain sangat membutuhkan perawatan kebersihan adalah daerah vital, karena saat hamil terjadi pengeluaran sekret vagina yang berlebihan. Selain dengan mandi, mengganti celana dalam secara rutin minimal dua kali sehari sangat dianjurkan (Sulistyawati, 2011:118).

e. Pakaian hamil

Pakaian harus longgar terbuat dari katun sehingga menyerap keringat, bersih dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah leher dan perut :

- 1) Stocking tungkai tidak dianjurkan karena dapat menghambat sirkulasi.

- 2) Pakailah BH yang menyokong payudara dan harus memiliki tali yang besar sehingga tidak terasa sakit pada bahu.
- 3) Memakai sepatu dengan tumit yang tidak terlalu tinggi.
- 4) Pakaian dalam harus selalu bersih .

(Pantikawati dkk, 2010:92).

f. Oksigen

Pada dasarnya kebutuhan oksigen setiap manusia sama yaitu udara yang bersih, tidak kotor, tidak bau, dsb. Pada prinsipnya hindari ruangan atau tempat yang dipenuhi polusi udara (terminal, ruangan yang sering dipergunakan untuk merokok) (Pantikawati dkk, 2010:89).

g. Hubungan seksual

Hubungan seksual dapat dilakukan seperti biasa kecuali jika terjadi perdarahan atau keluar cairan dari kemaluan, maka harus dihentikan. Jika da riwayat abortus sebelumnya, koitus ditunda sampai usia kehamilan diatas 6 minggu, dimana diharapkan plasenta sudah terbentuk, dengan implantasi dan fungsi yang baik. Beberapa kepustakaan menganjurkan agar koitus mulai dihentikan pada 3-4 minggu terakhir menjelang perkiraan tanggal persalinan. Hindari trauma berlebihan pada daerah serviks atau uterus. Pada keadaan seperti ini kontraksi atau tanda-tanda persalinan awal, keluar cairan pervaginam,

keputihan, ketuban pecah, perdarahan pervaginam, abortus iminens atau aborus habitualis, kehamilan kembar dan penyakit menular sebaiknya koitus jangan dilakukan (Dewi, 2011:125).

h. Imunisasi

Imunisasi yang dibutuhkan oleh ibu hamil yang terutama adalah tetanus toksoid. Imunisasi lain diberikan sesuai dengan indikasi.

Tabel 2.2

Jadwal pemberian tetanus toksoid

Imunisasi	Interval	Perlindungan
TT I	Kunjungan awal	-
TT II	4 minggu setelah TT I	3 tahun
TT III	6 bulan setelah TT II	5 tahun
TT IV	1 tahun setelah TT III	10 tahun
TT V	1 tahun setelah TT IV	25 tahun-seumur hidup

Sumber: Sunarsih,2011:124

i. Senam hamil

Senam hamil merupakan salah satu kegiatan dalam pelayanan selama kehamilan (*prenatal care*). Senam hamil akan memberikan suatu hasil produk kehamilan *outcome* persalinan yang lebih baik, dibandingkan ibu hamil yang tidak melakukan senam hamil. Kegunaan senam hamil didalam *prenatal care*

dilaporkan akan menaikkan dan mengurangi terjadinya berat badan bayi lahir rendah, serta mengurangi terjadinya persalinan premature. Secara keseluruhan senam hamil akan berdampak sebagai suatu kenaikan kesehatan wanita hamil itu sendiri menjadi lebih baik (Sunarsih, 2011:129).

2.1.2 KONSEP DASAR PERSALINAN

1. Definisi Persalinan

Persalinan normal adalah persalinan yang dimulai secara spontan, beresiko rendah pada awal persalinan dan tetap demikian selama proses persalinan, bayi baru lahir spontan dalam presentasi belakang kepala pada usia kehamilan 37-42 minggu lengkap dan setelah persalinan ibu maupun bayi dalam kondisi sehat (WHO 2010 dalam Mika Oktarina 2016:2)

Persalinan adalah Proses dimana bayi ,plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (Ika, 2014:1)

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 kelahiran plasenta (Varney et al, 2007:672).

Berdasarkan proses berlangsungnya persalinan dibedakan sebagai berikut :

a. Persalinan spontan

Persalinan dikatakan spontan yaitu jika persalinan berlangsung dengan kekuatan ibunya sendiri dan melalui jalan lahir.

b. Persalinan buatan

Persalinan buatan yaitu proses persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar misalnya ekstraksi dengan forceps atau dilakukan operasi *section caesarea*.

c. Persalinan anjuran

Persalinan anjuran adalah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan rangsangan misalnya pitocin dan prostaglandin (Sarwono, 2012:89).

2. Teori-Teori Penyebab Persalinan

a. Teori penurunan kadar hormon progesteron

Pada akhir kehamilan terjadi penurunan kadar progesteron yang mengakibatkan peningkatan kontraksi uterus karena sintesa prostaglandin di chorioamnion.

b. Teori rangsangan esterogen

Esterogen menyebabkan iritability miometrium, estrogen memungkinkan sintesa prostaglandin pada decidua dan selaput ketuban sehingga menyebabkan kontraksi uterus (miometrium)



c. Teori reseptor oksitosin dan kontraksi braxton hiks

Oksitosin adalah hormon yang dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis parst posterior. Disitribusi reseptor oksitosin, dominan pada fundus dan korpus uteri, ia makin berkurang jumlahnya di segmen bawah rahim dan praktis tidak banyak dijumpai pada serviks uteri.

d. Teori keregangan

Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot rahim, sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenter.

e. Teori fetal membran

Meningkatnya hormon estrogen menyebabkan terjadinya esterified yang menghasilkan arachnoid acid, arachnoid acid bekerja untuk pembentukan prostaglandin yang menyebabkan kontraksi miometrium.

f. Teori plasenta sudah tua

Pada umur kehamilan 40 minggu mengakibatkan sirkulasi pada placenta menurun segera terjadi degenerasi trofoblast maka akan terjadi penurunan produksi hormone.

g. Teori tekanan serviks

Fetus yang berpresentasi baik dapat merangsang akhiran syaraf sehingga serviks menjadi lunak dan terjadi dilatasi internum yang mengakibatkan SAR (segmen atas rahim) dan SBR (segmen bawah rahim) bekerja berlawanan sehingga terjadi kontraksi dan retraksi.

(Mika Oktarina, 2016:3).

3. Proses Persalinan

a. Tahapan persalinan

1) Kala 1

Disebut juga dengan kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak terlalu kuat sehingga parturien masih dapat berjalan-jalan. Proses pembukaan serviks sebagai akibat his dibagi menjadi 2 fase, yaitu :

a) Fase laten

Berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm.

b) Fase aktif, dibagi dalam 3 fase yaitu fase akselerasi dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm tadi menjadi 4 cm, fase dilatasi maksimal dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm, fase deselerasi pembukaan menjadi lambat sekali dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap.

Fase-fase tersebut dijumpai pada primigravida. Pada multigravida pun terjadi demikian, tetapi fase laten, fase aktif dan fase deselerasi terjadi lebih pendek. Pada primigravida kala 1 berlangsung kira-kira 12 jam,

sedangkan pada multigravida berlangsung kira-kira 7 jam

(Rohani dkk, 2011:23)

Tabel 2.3

Diagnosis Kala dan Fase Persalinan

Gejala dan tanda	Kala	Fase
Serviks belum berdilatasi	Persalinan palsu/belum in partu	
Servik berdilatasi kurang dari 4 cm	I	Laten
Serviks berdilatasi 4-9 cm a. Kecepatan Pembukaan 1 cm atau lebih per jam b. Penurunan kepala dimulai	I	Aktif
Serviks membuka lengkap (10 cm) a. Penurunan kepala berlanjut b. Belum ada keinginan untuk meneran	II	Awal (nonekspulsif)
Serviks membuka lengkap (10 cm) a. Bagian terbawah telah mencapai dasar panggul b. Ibu meneran	II	Aktif (ekspulsif)

Sumber : Sulistyawati,2009:198

c. Kala II

Pada kala II, kontraksi uterus menjadi lebih kuat dan cepat yaitu setiap 2 menit sekali dengan durasi >40 detik, dan intensitas semakin lama semakin kuat. Kepala janin biasanya pada tahap ini sudah masuk dalam ruang panggul, maka pada HIS dirasakan adanya tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara refleks menimbulkan rasa ingin meneran (Sulistyawati, 2010:7)

Pada umumnya, kala dua yang lebih lama dari 2 jam untuk primigravida atau 1 jam untuk multipara dianggap normal. Namun, telah ada pernyataan bahwa batas 2 jam tidak mengindikasikan perlunya kelahiran bayi dengan forcep atau vakum ekstraktor sepanjang terdapat penurunan dan tidak ada gawat janin (Varney et al, 2008:751).

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

a) Mengenali tanda gejala dan gejala kala II

R/ Dengan melihat tanda dan gejala kala II yang benar dapat menentukan tindakan selanjutnya dengan tepat.

1) Mendengar dan melihat tanda persalinan kala II.

(a) Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran

- (b) Ibu merasa adanya tekanan pada anus
- (c) Perineum menonjol
- (d) Vulva dan sfingter ani membuka

R/ Memastikan ibu sudah masuk kala II.

b) Menyiapkan pertolongan persalinan

R/ Persiapan alat, fisik dan mental akan membantu koefisien kerja, waktu, dan meminimalisir human eror, sehingga memperlancar proses pertolongan persalinan.

2) Pastikan peralatan lengkap, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk persiapan jika bayi mengalami asfiksia, siapkan tempat datar dan keras, 2 kain, handuk bersiah dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.

(a) Menggelar kain diatas perut pasien dan tempat resusitasi serta ganjal bahu bayi.

(b) Menyiapkan oksitosin 10 unit dan spuit sekali pakai didalam set partus

R/ Perlengkapan dan bahan-bahan tersedia dan berfungsi dengan baik termasuk perlengkapan untuk menolong persalinan, menjahit laserasi atau luka episiotomi dan resusitasi bayi baru lahir.

- 3) Pakai celemek plastik.

R/ Pelindung diri merupakan penghalang atau barier antara penolong dengan bahan-bahan yang berpotensi untuk menularkan penyakit.

- 4) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir dan kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

R/ Mencegah mikroorganisme berpindah dari satu individu ke individu lainnya (ibu, bayi baru lahir dan para penolong persalinan).

- 5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.

R/ Melindungi petugas dari percikan yang dapat mengkontaminasi dan menyebarkan penyakit.

- 6) Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang menggunakan sarung tangan DTT dan steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).

R/ Memudahkan saat menolong persalinan.

- 7) Bersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.

- (a) Jika introitus vagina, perineum atau anus (terkontaminasi) tinja, bersihkan dengan seksama dari depan kebelakang.
- (b) Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.
- (c) Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5% → langkah 9).

R/ Upaya pencegahan infeksi.

- 8) Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, lakukan amniotomi.

R/ Tanda pasti pembukaan lengkap adalah pembukaan serviks yang lengkap atau terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina.

- 9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%. Kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.

R/ Upaya pencegahan infeksi.

10) Periksa DJJ setelah kontraksi/saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160) x /menit.

- (a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
- (b) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian.
R/ Memantau keadaan janin.

11) Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.

- (a) Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.
- (b) Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.

R/ Hasil persalinan yang baik ternyata erat hubungannya dengan dukungan dari keluarga yang mendampingi ibu selama proses persalinan.

12) Meminta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa meneran dan terjadi kontraksi yang

kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).

R/ Hasil persalinan yang baik ternyata erat hubungannya dengan dukungan dari keluarga yang mendampingi ibu selama proses persalinan.

13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.

(a) Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.

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

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

(d) Anjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi.

(e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.

(f) Beri cukup asupan cairan per oral (minum).

(g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.

(h) Segera rujuk bila bayi belum atau tidak segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (multigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (primigravida).

R/ Meneran secara berlebihan menyebabkan ibu sulit untuk bernapas sehingga terjadi kelelahan yang tidak perlu dan meningkatkan resiko asfiksia pada bayi sebagai akibat turunnya pasokan oksigen melalui plasenta.

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

R/ Ibu dapat mengubah-ubah posisi secara teratur selama kala dua karena hal ini dapat membantu kemajuan persalinan, mencari posisi meneran yang paling efektif dan menjaga sirkulasi utero-plasenter tetap baik.

- d) Persiapkan pertolongan kelahiran bayi.

R/Mempersiapkan tempat maupun kain handuk untuk mengeringkan tubuh bayi, serta memakai peralatan yang dipakai untuk menolong.

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

R/ Handuk bersih digunakan untuk mengeringkan bayi.

- 16) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.

R/ Untuk mengeringkan bayi saat lahir.

17) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali perlengkapan alat dan bahan.

R/ Untuk memastikan kelengkapan alat sehingga memudahkan penolong dalam membantu proses persalinan

18) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

R/ Upaya pencegahan infeksi.

e) Persiapkan pertolongan kelahiran.

R/Menolong kelahiran kepala bayi dengan tepat mencegah terjadinya robekan vulva dan perineum.

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

R/ Mencegah rupture perineum

20) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika haln itu terjadi, dan segera proses kelahiran bayi.

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

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

R/ Tali pusat terkemuka (diketahui saat ketuban masih utuh) dan tali pusat menumbung (ketuban sudah pecah sama bahayanya dan mengancam kehidupan janin). Keadaan ini memerlukan penanganan segera.

21) Tunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar, pegang secara spontan.

R/ Tidak adanya putaran paksi luar dapat mengindikasikan adanya distosia bahu.

22) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan ke bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arcus pubis dan gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

R/ Tarikan yang berlebihan pada kepala dapat mengakibatkan trauma pada pleksus brakhialis.

23) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan kebawah kearah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya.

R/ Tangan bawah (posterior) digunakan untuk menyangga/ menopang samping lateral tubuh bayi saat lahir. Tangan atas (anterior) untuk menelusuri dan memegang bahu, siku, dan lengan bagian anterior.

f) Penanganan bayi baru lahir.

R/ Penanganan BBL yang benar akan mencegah terjadinya hipotermi dan mengetahui kelainan bayi sedini mungkin.

25) Lakukan penilaian (selintas).

(a) Apakah bayi menagis kuat dan itu bernapas tanpa kesulitan?

(b) Apakah bayi bergerak dengan aktif?

R/ Jika bayi tidak menagis, tidak bernapas atau megamgap, lakukan langkah resusitasi (lanjut ke langkah resusitasi pada asfiksia bayi baru lahir).

26) Keringkan tubuh bayi.

Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan tubuh bagian lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Biarkan bayi diatas perut ibu.

R/ Menghindari terjadinya hipotermi pada bayi.

27) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).

R/ Memastikan tidak ada janin yang kedua (kehamilan gemelli).

28) Beri tahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.

R/ Wujud asuhan sayang ibu.

29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi baru lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (intramuskular) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).

R/ Oksitosin merangsang fundus uteri untuk berkontraksi dengan kuat dan efektif sehingga dapat membantu pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah. Aspirasi sebelum penyuntikan akan mencegah penyuntikan oksitosin ke pembuluh darah.

30) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

31) Pemotongan dan pengikatan tali pusat.

- (a) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.
- (b) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkar kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
- (c) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.

R/ Penjepitan tali pusat sedini mungkin akan mempercepat proses perubahan sirkulasi darah pada bayi baru lahir.

32) Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting ibu.

- (a) Selimuti ibu-bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi dikepala bayi.
- (b) Biarkan bayi melakukan kontak kulit kekulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.
- (c) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusui untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara.
- (d) Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui.

R/ Wujud asuhan sayang ibu dan upaya untuk meningkatkan *bonding attachment* antara bayi dan ibu.

Tabel 2.4

Rerata Durasi Kala Satu Dan Kala Dua Persalinan

	Tanpa Anestesi	Konduksi	Konduksi Anestesi	
	Kala Satu (jam)	Kala Dua (menit)	Kala Satu (jam)	Kala Dua (menit)
Rerata nulipara	8,1	54	10,2	79
Rerata multipara	5,7	19	7,4	45

Sumber : Varney et al, 2007:311

d. Kala III

Persalinan kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban.

a) Fisiologi persalinan kala III

Pada kala III persalinan, miometrium berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi : penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan plasenta 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 kedalam vagina (Wiknjosastro, 2008:99-100)

Tanda-tanda lepasnya plasenta menurut Wiknjosastro (2008:100), tanda-tanda lepasnya plasenta mencakup 3 hal dibawah ini :

a) Perubahan bentuk dan tinggi fundus uteri

Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus biasanya dibawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong kebawah, uterus

berbentuk segitiga atau seperti buah pear atau alpukat dan fundus berada diatas pusat (seringkali mengarah ke sisi kanan).

b) Tali pusat memanjang

Tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva (Tanda *Ahfeld*)

c) Semburan darah mendadak dan singkat

Darah yang terkumpul dibelakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dibantu oleh gaya gravitasi.

Manajemen aktif kala III :

- (1) Pindahkan klem pada tali pusat hingga jarak 5-10 cm dari vulva.

R/ Memegang tali pusat lebih dekat ke vulva akan mencegah avulasi

- (2) Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas simfisis, untuk mendeteksi, tangan lain menegangkan tali pusat.

R/ Tangan bidan berada diatas perut pasien untuk mengetahui adanya kontraksi

- (3) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah

belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversia uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas.

R/Masase uterus untuk merangsang kontraksi uterus.

Mengeluarkan plasenta.

(4) 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 proses jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).

(a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva dan melahirkan plasenta.

(b) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat.

(1) Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM.

(2) Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh.

(3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.

(4) Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.

(5) Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual.

R/ Melakukan PTT akan memungkinkan bidan dapat melahirkan plasenta secara aman segera setelah plasenta terjadi. Segera melepaskan plasenta yang telah terpisah dari dinding uterus akan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu

(5) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar hingga selaput ketuban terpilih kemudian dilahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.

R/ Teknik ini dilakukan untuk mencegah robekan kulit ketuban

(6) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massage uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan

lakukan massage dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus terasa keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik.

R/ Mencegah perdarahan yang berlebihan, dan merupakan diagnosis cepat dari atonia uteri

- (7) Periksa kedua sisi plasenta dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus.

R/ Sisa selaput ketuban atau bagian plasenta yang tertinggal di dalam uterus akan menyebabkan perdarahan dan infeksi

- (8) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

R/Pemeriksaan sedini mungkin akan mempercepat penanganan sehingga tidak terjadi perdarahan berlebihan.

Cara pelepasan plasenta :

- 1) Metode ekspulsi Scultze

Pelepasan plasenta yang dimulai dari sentral/bagian tengah sehingga terjadi bekuan retroplasenta. Tanda pelepasan dari tengah ini

mengakibatkan perdarahan tidak terjadi sebelum plasenta lahir. Perdarahan terjadi setelah plasenta lahir (Widyatun, 2012:41).

2) Metode ekspulsi Maththew-Duncan

Ditandai oleh adanya perdarahan dari vagina apabila plasenta mulai terlepas. Umumnya perdarahan tidak melebihi 400 ml. Bila lebih hal ini patologik. Lebih besar kemungkinan pada implantasi lateral. Apabila plasenta lahir, umumnya otot-otot uterus segera berkontraksi, pembuluh-pembuluh darah akan terjepit dan perdarahan segera berhenti. Pada keadaan normal akan lahir spontan dalam waktu lebih kurang 6 menit setelah anak lahir lengkap (Kaban, 2010:61)

Beberapa prasat untuk mengetahui apakah plasenta sudah terlepas atau belum :

1) Prasat Kuthner

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat. Tangan kiri menekan daerah diatas simfisis. Bila tali pusat ini masuk kedalam vagina, itu tandanya plasenta belum lepas dari dinding uterus. Prasat ini hendaknya dilakukan secara hati-hati. Apabila hanya sebagian plasenta terlepas,

perdarahan banyak akan dapat terjadi (Damayanti, 2014:39)

2) Prasat Srrassman

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat. Tangan kiri mengetok-ngetok fundus uteri. Bila terasa getaran pada tali pusat yang diregangkan ini berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus (Paula, 2013:124)

3) Prasat Klien

Wanita tersebut disuruh mengejan. Tali pusat tampak turun kebawah. Bila pengejanannya dihentikan dan tali pusat masuk kembali kedalam vagina, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus (Trianto, 2016:65)

e. Kala IV

Kala IV dimulai dari lahirnya plasenta selama 1-2 jam. Pada kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan pascapersalinan, paling sering terjadi pada 2 jam pertama.

Observasi yang dilakukan adalah sebagai berikut :

- a) Tingkat kesadaran pasien.
- b) Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah,suhu,nadi,dan pernafasan.

c) Kontraksi uterus.

d) Perdarahan.

Perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc (Sulistyawati, 2010:9).

Penanganan pada kala IV :

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

R/ Untuk mencegah terjadinya inversio uteri

(2) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% lepas secara terbalik dan rendam selama 10 menit. Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

R/ Memusnahkan atau mematikan mikroorganisme yang pathogen sehingga aman untuk penanganan selanjutnya, serta meminimalisir resiko infeksi pada petugas kesehatan

(3) Pastikan kandung kemih kosong

R/ Kandung kemih yang penuh akan menghambat uterus berkontraksi

(4) Ajarkan ibu atau keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.

R/ Informasi yang optimal akan meningkatkan fungsi mandiri klien dalam mencegah perdarahan post partum.

(5) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

R/ Memastikan ibu tidak terjadi perdarahan

(6) Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik.

(7) Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/menit)

R/ Agar bayi bernafas normal

(8) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit) lalu cuci dan bilas.

R/ Mencegah terjadinya penularan penyakit

(9) Buang bahan-bahan terkontaminasi ditempat sampah yang sesuai.

R/ Menjaga kebersihan ibu

(10) Bersihkan ibu dengan menggunakan DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering.

R/ Supaya ibu merasa nyaman setelah melahirkan

(11) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberi ASI. Anjurkan keluarga memberi makanan dan minuman yang diinginkan ibu.

R/ Supaya kedekatan ibu dan bayi tetap terjalin

(12) Dikontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.

R/ Memusnahkan atau mematikan mikroorganisme yang patogen sehingga aman untuk penanganan selanjutnya, serta meminimalisir resiko infeksi pada petugas kesehatan

(13) Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

R/ Memusnahkan atau mematikan mikroorganisme yang patogen sehingga aman untuk penanganan selanjutnya, serta meminimalisir resiko infeksi pada petugas kesehatan

(14) Cuci kedua tangan dengan sabun dan mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi.

R/ Menjaga kebersihan tetap terjaga

(15) Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik pada bayi

R/ Menjaga bayi terhindar dari bakteri

(16) Dalam 1 jam pertama, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri salep/ tetes mata profilaksis infeksi dan vitamin K₁ 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral

R/ Pencegahan terhadap kemungkinan terjadinya perdarahan pada bayi baru lahir.

(17) Setelah 1 jam pemberian vitamin K₁ berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.

R/ Pencegahan terhadap virus hepatitis B

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

R/ Memusnahkan atau mematikan mikroorganisme yang patogen sehingga aman untuk penanganan selanjutnya, serta meminimalisir resiko infeksi pada petugas kesehatan.

(19) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

R/ Kebersihan tetap terjaga

(20) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV persalinan Dokumentasi

R/ Kesehatan ibu dapat terpantau dan diketahui secara dini jika terjadi komplikasi.

4. Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan normal terbagi dalam beberapa tahap gerakan kepala janin didasar panggul yang diikuti dengan lahirnya seluruh anggota badan bayi.

a. Penurunan kepala

Terjadi selama proses persalinan karena daya dorong dari kontraksi uterus yang efektif, posisi, serta kekuatan meneran dari pasien.

b. Penguncian (engagement)

Tahap penurunan pada waktu diameter biparetal dari kepala janin telah melalui lubang masuk panggul pasien.

c. Fleksi

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

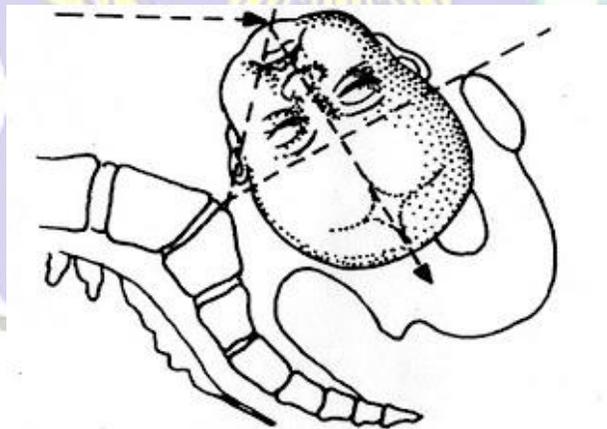
d. Putaran paksi dalam

Yang dimaksud putaran paksi dalam ialah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah symphysis. Putaran paksi dalam mutlak perlu untuk kelahiran kepala karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul. Putaran paksi dalam terjadi bersamaan dengan turunnya kepala dan tidak terjadi sebelum sampai Hodge

III. Penyebab putaran paksi dalam:

- 1) Pada letak fleksi, bagian belakang kepala merupakan bagian terendah dari kepala.
- 2) Bagian terendah dari kepala ini mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas diaman terdapat hiatus genitalis, m. levator ani kiri dan kanan.
- 3) Ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameter anteroposterior.

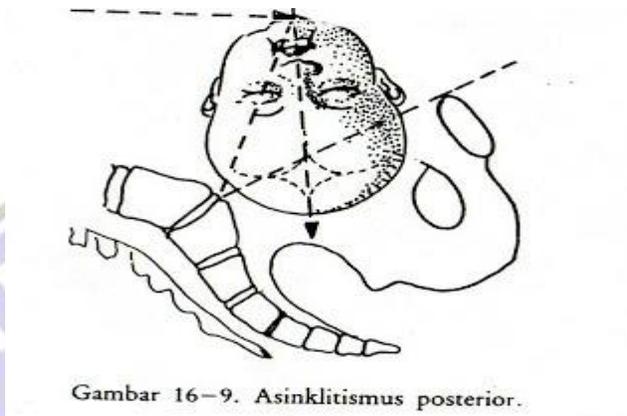
(Marmi, 2011:188).



Gambar 13-7. Sinklitismus.

Sinklitismus

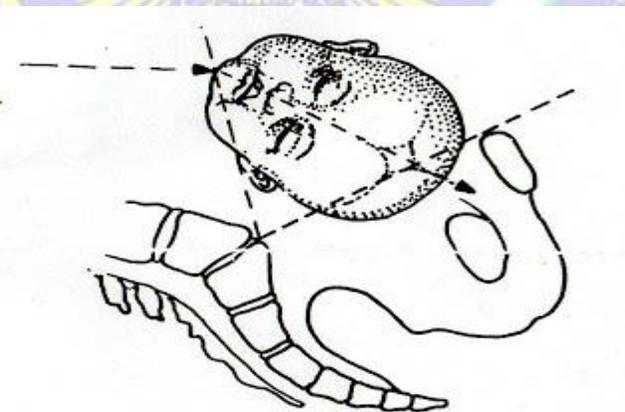
Sumber : Sulistyawati, Ari. 2010:107



Gambar 16-9. Asinklitismus posterior.

Gambar 2.6 Asinklitismus Posterior

Sumber : Sulistyawati, Ari. 2010:107



Gambar 13-8. Asinklitismus anterior.

Gambar 2.7 Asinklitismus Anterior

Sumber : Sulistyawati, Ari. 2010:107

e. Lahirnya kepala dengan cara ekstensi

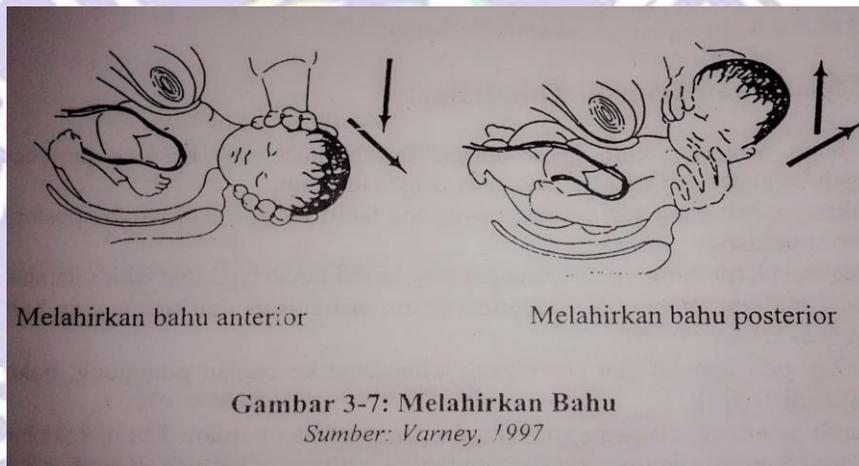
Cara kelahiran ini untuk kepala dengan posisi oksiput posterior. Proses ini terjadi karena gaya tahanan dari dasar panggul, dimana gaya tersebut membentuk lengkungan carus, yang mengarahkan kepala keatas menuju lorong vulva. Bagian leher belakang dibawah oksiput akan bergeser kebawah simfisis pubis dan bekerja sebagai titik poros (hipomoklion). Uterus yang berkontraksi kemudian memberikan tekanan tambahan dikepala yang menyebabkannya ekstensi lebih lanjut saat lubang vulva – vagina membuka lebar (Sulistyawati, 2010:10)

f. Putaran paksi luar

Setelah kepala lahir maka kepala akan memutar kembali ke arah punggung untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Selanjutnya putaran dilanjutkan hingga belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadicum sepihak (disisi kiri). Gerakan yang terakhir ini adalah putaran paksi luar yang disebabkan karena ukuran bahu menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu bawah panggul (Marmi, 2011:189).

g. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar bahu depan sampai di bawah symphysis dan menjadi hypomochlion untuk melahirkan bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir (Marmi, 2011:189).



Gambar 2.8
Kelahiran bahu

Sumber : Wiknjosastro, Gulardi, 2008:90



Gambar 2.9
Melahirkan tubuh bayi

Sumber : Wiknjosastro, Gulardi.2008:90

5. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

Menurut Ari Sulistyawati (2010:41-46), ada lima kebutuhan wanita bersalin yang dijelaskan sebagai berikut :

a. Asuhan Tubuh Dan fisik

Asuhan yang dapat diberikan adalah sebagai berikut :

1) Menjaga kebersihan diri

- a) Menganjurkan ibu membasuh sekitar kemaluannya sesudah BAB/BAK dan menjaganya agar tetap bersih dan kering.
- b) 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 didalam air. Berendam dapat menjadi tindakan pendukung dan kenyamanan paling menenangkan. Diperlukan bak yang cukup dalam agar air dapat menutupi abdomen ibu. Hal ini merupakan suatu bentuk hidro terapi 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 atau tanpa perawatan mulut. Hal ini menimbulkan rasa tidak nyaman dan tidak menyenangkan bagi orang lain.

Perawatan yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut :

a) Menggosok gigi

Ibu bersalin harus diingatkan untuk membawa sikat dan pasta gigi kerumah sakit/ rumah bersalin untuk digunakan selama persalinan.

b) Mencuci mulut

Dengan pemberian produk pencuci mulut sebagai tindakan untuk menyegarkan napas.

c) Pemberian gliserin

Untuk menghindari terjadinya kekeringan pada bibir, dapat digunakan gliserin dengan cara mengusap bibirnya.

d) Pemberian permen

Untuk melembabkan mulut dan tenggorokan, untuk mencegah aspirasi sebaiknya anjurkan untuk mengkonsumsi permen lolipop.

4) Pengipasan

Ibu yang sedang dalam proses persalinan biasanya banyak mengeluarkan keringat bahkan pada ruang persalinan dengan kontrol suhu terbaik pun mereka akan mengeluh berkeringat pada waktu tertentu. Oleh karena itu gunakan kipas angin, atau bisa juga dengan kertas yang dapat digunakan sebagai pengganti kipas.

b. Nutrisi

Pemberian makan dan minum selama persalinan merupakan hal yang tepat, karena memberikan 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 seperti jengkol dan petai.

1) Makanan yang dianjurkan :

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

2) Minuman yang dianjurkan :

- a) Minuman yogurt rendah lemak.
- b) Jus buah-buahan.
- c) Kaldu jernih.
- d) Air mineral.
- e) Cairan isotonic.
- c. Persoanal 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.
- 3) Bulu kemaluan tidak dicukur seluruhnya, hanya bagian yang dekat dengan anus yang akan dibersihkan, karena hal tersebut akan mempermudah penjahitan jika ibu ternyata di episiotomi.

d. Eliminasi

Selama persalinan terjadi penekanan pada pleksus sakrum oleh bagian terendah janin sehingga menyebabkan retensi urine maupun sering berkemih. Retensi urine 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.
- 4) Kurangnya privasi/postur yang kurang baik.
- 5) Kurangnya kesadaran untuk berkemih, dan
- 6) Anastesi regional, epidural, blok pudendal sehingga obat mempengaruhi saraf vesica uretra.

Pemenuhan kebutuhan eliminasi selama persalinan perlu difasilitasi agar membantu kemajuan persalinan dan pasien merasa nyaman. Oleh karena itu, anjurkan ibu untuk bereliminasi secara minimal 2 jam sekali selama persalinan, apabila tidak mungkin dapat dilakukan katerisasi.

e. Pendamping

Pendamping persalinan bisa dilakukan oleh suami, anggota keluarga atau seseorang yang dipilih ibu yang sudah berpengalaman dalam proses persalinan. Oleh karena itu, anjurkan ibu untuk ditemani seorang pendamping untuk melakukan peran aktif dalam mendukung ibu. Adapun dukungan yang dapat diberikan oleh pendamping yaitu mengusap keringat, menemani/membimbing ibu jalan-jalan, memberikan minum, mengubah posisi, memijat punggung, kaki atau kepala ibu, menciptakan suasana kekeluargaan dan rasa nyaman, membantu ibu bernafas pada saat kontraksi dan mengucapkan kata-kata yang membesarkan hati dan memberikan pujian pada ibu.

6. Perubabahan Fisiologis Pada Persalinan

a. Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolik

rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diantara kontraksi, tekanan darah kembali ketingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari terlentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari. Nyeri, rasa takut dan kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah (Varney et al, 2008:686).

b. Metabolisme

Selama proses persalinan, metabolisme karbohidrat baik aerob maupun anaerob meningkat dengan kecepatan tetap. Peningkatan ini terutama disebabkan oleh ansietas dan aktivitas otot rangka. Peningkatan aktivitas metabolik terlihat dari peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, pernapasan, curah jantung, dan cairan yang hilang (Varney et al, 2008:686).

c. Suhu

Selama persalinan suhu tubuh sedikit meningkat, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Yang dianggap normal ialah peningkatan suhu yang tidak lebih dari $0,5-1^{\circ}\text{C}$, mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinaan (Varney et al, 2008:687).

d. Denyut nadi (frekuensi jantung)

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi yang lebih rendah dibandingkan frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi. Penurunan yang mencolok selama puncak kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang. Frekuensi denyut nadi diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan. Hal ini mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi selama persalinan (Varney et al, 2008:687).

e. Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi. Hiperventilasi yang memanjang adalah temuan abnormal dan dapat menyebabkan alkalosis (Varney et al, 2008:687).

f. Perubahan pada ginjal

Selama persalinan sering terjadi poliuria. 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

terlentang karena posisi ini membuat aliran urine berkurang selama kehamilan (Varney et al, 2008:687).

g. Perubahan pada saluran cerna

Motilisasi 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. Mual dan muntah umum terjadi selama fase transisi yang menandai akhir fase pertama persalinan (Varney et al, 2008:687-688).

h. Perubahan hematologi

Hemoglobin meningkat rata-rata 1,2 mg/100 mL selama proses persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pascapartum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal (Varney et al, 2008:688).

7. Pencegahan Infeksi

a. Definisi

Dekontaminasi adalah tindakan yang dilakukan untuk memastikan bahwa petugas kesehatan dapat menangani secara aman berbagai benda yang terkontaminasi darah dan cairan tubuh

atau benda asing (misalnya meja periksa) harus segera didekontaminasi setelah terpapar darah atau cairan tubuh.

Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) merupakan tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme kecuali endospora bakteri dengan cara merebus atau kimiawi.

Sterilisasi adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme (bakteri, benda, parasit dan virus) termasuk endospora bakteri dari benda-benda mati atau instrumen.

1) Rumus membuat larutan klorin 0,5% dari larutan konsentrasi berbentuk cair

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

Contoh : Untuk membuat larutan klorin 0,5% dari larutan klorin 5,25% (misalkan BAYCLIN)

a) Jumlah bagian air = $\frac{5,25\%}{0,5\%} - 1$

b) Tambahkan 9 bagian (pembulatan kebawah dari 9,5) air kedalam 1 bagian larutan klorin konsentrat (5,25%).

Catatan : Air tidak perlu dimasak

(Wiknjosastro, 2014:25)

2) Rumus membuat larutan klorin dari serbuk kering

$$\text{Jumlah bagian air} = \frac{\% \text{ Larutan yang diinginkan}}{\% \text{ konsentrat}} \times 1000$$

Contoh : Untuk membuat larutan klorin 0,5% dari serbuk yang bisa melepaskan klorin seperti kalsium hipoklorida yang mengandung 35% klorin :

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

b) Tambahkan 14 gram (pembulatan kebawah dari 14,3) serbuk kedalam 1 liter air mentah yang bersih (Wiknjastro, 2014:25).

b. Prinsip-Prinsip Pencegahan Infeksi

Pencegahan infeksi (PI) yang efektif didasarkan pada prinsip-prinsip berikut :

- 1) Setiap orang (Ibu, bayi baru lahir, penolong persalinan) harus dianggap dapat bersifat asimtomatik (tanda gejala).
- 2) Setiap orang harus dianggap beresiko terkena infeksi.
- 3) Permukaan benda disekitar kita, peralatan dan benda-benda lainnya yang akan dan telah bersentuhan dengan permukaan kulit yang tak utuh, lecet selaput mukosa atau darah harus dianggap terkontaminasi hingga setelah digunakan harus di proses secara benar.
- 4) Jika tidak diketahui apakah permukaan, peralatan dan benda asing lainnya telah diproses dengan benar maka semua itu harus dianggap masih terkontaminasi.

- 5) Resiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total, tapi dapat dikurangi hingga sekecil mungkin dengan menerapkan tindakan-tindakan PI secara benar dan konsisten.

c. Tindakan-Tindakan Pencegahan Infeksi

1) Cuci tangan

Adalah prosedur paling penting dari pencegahan penyebaran infeksi yang menyebabkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir.

- 2) Memakai sarung tangan dan perlengkapan perlindungan lainnya. Pakai sarung tangan sebelum menyentuh sesuatu yang basah (kulit tak utuh, selaput mukosa, darah atau cairan tubuh lainnya).

3) Menggunakan teknik asepsis atau aseptik

Teknik aseptik membuat prosedur menjadi lebih aman bagi ibu, bayi baru lahir, dan penolong persalinan. Teknik aseptik meliputi :

- a) Penggunaan perlengkapan perlindungan pribadi.
- b) Antisepsis
- c) Menjaga tingkat sterilisasi atau DTT

4) Memakai alat bekas pakai

Tiga proses pokok yang direkomendasikan untuk proses peralatan dan benda-benda lain dalam upaya pencegahan infeksi antara lain :

- a) Dekontaminasi
- b) Cuci dan bilas
- c) Desinfeksi tingkat tinggi atau sterilisasi

5) Menangani peralatan tajam dan aman

Luka termasuk benda tajam misalnya jarum, merupakan salah satu alur utama infeksi HIV dan Hepatitis B diantara para penolong persalinan. Oleh karena itu, perlu diperhatikan pedoman berikut :

- a) Letakkan benda-benda tajam diatas baki steril atau desinfeksi tingkat tinggi atau dengan menggunakan “Daerah Aman” yang sudah ditentukan (daerah khusus untuk meletakkan dan mengambil peralatan tajam).
- b) Hati-hati saat melakukan penjahitan agar terhindar dari luka tusuk secara tak sengaja.
- c) Gunakan pemegang jarum dan pinset pada saat menjahit.

Jangan pernah meraba ujung atau memegang jarum jahit dengan tangan.

- d) Jangan menutup kembali, melengkungkan, mematahkan atau melepaskan jarum yang akan dibuang.
 - e) Buang benda-benda tajam dalam wadah tahan bocor dan segel dengan perekat jika sudah dua pertiga jam penuh. Jangan memindahkan benda-benda tajam yang sudah disegel tadi harus dibakar didalam insinerator.
 - f) Jika benda-benda tajam tidak bisa dibuang secara aman dengan cara insenerasi, bilas tiga kali dengan larutan klorin 0,5% (Dekontaminasi), tutup kembali menggunakan teknik satu tangan dan kemudian kuburkan.
 - g) Menjaga kebersihan dan sanitasi lingkungan (termasuk pengelolaan sampah secara benar).
- (Wiknjastro, 2008:16-33).

8. Partograf

Partograf dipakai untuk memantau kemajuan persalinan dan membantu petugas kesehatan dalam menentukan keputusan dalam penatalaksanaan (Saifuddin, 2009:104). Penerapan partograf ditujukan pada kehamilan normal yang direncanakan untuk persalinan pervaginam. Dengan memperhatikan garis waspada dan garis bertidak sebagai titik tolak evaluasi pertolongan persalinan (Manuaba, 2010:157).

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

a. Denyut jantung janin. Batas normalnya antara 120-160 x/menit.

Penilaian denyut jantung janin dilakukan setiap $\frac{1}{2}$ jam selama 1 menit (Manuaba, 2010:159).

b. Air ketuban. Catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina. Tanda U selaput utuh, J selaput pecah dan air ketuban jernih, M air ketuban bercampur mekonium, D air ketuban bernoda darah (Saifuddin, 2009:104). Dan K bila air ketuban minimal atau kering (Manuaba, 2010:160).

c. Molase (penyusupan tulang kepala janin). Menurut Saifuddin (2010:319), penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri dengan bagian keras panggul ibu. Catat temuan setiap kali melakukan pemeriksaan dengan menggunakan lambang-lambang berikut :

- 1) 0 : Tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi.
- 2) 1 : Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.
- 3) 2 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih, tapi masih bisa dipisahkan.
- 4) 3 : Tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

- d. Pembukaan mulut rahim. Dinilai pada saat pemeriksaan pervaginam dan diberi tanda silang (x) (Saifuddin, 2009:104).
- e. Penurunan bagian terbawah janin. Dibagi menjadi 5 kategori dengan simbol 5/5 sampai 0/5. Simbol 5/5 menyatakan bahwa bagian kepala janin belum memasuki tepi atas simfisis pubis, sedangkan simbol 0/5 menyatakan bahwa bagian kepala janin sudah tidak dapat lagi dipalpasi diatas simfisis pubis. Beri tanda (o) pada garis yang sesuai (Saifuddin, 2010:320).
- f. Jam dan waktu. Menurut Saifuddin (2010:320) dijelaskan bahwa dibagian bawah partograf, tertera kotak-kotak diberi angka 1-16. Setiap kotak menyatakan waktu satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan.
- g. Kontraksi uterus. Catat setiap setengah jam, lakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya masing-masing kontraksi dalam hitungan detik. Nyatakan lamanya kontraksi dengan :
- 1) Beri titik-titik dikotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik.
 - 2) Beri garis-garis dikotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik.
 - 3) Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya lebih dari 40 detik (Saifuddin, 2010:321).

- h. Oksitosin. Bila memakai oksitosin, catatlah banyaknya oksitosin per volume cairan infus dan dalam tetesan per menit (Saifuddin, 2010:104).
- i. Obat-obatan lain dan cairan. Catat semua pemberian obat-obat tambahan dan atau cairan IV dalam kotak yang sesuai (Saifuddin, 2010:322).
- j. Nadi, tekanan darah, dan temperatur tubuh. Menurut Saifuddin (2010:322), angka disebelah kiri partograf berkaitan dengan nadi dan tekanan darah ibu.
- 1) Catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan. Beri tanda titik pada kolom yang sesuai.
 - 2) Catat tekanan darah ibu setiap 4 jam selama fase aktif persalinan. Beri tanda panah pada kolom waktu yang sesuai.
 - 3) Catat teperatur tubuh ibu setiap 2 jam pada kotak yang sesuai.
- k. Protein, aseton dan volume urine. Catat setiap kali ibu berkemih (Saifuddin, 2009:104).

9. Lima Benang Merah Dalam Asuhan Kebidanan

Terdapat lima aspek dasar, atau lima benang merah yang penting dan saling berkaitan dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan, baik normal maupun patologis. Lima benang merah tersebut antara lain :

a. Membuat Keputusan Klinik

Membuat keputusan klinik merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang di butuhkan oleh pasien. Keputusan itu harus akurat, komprehensif dan aman, baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberikan pertolongan.

b. Asuhan Sayang Ibu Dan Sayang Bayi

Asuhan sayang ibu merupakan asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Beberapa prinsip-prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Banyak hasil penelitian menunjukkan bahwa para ibu yang diperhatikan dan diberi dukungan selama proses persalinan dan kelahiran bayi serta mengetahui dengan baik mengenai proses persalinan dan asuhan yang akan mereka terima, mereka akan mendapatkan rasa aman dan hasil yang lebih baik.

c. Pencegahan Infeksi

Tindakan pencegahan infeksi (PI) tidak terpisah dari komponen-komponen lain dalam asuhan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Tindakan ini harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan dan tenaga kesehatan lainnya dengan

mengurangi infeksi karena bakteri, virus, jamur. Dilakukan pula upaya untuk menurunkan resiko penularan penyakit-penyakit berbahaya yang hingga kini belum ditemukannya pengobatan, seperti hepatitis dan HIV/AIDS.

d. Pencatatan

Catat semua hasil asuhan yang telah diberikan kepada ibu dan bayinya. Apabila asuhan tidak dicatat, dapat dianggap bahwa hal tersebut tidak dilakukan. Pencatatan adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Mengkaji ulang catatan memungkinkan untuk menganalisa data yang telah dikumpulkan dan lebih efektif dalam merumuskan suatu diagnosis dan membuat rencana asuhan atau perawatan bagi ibu dan bayinya.

e. Rujukan

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

perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan. Sangat sulit untuk menduga kapan penyulit akan terjadi sehingga kesiapan untuk merujuk ibu atau bayinya ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu (jika penyulit terjadi) menjadi syarat bagi keberhasilan upaya penyelamatan. Setiap penolong persalinan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan yang mampu untuk penatalaksanaan kasus gawat darurat obstetric dan bayi baru lahir (Asuhan Persalinan Normal, 2008:1-35).

2.1.3 KONSEP DASAR NIFAS

1. Definisi masa nifas

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

Masa nifas atau 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).

2. Periode Masa Nifas

Menurut Mochtar (2015:115), masa nifas dibagi menjadi 3 periode yaitu :

- a) Puerperium dini, yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
- b) Puerperium intermedial, yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu.
- c) Remote puerperium, adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi.

3. Proses Dari Masa Nifas

b. Pengecilan Rahim atau involusi

Rahim adalah organ tubuh yang spesifik dan unik karena dapat mengecil serta membesar dengan menambah atau mengurangi jumlah selnya. Bentuk otot rahim mirip jala berlapis 3 dengan serat-seratnya, yang melintang kanan, kiri dan transversal. Diantara otot-otot itu ada pembuluh darah yang mengalirkan darah ke plasenta. Setelah plasenta lepas, otot rahim akan berkontraksi atau mengerut, sehingga pembuluh darah terjepit dan perdarahan berhenti. Setelah bayi lahir, umumnya berat rahim menjadi sekitar 1000 gram dan dapat diraba kira-kira 2

jari dibawah umbilikus. Setelah 1 minggu kemudian beratnya berkurang jadi sekitar 500 gram. Sekitar 2 minggu beratnya 300 gram dan tidak dapat diraba lagi. Jadi, secara alamiah rahim akan kembali mengecil perlahan-lahan kebentuk semula. Setelah 6 minggu beratnya sudah sekitar 40-60 gram. Pada saat ini dianggap 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.

c. Kekentalan Darah (hemokonsentrasi) kembali normal

Selama hamil darah ibu relatif encer, karena cairan darah ibu banyak, sementara sel darahnya berkurang. Bila dilakukan pemeriksaan kadar hemoglobin (hb) akan tampak sedikit menurun dari angka normal sebesar 11-12 gr%. Jika hemoglobinnya teralalu 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-5 pasca persalinan.

d. Proses Laktasi dan 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-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 (Saleha, 2009:2-4)

4. **Perubahan Fisiologis Masa Nifas**

a. Perubahan Sistem Reproduksi

Menurut Pitriani (2014:62-70) selama masa nifas, alat-alat interna maupun eksterna berangsur-angsur kembali keadaan sebelum hamil. Perubahan keseluruhan alat genitalia ini disebut involusi. Pada masa ini terjadi juga perubahan-perubahan yang terjadi antara lain sebagai berikut :

1) Uterus

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil.

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut :

a) Iskemia Miometrium

Hal ini disebabkan oleh kintraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relatif anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.

b) Atrofi Jaringan

Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormon estrogen saat pelepasan plasenta.

c) Autolysis

Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi didalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekan jaringan otot yang telah mengendur hingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan lebarnya 5 kali lebar sebelum hamil yang terjadi selam kehamilan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormon estrogen dan progesteron.

d) Efek Oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan.

Tabel 2.5

Tinggi Fundus Uteri dan Berat Uterus Menurut Masa Invulus

Involusi	Tinggi fundus uteri	Berat uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Plasenta lahir	2 jari bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat symphysis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba diatas symphysis	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar normal	30 gram

Sumber: Mochtar, 2015: 213

2) Lochea

Akibat involusi uteri, lapisan luar desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Percampuran antara darah dan desidua inilah yang dinamakan lochea. Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lochea memiliki bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Pengeluaran lochea dapat dibagi

menjadi lochea rubra, sanguilenta, serosa dan alba. Perbedaan masing-masing lochea dapat dilihat sebagai berikut :

Tabel 2.6

Pengeluaran lochea

Lokia	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	7-14 hari	Kekuningan/kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan laserasi plasenta
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput

			lendir serviks dan serabut jaringan yang mati
--	--	--	---

Sumber: Pitriani dkk, 2014: 62

3) Vagina dan Perineum

Selama proses persalihan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan dua organ ini kembali dalam keadaan kendur. Rugae timbul kembali pada minggu ke tiga. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi karankulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama.

Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada akhir puerperium dengan latihan harian.

4) Serviks

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulai dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi lahir, tangan pemeriksa masih dapat dimasukkan 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk (Heryani, 2010:30).

b. Perubahan Sistem Pencernaan

Sistem gastrointestinal selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolestrol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal.

Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan , antara lain :

1. Nafsu makan

Pasca melahirkan, biasanya ibu merasa lapar sehingga diperbolehkan untuk mengkonsumsi makanan. Pemulihan

nafsu makan diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari.

2. Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anastesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

3. Pengosongan Usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid ataupun laserasi jalan lahir. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu untuk kembali normal.

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

- 1) Pemberian diet/makanan yang mengandung serat.
- 2) Pemberian cairan yang cukup.
- 3) Pengetahuan tentang pola eliminasi pasca melahirkan.

- 4) Pengetahuan tentang perawatan luka jalan lahir.
- 5) Bila usaha diatas tidak berhasil dapat dilakukan pemberian huknah atau obat yang lain.

c. Perubahan Sistem Perkemihan

Kadang-kadang puerpurium mengalami sulit BAK karena spinter uretra ditekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulus spinter ani selama persalinan, juga oleh karena adanya edema kandung kemih yang terjadi selama persalinan. Kadang-kadang odema dari trigonium menimbulkan obstruksi dari uretra sehingga terjadi retensio urine. Dilatasi ureter dan pyelum normal kembali dalam waktu 2 minggu. Urine biasanya berlebihan (poliurie) antara hari ke 2 dan ke 5, hal ini disebabkan karena kelebihan cairan sebagai akibat retensi air dalam kehamilan dan sekarang dikeluarkan (Saleha, 2009:60).

d. Perubahan Sistem Musculoskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah *partus*. Pembuluh-pembuluh darah yang berada diantara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan pendarahan setelah plasenta dilahirkan.

Ligament-ligament, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang pada waktu persalinaan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tak jarang uterus jatuh

kebelakang dan menjadi retrofleksi karena ligamentum retundum menjadi kendur. Tidak jarang pula wanita mengeluh “kandungannya turun” setelah melahirkan karena ligament, fascia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi kendur. Stabilitasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu pasca persalinaan (Saleha, 2009:60).

e. Perubahan Sistem Endokrin

selama proses kehamilan dan persalinaan terdapat perubahan pada sistem endokrin, terutama pada hormon-hormon yang berperan dalam proses tersebut (Saleha, 2009:60).

Hormon-hormon yang berperan dalam proses ini yaitu :

1. Oksitosin

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

2. Prolaktin

Menurunnya kadar estrogen menimbulkan terangsangnya kelenjar *pituitary* bagian belakang untuk

mengeluarkan prolaktin, hormon ini berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu. Pada wanita yang menyusui bayinya, kadar prolaktin tetap tinggi dan pada wanita yang tidak menyusui bayinya tingkat sirkulasi prolaktin menurun dalam 14-21 hari setelah persalinan, sehingga merangsang kelenjar bawah depan otak yang mengontrol ovarium ke arah permulaan pola produksi esterogen dan progesteron yang normal, pertumbuhan folikel, ovulasi dan menstruasi.

3. Esterogen dan Progesteron

Selama masa hamil volume darah normal meningkat walaupun mekanismenya secara penuh belum dimengerti. Diperkirakan bahwa tingkat esterogen yang tinggi memperbesar hormon *antidiuretik* yang meningkatkan volume darah. Disamping itu, progesteron memengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah. Hal ini sangat memengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum dan vulva serta vagina.

f. Perubahan Tanda-tanda Vital

1. Suhu

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2°C. Setelah partus dapat naik kurang lebih 0,5°C dari keadaan normal, namun tidak akan melebihi 8°C. Sesudah dua jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal. Jika suhu lebih dari 38°C, mungkin terjadi infeksi pada klien (Saleha, 2009:61).

2. Nadi dan Pernafasan

Nadi berkisar antara 60-80 denyutan per menit setelah partus, dan dapat terjadi bradikardi. Bila terdapat takikardi dan suhu tubuh tidak panas mungkin ada perdarahan berlebihan atau ada vitium kordis pada penderita. Pada masa nifas umumnya denyut nadi labil dibandingkan dengan suhu tubuh, sedangkan pernafasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula (Saleha, 2009:61).

3. Tekanan Darah

Pada beberapa kasus ditemukan keadaan hipertensi postpartum akan menghilang sendirinya apabila tidak terdapat penyakit-penyakit lain yang menyertai dalam ½ bulan tanpa pengobatan (Saleha, 2009:61). Bila tekanan darah menjadi rendah menunjukkan adanya perdarahan postpartum. Sebaliknya jika tekanan darah tinggi, merupakan petunjuk kemungkinan

adanya preeklamsi yang bisa timbul pada masa nifas (Suherni, 2009:83).

g. Sistem Hematologi dan Kardiovaskular

Leukositosis adalah meningkatnya jumlah sel-sel darah putih sebanyak 15.000 selama masa persalinan. Leukosit akan tetap tinggi jumlahnya selama beberapa hari pertama masa post partum. Jumlah sel-sel darah putih tersebut masih bisa naik lebih tinggi hingga 25.000-30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama. Jumlah hemoglobin dan hematokrit serta eritrosit akan bervariasi pada awal masa nifas sebagai akibat dari volume darah, volume plasma, volume sel darah yang berubah-ubah (Saleha, 2009:84).

h. Sistem Gastrotestinal

Kerap kali diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan namun asupan makanan juga akan mengalami penurunan selama satu atau dua hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika sebelum melahirkan diberikan enema. Rasa sakit di daerah perineum dapat menghalangi keinginan ke belakang (Walyani, 2015:124).

5. **Kunjungan Masa Nifas**

a. Kunjungan I (6-8 jam setelah persalinaan)

Tujuan kunjungan :

- 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 untuk mencegah hypotermi.

(Pitriani, 2014:9)

b. Kunjungan II (6 hari setelah persalinan)

- 1) Memastikan involusi uterus berjalan 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 mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat.
- 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.

- 5) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi,tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

(Ambarwati dkk, 2013:4)

- c. Kunjungan III (2 minggu setelah persalinaan)

Sama seperti kunjungan II (6 hari setelah persalinan).

- d. Kunjungan IV (6 minggu setelah persalinan)

- 1) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami

- 2) Memberikan konseling KB secara dini

(Pitriani, 2014:10)

6. **Tanda-Tanda Bahaya Masa Nifas**

- a. Perdarahan hebat atau peningkatan perdarahan secara tiba-tiba (melebihi haid biasa atau jika perdarahan tersebut membasahi lebih dari 2 pembalut saniter dalam waktu setengah jam).
- b. Pengeluaran cairan vaginal dengan bau busuk yang keras.
- c. Rasa nyeri pada perut bagian bawah atau punggung.
- d. Sakit kepala yang terus menerus, nyeri epigastric,atau masalah penglihatan.

- e. Pembengkakan pada wajah dan tangan demam, muntah, rasa sakit pada saat buang air seni, atau merasa tidak enak badan.
- f. Payudara yang memerah, panas, atau sakit.
- g. Kehilangan selera makan untuk waktu yang berkepanjangan.
- h. Rasa sakit, warna merah, kelembutan atau pembengkakan pada kaki.
- i. Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengurus dirinya sendiri dan bayinya.
- j. Merasa sangat letih atau bernafas terengah-engah (Pitriani, 2014:14).

7. Kebutuhan Dasar Pada Ibu Masa Nifas

a. Nutrisi dan cairan

Pada masa nifas masalah diet perlu mendapat perhatian yang serius, karena dengan mengkonsumsi nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat memengaruhi komposisi air susu. Diet yang diberikan harus bermutu, bergizi tinggi, cukup kalori, tinggi protein, dan banyak mengandung cairan (Saleha, 2009:71).

Ibu yang menyusui harus memenuhi kebutuhan akan nutrisinya sebagai berikut :

- 1) Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari
- 2) Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup.
- 3) Minum sedikitnya 3 liter setiap hari
- 4) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari post partum.
- 5) Minum kapsul vitamin A 200.000 unit agar dapat memberikan vitamin A pada bayinya melalui ASI (Saleha, 2009:71).

Tabel 2.7

Penambahan makanan pada wanita dewasa, hamil, dan menyusui

Zat makanan	Wanita dewasa tidak hamil (BB 47 kg)	Wanita hamil 20 minggu terakhir	Wanita menyusui
Kalori	3000 kalori	3000 kalori	800 kalori
Protein	47 gram	20 gram	40 gram
Calcium	0,6 gram	0,6 gram	0,6 gram
Ferrum	12 mg	5 mg	5 mg
Vitamin A	4000 iu	1000 iu	2000 iu
Thamin	0,7 mg	0,2 mg	0,5 mg
Riboflavin	1,1 mg	0,2 mg	0,5 mg

Niacin	12,2 mg	2 mg	5 mg
Vitamin C	60 mg	30 mg	30 mg

Sumber:Suherni.2009:101

b. Ambulasi

Ambulasi dini (*early ambulation*) adalah kebijaksanaan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu postpartum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan. *Early ambulation* tentu tidak dibenarkan pada ibu postpartum dengan penyulit seperti anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, demam dan sebagainya (Saleha, 2009:72).

Keuntungan ambulasi dini antara lain :

1. Penderita merasa lebih sehat dan lebih kuat.
2. Faal usus dan kandung kemih menjadi lebih baik.
3. Memungkinkan bidan untuk memberikan bimbingan pada ibu mengenai cara merawat bayi.
4. Lebih sesuai dengan keadaan Indonesia (lebih ekonomis) (Sulistyawati, 2009:33).

c. Eliminasi

1. Buang air kecil

Ibu diminta untuk buang air kecil (miksi) 6 jam postpartum. Apabila 8 jam postpartum ibu belum dapat berkemih atau sekali berkemih belum melebihi 100 cc, maka dilakukan

katerisasi. Akan tetapi, jika ternyata kandung kemih penuh, tidak perlu menungg 8 jam untuk katerisasi (Saleha, 2009:73).

Sebab-sebab terjadinya kesulitan berkemih (*retensio urine*) pada ibu postpartum yaitu:

1. Berkurangnya tekanan intra abdominal.
2. Otot-otot perut masih lemah.
3. Edema dan uretra.
4. Dinding kandung kemih kurang sensitive (Saleha, 2009:73).

2. Buang air besar

Ibu postpartum diharapkan dapat buang air besar (defekasi) setelah hari kedua postpartum. Apabila pada hari ketiga ibu belum BAB, maka perlu diberi obat pencahar per oral atau per rektal. Jika setelah pemberian obat pencahar masih belum bisa BAB, maka dilakukan klisma (huknah) (Saleha, 2009:73).

3. Personal hygiene

Pada masa postpartum, seorang ibu rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu, kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan lingkungan sangat penting untuk tetap dijaga (Saleha, 2009:73)

Menyarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum menyentuh alat kelamin, anjurkan ibu untuk

tidak sering menyentuh luka episiotomy dan laserasi. Pada ibu *post section caesaria* (SC), luka tetap dijaga agar tetap bersih dan kering, tiap hari diganti balutan (Suherni, 2009:102).

d. Istirahat

Ibu postpartum sangat membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya. Keluarga disarankan untuk memberikan kepada ibu untuk istirahat yang cukup sebagai persiapan untuk energi menyusui bayinya (Ambarwati, 2010:112).

Kurang istirahat bagi ibu postpartum mengakibatkan beberapa kerugian misalnya :

1. Dapat mengurangi jumlah ASI
2. Dapat memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan
3. Menyebabkan depresi dan ketidaknyamanan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

Bidan harus menyampaikan kepada pasien dan keluarga bahwa untuk melakukan kegiatan rumah tangga kembali harus dilakukan secara perlahan-lahan dan bertahap. Selain itu pasien juga harus diingatkan untuk selalu tidur siang atau beristirahat selagi bayinya tidur. Kebutuhan istirahat bagi ibu menyusui

minimal 8 jam sehari, yang dapat dipenuhi melalui istirahat malam dan siang.

e. Seksual

Aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya dan agama yang melarang untuk melakukan hubungan seksual sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah kelahiran. Keputusan bergantung pada pasangan yang bersangkutan (Purwanti, 2009:512).

f. Latihan/Senam Nifas

Untuk mencapai hasil pemulihan otot yang maksimal, sebaiknya dilakukan latihan masa nifas seawal mungkin dengan catatan ibu menjalani persalinan dengan normal dan tidak ada penyakit postpartum.

Sebelum memulai bimbingan cara senam nifas, sebaiknya bidan mendiskusikan terlebih dahulu dengan pasien mengenai pentingnya otot perut dan panggul, akan mengurangi keluhan sakit punggung yang biasanya dialami oleh ibu nifas.

Contoh gerakan yang dapat dilakukan saat melakukan senam nifas antara lain :

1. Tidur terlentang, tangan disamping badan. Tekuk salah satu kaki, kemudian gerakkan keatas mendekati perut. Lakukan sebanyak 15 kali secara bergantian untuk kaki kanan dan kiri. Kemudian rileks selama 10 hitungan.
2. Berbaring terlentang, tangan diatas perut, kedua kaki ditekuk. Kerutkan otot bokong dan perut bersamaan dengan mengangkat kepala, mata memandang keperut selama 5 kali hitungan. Lakukan gerakan ini sebanyak 15 kali, rileks selama 10 hitungan.
3. Tidur terlentang, tangan disamping badan, angkat bokong sambil mengerutkan otot anus selama 5 hitungan. Lakukan gerakan ini sebanyak 15 kali. Rileks selama 10 hitungan.
4. Tidur terlentang, tangan disamping badan, angkat kaki kiri lurus keatas sambil menahan otot perut. Lakukan gerakan sebanyak 15 kali hitungan, bergantian dengan kaki kanan. Rileks selama 10 hitungan.
5. Tidur terlentang, letakkan kedua tangan dibawah kepala, kemudian bangun tanpa merubah posisi kedua kaki (kaki tetap lurus). Lakukan gerakkan ini sebanyak 15 kali hitungan.

Rileks selama 10 hitungan sambil menarik nafas panjang lewat hidung keluarkan lewat mulut.

6. Posisi badan nungging, perut dan paha membentuk sudut 90° .
Gerakkan perut keatas sambil otot perut dan anus dikerutkan sekuat mungkin dan tahan selama 5 hitungan. Lakukan gerakan ini sebanyak 15 kali kemudian rileks selama 10 hitungan (Manuaba, 2010:123).

2.1.4 KONSEP DASAR BAYI BARU LAHIR

1. Definisi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan 37 sampai 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram. Nilai apgar >7 dan tanpa cacat bawaan (Rukiyah, 2013:2).

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

kehidupan intruterin ke kehidupan ektrauterine) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup baik (Marmi, 2012:1).

2. Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir Normal

Menurut Nanny (2011:2) ciri-ciri bayi lahir normal adalah sebagai berikut :

- a. Lahir aterm antara 37-42 minggu.
- b. Berat badan 2500-4000 gram.
- c. Panjang badan 48-52 cm.
- d. Lingkar dada 30-38 cm.
- e. Lingkar kepala 33-35 cm.
- f. Lingkar lengan 11-12 cm.
- g. Frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit.
- h. Pernafasan \pm 40-60 x/menit.
- i. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup.
- j. Rambut lanugo tidak terlihat.
- k. Kuku agak panjang dan lemas.
- l. Nilai APGAR >7 .
- m. Gerak aktif.
- n. Bayi lahir langsung menangis kuat.

- o. Reflek *rooting* (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik.
- p. Reflek *sucking* (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik.
- q. Reflek *morro* (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik.
- r. Reflek *grasping* (menggengam) sudah terbentuk dengan baik.

Genitalia

- s. Pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang.
- t. Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang, serta adanya labia minora dan mayora.
- u. Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan.

Tabel 2.8

Tanda APGAR

Tanda	Nilai : 0	Nilai : 1	Nilai : 2
Warna	Pucat/biru seluruh tubuh	Tubuh merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Denyut jantung	Tidak ada	<100	>100
Tonus otot	Tidak ada	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
Aktivitas	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menangis

Pernafasan	Tidak ada	Lemah / tidak teratur	menangis
------------	-----------	-----------------------------	----------

Sumber : Varney,2007:275

Interpretasi :

Nilai 1-3 : asfiksia berat

Nilai 4-6 : asfiksia sedang

Nilai 7-10 : asfiksia ringan (normal)

3. Proses Bayi Baru Lahir

Beberapa saat dan beberapa jam pertama kehidupan ekstrauteri adalah salah satu masa yang paling dinamis dari seluruh siklus kehidupan. Pada saat bayi lahir, bayi baru lahir berpindah dari ketergantungan total ke kemandirian fisiologis. Proses perubahan yang rumit ini disebut dengan periode transisi, yaitu periode yang dimulai ketika bayi keluar dari tubuh ibu dan berlanjut selama beberapa minggu untuk sistem organ tertentu (Varney et al, 2007:878). Menurut Marmi (2012:6), periode transisi dibagi menjadi 3 yaitu:

a. Periode Reaktivitas (*The First Period of Reactivity*)

Dimulai dari masa persalinan dan berakhir setelah 30 menit. Selama periode ini detak jantung cepat dan denyut tali pusat terlihat. Warna bayi baru lahir memperlihatkan sianosis

sementara atau akrosianosis. Mata bayi terbuka dan menunjukkan perilaku terjaga. Bayi mungkin menangis, terkejut, atau mencari puting susu ibu. Selama periode terjaga ini setiap usaha harus untuk memfasilitasi kontak antara ibu dan bayi baru lahir. Bayi sering kali mengeluarkan feses segera setelah lahir dan bising usus biasanya muncul 30 menit setelah lahir.

Bising usus menunjukkan sistem pencernaan mampu berfungsi. Namun, keberadaan feses saja tidak mengindikasikan bahwa peristaltik mulai bekerja, melainkan hanya mengindikasikan bahwa anus paten.

Lebih jelasnya dapat dilihat secara karakteristiknya yaitu :

- 1) Tanda-tanda vital bayi baru lahir sebagai berikut :
frekuensi nadi apikal yang cepat dengan irama yang tidak teratur, frekuensi pernapasan mencapai 80 x/menit, irama tidak teratur dan beberapa bayi mungkin dilahirkan dengan keadaan pernapasan cuping hidung, ekspirasi mendekur serta adanya reterasi.
- 2) Fluktuasi warna dari merah jambu pucat ke *sianosis*.
- 3) Bising usus biasanya tidak ada, bayi biasanya tidak berkemih ataupun tidak mempunyai pergerakan usus selama periode ini.

4) Bayi baru lahir mempunyai sedikit mucus, menangis kuat, reflek isap yang kuat. Tip khusus : selama periode ini mata bayi terbuka lebih lama, daripada hari-hari selanjutnya, saat ini adalah waktu yang paling baik untuk melalui proses periode pelekatan karena bayi baru lahir dapat mempertahankan kontak mata untuk waktu yang lama.

b. Periode Tidur (*Period of Unresponsive Sleep*)

Tahap kedua transisi berlangsung dari sekitar 30 menit setelah kelahiran bayi sampai 2 jam. Frekuensi jantung menurun selama periode ini, hingga kurang dari 140 kali per menit. Bayi dalam keadaan tidur nyenyak. Bising usus ada, tetapi kemudian berkurang. Apabila memungkinkan, bayi baru lahir jangan diganggu untuk pemeriksaan-pemeriksaan mayor atau untuk dimandikan selama periode ini. Tidur nyenyak yang pertama memungkinkan bayi baru lahir pulih dari tuntutan kelahiran dan transisi segera ke kehidupan ekstrasuteri.

c. Periode Reaktivitas II (*The Second Period of Reactivity*)

Selama periode reaktivitas kedua (tahap ketiga transisi), berlangsung selama 2 sampai 6 jam setelah persalinan. Frekuensi jantung bayi labil dan perubahan warna kulit terjadi dengan cepat, yang dikaitkan dengan stimulus lingkungan.

Frekuensi pernafaasan bervariasi tergantung dari aktivitas. Bayi baru lahir mungkin membutuhkan makanan dan harus menyusu. Pemberian makan segera sangat penting untuk mencegah hipoglikemia dan menstimulasi pengeluaran feses, serta mencegah ikterus. Pemberian makan segera juga memungkinkan kolonisasi bakteri di usus, yang menyebabkan pembentukan vitamin K oleh saluran cerna. Neonatus mungkin bereaksi terhadap pemberian makan yang pertama dengan meludahkan susu bercampur lendir. Bidan harus membantu dan mengajarkan ibu untuk menyendawakan bayinya. Setiap mucus/lendir yang ada selama pemberian makan awal akan mengganggu pemberian makan yang adekuat, khususnya jika mucus berlebihan akan mengindikasikan suatu masalah seperti atresia esofagus, mucus bernoda empedu menunjukkan adanya penyakit pada bayi dan pemberian makan harus ditunda sampai penyebabnya telah diselidiki secara menyeluruh (Varney et al, 2007:892-893).

4. Penanganan Bayi Baru Lahir

- a. Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi diatas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, letakkan bayi ditempat yang memungkinkan).

- b. Segera membungkus kepala bayi dan badan dengan handuk serta biarkan kontak kuli ibu dan bayi. Lakukan penyuntikan oksitosin IM.
- c. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi, lakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem kearah ibu dan memasang klem 2 cm dari klem pertama.
- d. Memegang tali pusat dengan satu tangan, kemudian lindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat diantara dua klem tersebut.
- e. Keringkan bayi, ganti handuk yang basah dan selimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi kepala bayi dan membiarkan tali pusat terbuka.
- f. Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan mulai memberikan ASI jika ibu menghendaki (Prawirohardjo, 2010:344).

5. Perubahan Fisiologi Bayi Baru Lahir

- a. Sistem pernafasan

Pernafasan pertama bayi normal terjadi dalam waktu 30 detik sesudah kelahiran. Pernafasan ini timbul sebagai akibat aktivitas normal susunan saraf pusat dan perifer yang dibantu oleh beberapa rangsangan lainnya seperti kemoreseptor karotid

yang sangat peka terhadap kekurangan oksigen, rangsangan hipoksemia, sentuhan dan perubahan suhu didalam uterus dan diluar uterus (Leveno,2009:281).

Masa yang paling kritis pada bayi baru lahir adalah ketika harus mengatasi resistensi paru pada saat pernafasan yang pertama kali, dan proses pernafasan ini bukanlah kejadian yang mendadak, tetapi sudah dipersiapkan lama sejak intruteri. Upaya pengambilan nafas pertama sedikit dibantu dengan penekanan toraks yang terjadi pada menit-menit terakhir kehidupan janin. Tekanan yang tinggi pada toraks ketika janin melalui vagina tiba-tiba hilang ketika bayi lahir. Cairan yang mengisi mulut dan trakea keluar sebagian dan udara mulai mengisi saluran trakea. Neonatus yang lahir melalui seksio sesaria, terutama jika tidak ada tanda persalinan, tidak mendapat manfaat dari pengurangan cairan paru dan penekanan toraks sehingga berisiko mengalami paru-paru basah, situasi ini dapat mengakibatkan takipnea sementara pandai neonatus. Respons paru-paru bayi baru lahir terhadap kemoreseptor (yang ada di glomus aortikum dan glomus karotikum) dan mekanoreseptor paru menjadi kekuatan penggerak dalam pengaturan nafas lebih lanjut. Kekuatan otot-otot pernafasan dan kemampuan diafragma untuk bergerak, secara langsung mempengaruhi keadekuatan setiap inspirasi dan

ekspirasi. Bayi baru lahir yang sehat mengatur sendiri banyak aspek usaha napasnya sehingga mencapai keseimbangan yang tepat antara oksigen, karbon dioksida, dan kapasitas residu fungsional. Napas aktif pertama menghasilkan rangkaian peristiwa tanpa gangguan (1) dapat membantu perubahan sirkulasi janin menjadi sirkulasi dewasa, (2) mengosongkan paru dari cairan, (3) menetapkan volume paru neonatus dan karakteristik fungsi paru pada bayi baru lahir, dan (4) mengurangi tekanan arteri pulmonalis. Ketika kepala bayi dilahirkan, lendir keluar dari hidung dan mulut, banyak bayi baru lahir yang megap-megap dan bahkan menangis pada saat itu, maka dari itu pengisapan mulut dan hidung dengan suksion karet sebenarnya tidak diperlukan. penggunaan seksion karet ini harus dibatasi, kecuali jika usaha napas bayi berkurang atau ketika mekonium perlu dibersihkan dari jalan napas serta bayi yang lelah dan terganggu oleh proses kelahiran. Setelah beberapa kali napas pertama, udara dari luar mulai mengisi jalan napas besar pada trakea dan bronkus neonatus. Cairan dalam paru didorong ke perifer paru, tempat cairan tersebut diabsorpsi. Akhirnya, semua alveolus mengembang karena terisi udara. Fungsi alveolus maksimum dapat dicapai. Pola pernafasan bervariasi sesuai awitan (Varney et al, 2007:880).

Tabel 2.9

Perkembangan Sistem Pulmonar

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

Sumber : Manuaba, 2012:89

Keadaan yang mempercepat proses maturasi paru-paru adalah toksemia, hipertensi, diabetes yang berat, infeksi ibu, ketuban pecah dini, insufisiensi plasenta.

Karena keadaan diatas dapat menyebabkan stress pada janin, hal ini dapat menimbulkan rangsangan untuk pematangan paru-paru.

Keadaan yang mempengaruhi keterlambatan maturitas paru-paru adalah :

- 1) Diabetes yang ringan.
- 2) Faktor inkompabilitas Rh.

- 3) Gamely datu ovum dengan berat badan yang berbeda dan biasanya berat bada yang lebih kecil paru-parunya belum matur.

b. Sistem kardiovaskuler

Dengan berkembangnya paru-paru, tekanan oksigen didalam alveoli meningkat. Sebaliknya, tekanan karbondioksida turun. Hal tersebut mengakibatkan turunnya resistensi pembuluh-pembuluh darah paru, sehingga aliran darah ke alat tersebut meningkat. Ini menyebabkan darah dari arteri pulmonalis mengalir ke paru-paru dan duktus arteriosus menutup. Dengan menciutnya arteria dan vena umbilikalis dan kemudian dipotongnya tali pusat, aliran darah dari plasenta melalui vena kava inferior dan foramen ovale ke atrium kiri terhenti. Dengan diterimanya darah oleh atrium kiri dari paru-paru, tekanan di atrium kiri menjadi lebih tinggi dari pada tekanan di atrium kanan, hal ini menyebabkan foramen ovale menutup. Sirkulasi janin sekarang berubah menjadi sirkulasi bayi yang hidup di luar badan ibu (Manuaba, 2007:324).

c. Sistem sirkulasi

Aliran darah dari plasenta berhenti pada saat tali pusat diklem. Tindakan ini meniadakan suplai oksigen. Reaksi-reaksi ini dilengkapi oleh reaksi-reaksi yang terjadi dalam paru sebagai

respon terhadap tarikan nafas pertama. Sebagian besar darah janin yang teroksigenasi melalui paru-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 et al, 2008:880).

d. Termoregulasi

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 °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, 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 36,5-37,5⁰C dan suhu kulit abdomen dalam rentang 36-36,5 ⁰C (Varney et al, 2007:881-882).

e. 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: 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 et al, 2007:883).

f. Perubahan pada darah

Bayi baru lahir dilahirkan dengan hematokrit/hemoglobin yang tinggi. Konsentrasi hemoglobin normal memiliki rentang dari 13,7-20,0 gr/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 gr/dL (Varney et al, 2007:884).

g. Saluran pencernaan

Pada masa neonatus saluran pencernaan mengeluarkan tinja pertama biasanya dalam 24 jam pertama berupa mekonium (zat yang berwarna hitam kehijauan). Dengan adanya pemberian susu, mekonium mulai digantikan tinja yang berwarna coklat kehijauan pada hari ketiga sampai keempat. Adaptasi pada saluran pencernaan adalah:

- 1) Pada hari ke-10 kapasitas lambung menjadi 100 cc.
- 2) Enzim tersedia untuk mengkatalis protein dan karbohidrat sederhana yaitu monosakarida dan disakarida.
- 3) Defisiensi lipase pada pankreas menyebabkan terbatasnya absorpsi lemak sehingga kemampuan bayi untuk mencerna lemak belum matang, maka susu formula sebaiknya tidak diberikan pada bayi baru lahir.
- 4) Kelenjar ludah berfungsi saat lahir tetapi kebanyakan tidak mengeluarkan ludah sampai usia bayi \pm 2-3 bulan.

Sebelum lahir, janin cukup bulan akan mulai menghisap dan menelan. Reflek muntah dan reflek batuk yang matang sudah terbentuk dengan baik pada saat lahir. Kemampuan bayi baru lahir cukup bulan untuk menelan dan mencerna makanan (selain susu)

masih terbatas. Hubungan antara esofagus bawah dan lambung masih belum sempurna yang mengakibatkan gumoh pada bayi baru lahir dan neonatus. Kapasitas lambung sendiri masih sangat terbatas yaitu kurang dari 30 cc untuk seorang bayi baru lahir cukup bulan dan kapasitas lambung ini akan bertambah secara lambat bersamaan dengan pertumbuhannya. Dengan adanya kapasitas lambung yang masih terbatas ini maka sangat penting bagi pasien untuk mengatur pola intake cairan pada bayi dengan frekuensi sedikit tapi sering, contohnya memberi ASI sesuai dengan keinginan bayi. Usus bayi masih belum matang sehingga tidak mampu melindungi dirinya sendiri dari zat-zat berbahaya yang masuk kedalam salurannya. Disamping itu bayi baru lahir juga belum dapat mempertahankan air secara efisien dibanding dengan orang dewasa, sehingga kondisi ini dapat menyebabkan diare yang lebih serius pada neonatus.

(Marmi, 2012 : 20).

h. Perubahan pada sistem imun

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.

Varney et al, (2007:886-888) menyebutkan 2 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 (1) perlindungan barrier yang diberikan oleh kulit dan membran mukosa; (2) kerja seperti saringan oleh saluran napas; (3) kolonisasi pada kulit dan usus oleh mikroba pelindung; dan (4) 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.

i. 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 et al, 2007:888).

6. Adaptasi Bayi Baru Lahir

Adaptasi neonatal (bayi baru lahir) adalah proses penyesuaian fungsional neonates dari kehidupan didalam uterus. Kemampuan adaptasi fungsional neonates dari kehidupan didalam uterus ke kehidupan diluar uterus disebut homeostasis (Puspitasari dkk,2014:240)

Menurut Puspitasari dkk (2014:240) Perubahan-perubahan yang segera terjadi sesudah kelahiran antara lain :

a. Perubahan metabolisme karbohidrat

Dalam waktu 2 jam setelah lahir kadar gula darah tali pusat akan menurun, energi tambahan yang diperlukan neonatus pada jam pertama sesudah lahir diambil dari hasil metabolisme asam lemak sehingga kadar gula darah dapat mencapai 120mg/100. Bila ada gangguan metabolisme akan lemah

sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan neonatus maka kemungkinan besar bayi akan menderita hipoglikemia.

b. Perubahan suhu tubuh

Ketika bayi baru lahir, bayi merasa pada suhu lingkungan yang lebih rendah dari suhu didalam rahim. Apabila bayi dibiarkan dalam suhu kamar maka akan kehilangan panas melalui konveksi. Evaporasi sebanyak 200 kal/kg/BB/menit. Sedangkan produksi yang dihasilkan tubuh bayi hanya 1/100 nya, keadaan ini menyebabkan penurunan suhu bayi sebanyak 2°C dalam waktu 15 menit. Akibat suhu yang rendah metabolisme jaringan meningkat dan kebutuhan O₂ pun meningkat.

Terdapat empat kemungkinan hilangnya panas tubuh bayi baru lahir kelingkungannya.

1) Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi (perpindahan panas dari tubuh bayi ke objek lain melalui kontak langsung).

Contohnya menimbang bayi tanpa alas timbangan.

2) Konveksi

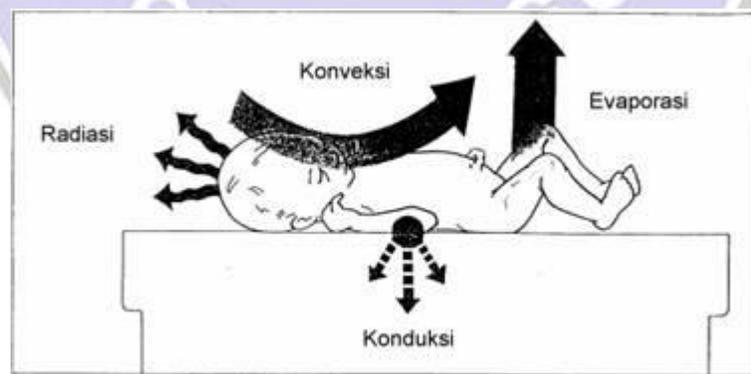
Panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah hilang yang panas tergantung pada kecepatan dan suhu udara). Contoh membiarkan atau menempatkan bayi baru lahir dekat jendela.

3) Radiasi

Panas dipancarkan dari bayi baru lahir, keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara 2 objek yang mempunyai suhu berbeda). Contoh bayi baru lahir dibiarkan didalam ruangan dengan *air conditioner* (AC).

4) Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan tergantung pada kecepatan dan kelembapan udara (perpindahan panas dengan cara merubah cairan menjadi uap) (Muslihatun, 2010:76).



Gambar 2.10
Mekanisme kehilangan panas pada bayi baru lahir

Sumber :WHO/RHT/MSM/97-2

c. Perubahan pernafasan

Selama dalam rahim ibu janin mendapat O_2 dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah bayi lahir pertukaran gas melalui paru-paru bayi. Rangsangan gas melalui paru-paru untuk gerakan rangsangan pertama.

- 1) Tekanan mekanik dari toraks pada saat melewati janin lahir.
- 2) Menurun kadar pH O_2 dan meningkat kadar pH CO_2 merangsang kemoreseptor karotid.
- 3) Rangsangan dingin di daerah muka dapat merangsang permukaan gerakan pernafasan.
- 4) Pernafasan pertama BBL normal dalam waktu 30 detik setelah persalinan. Dimana tekanan rongga dada bayi melalui jalan lahir mengakibatkan cairan paru-paru kehilangan $1/3$ dari jumlah cairan tersebut. Sehingga cairan yang hilang tersebut diganti dengan udara. Paru-paru mengembang mengakibatkan rongga dada terbolak-balok pada bentuk semula, jumlah cairan paru-paru pada bayi normal 80 x/menit- 100 x/menit.

d. Perubahan struktur

Dengan berkembangnya paru-paru mengakibatkan tekanan O_2 meningkat tekanan CO_2 menurun. Hal ini mengakibatkan turunnya resistensi pembuluh darah paru-paru sebagian sehingga aliran darah ke pembuluh darah tersebut meningkat. Hal ini menyebabkan darah dari arteri pulmonalis mengalir ke paru-paru dan duktus arteriosus menutup. Dan menciutnya arteri dan vena umbilikalिस kemudian tali pusat dipotong sehingga aliran darah dari plasenta melalui vena cava inferior dan foramen oval atrium kiri terhenti sirkulasi darah bayi sekarang berubah menjadi seperti semula.

e. Perubahan neurologis

Sistem saraf pada bayi baru lahir baik secara anatomi dan secara fisiologis berkembang sempurna. Semua sistem neuron terbentuk, tetapi masih banyak yang masih belum matang sampai beberapa bulan dan beberapa tahun. Oleh karena itu, bayi baru lahir gerakannya tidak terkoordinasi, pengaturan suhunya masih labil, kendali terhadap otot-ototnya buruk mereka mudah sekali “terkejut”, mudah mengalami tremor pada daerah ekstremitas dan sebagainya.

f. Perubahan Gastrointestinal

Selama masa kehidupan janin, fungsi saluran gastrointestinal masih terbatas. Janin menelan cairan amniotik dan suatu material fekal yang disebut mekonium. Namun, saluran gastrointestinal janin tidak berfungsi untuk proses pencernaan dan penyerapan zat-zat nutrisi. Pada usia gestasi 36 dan 38 minggu, sistem gastrointestinal telah cukup matang untuk beradaptasi segera dengan kehidupan diluar uterus. Berbagai enzim yang dibutuhkan untuk pencernaan berfungsi aktif, dan otot-otot serta perkembangan refleks-refleksnya menyiapkan kemampuan transportasi makanan.

Bayi baru lahir belum memiliki kemampuan untuk mentransfer makanan dari bibir ke faring. Pada bayi baru lahir agar dapat menelan, makanan harus diletakan dengan benar dibelakang lidah. Oleh karena itu, puting susu harus ditempatkan dengan benar didalam mulut BBL. Menghisap difasilitasi oleh otot dan lekuk menghisap yang kuat, atau lipatan, pada bagian depan mulut. Selain itu bantalan menghisap (cadangan jaringan lemak pada tiap pipi) mencegah kolaps pipi selama menyusui dan membuat proses menghisap menjadi lebih efektif. Jaringan lemak ini tetap ada (bahkan ketika lemak hilang dari bagian tubuh yang lain) sampai menghisap tidak lagi penting sebagai metode mendapatkan makanan. Kelenjar saliva masih

belum sempurna pada saat bayi dilahirkan dan memproduksi sedikit saliva sampai bayi berusia 3 bulan.

g. Perubahan fungsi ginjal dan eksresi urine

Ginjal janin sudah berfungsi selama sebagian besar kehidupan janin. Hal ini dibuktikan dengan adanya urine dalam kandung kemih pada awal bulan keempat gestasi. Namun, bahkan pada saat mencapai usia cukup bulan tingkat fungsi ginjal rendah. Semua nefron terbentuk, tetapi area permukaan kapiler glomerulus dan panjang tubulus sekitar sepersepuluh kali ukuran orang dewasa.

Karena laju filtrasi glomerulus yang relatif rendah pada saat lahir, kelebihan air dan zat-zat terlarut tidak dapat dibuang dengan cepat dan efisien.

Dalam 24 jam kelahiran, 92% bayi baru lahir yang sehat berkemih, tetapi berkemih pertama kali dapat terjadi tepat setelah dilahirkan mungkin sangat sedikit dan agak jarang kecuali bayi baru lahir tersebut mengalami edema pada saat lahir. Seiring dengan asupan cairan meningkat mulai dari dua sampai enam kali pada hari pertama dan kedua hingga 5 sampai 20 kali per 24 jam pada hari berikutnya sampai bayi baru lahir tersebut mulai mengembangkan kontrol kandung kemihnya dan jumlah berkemih perhari akan menurun. Dengan peningkatan

asupan cairan, urine menjadi jernih, berwarna kekuningan dan hampir tidak berbau.

h. Perubahan fungsi hati

Selama kehidupan janin, hati memiliki peran penting dalam pembentukan darah. Diperkirakan bahwa fungsi ini berlanjut sampai derajat tertentu setelah lahir. Selanjutnya pada periode neonatus, hati memproduksi zat-zat yang penting untuk koagulasi darah. Jika asupan gizi wanita adekuat selama kehamilan maka kadar gizi yang cukup disimpan dalam hati BBL memasukan kebutuhannya selama bulan-bulan pertama kehidupan saat diet(khususnya air susu) kurang mengandung besi. Namun, cadangan gizi BBL akan berkurang pada sekitar bulan kelima, dan kecuali diberikan makanan yang mengandung besi, defisiensi besi akan terjadi.

(Sharon J et al,2011: 77-78)

7. Kebutuhan Bayi Baru Lahir

a. Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari ke-2 energi berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6 (Marmi, 2012:313).

Menurut Sulistyawati (2012:379), kebutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan pertama adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energi sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari.

Kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonatus dapat dilihat pada tabel 2.8 Sebagai berikut :

Tabel 2.10

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,2007:380

b. Eliminasi

Pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna

biasa (Marmi,2012:314). Feses pertama berwarna hijau kehitaman, lengket dan mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel. Sejak hari ke tiga hingga ke lima kelahiran, feses mengalami tahap transisi dan menjadi berwarna kuning kecoklatan (Fraser,2009:711). Urine pertama dikeluarkan dalam 24 jam pertama setelahnya dengan frekuensi yang semakin sering seiring meningkatnya asupan cairan. Urine encer, berwarna kuning dan tidak berbau (Sulistyawati, 2009:711).

c. Istirahat dan Tidur

Bayi baru lahir tidur 16-18 jam sehari, paling sering blog 45 menit sampai 2 jam. Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari (Walsh, 2007:378).

d. Personal hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mengering. Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urine dan feses membasahi tali pusat.

Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah (Manuaba, 2007:377-378).

e. Aktivitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, akan tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut (Saifuddin, 2010:369).

f. Psikososial

Kontak kulit dengan kulit akan membuat bayi lebih tenang sehingga didapat pola tidur yang lebih baik (Marmi, 2010:369). Bayi baru lahir waspada dan sadar terhadap lingkungannya saat ia terbangun. Jauh dari pasif, bayi bereaksi terhadap rangsang dan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya (Fraser et al, 2009:712).

8. Tanda Bahaya Yang Harus Diwaspadai Pada Bayi Baru Lahir

- a. Pernapasan : sulit atau lebih dari 60 kali per menit
- b. Kehangatan : terlalu panas ($>38^{\circ}\text{C}$ atau terlalu dingin $<36^{\circ}\text{C}$)

- c. Warna : kuning (terutama pada 24 jam pertama), biru atau pucat, memar
- d. Pemberian makan : hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah.
- e. Tali pusat : merah, bengkak, keluar cairan (nanah), bau busuk, berdarah
- f. Infeksi : suhu meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (nanah), bau busuk, pernapasan sulit
- g. Tinja/kemih : tidak berkemih dalam 24 jam, tinja lembek, sering, hijau tua, ada lendir atau darah pada tinja
- h. Aktivitas : menggigil, atau tangis tidak biasa, sangat mudah tersinggung, lemas, terlalu mengantuk, lunglai, kejang halus, tidak bisa tenang, menangis terus menerus (Sarwono, 2010:36).

Penanganan :

- 1) Beri ASI sesuai dengan kebutuhan setiap 2-3 jam (paling sedikit setiap 4 jam)
- 2) Pertahankan bayi agar selalu dengan ibu
- 3) Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering dengan mengambil popok dan selimut sesuai dengan keperluan. Pastikan bayi tidak terlalu panas dan terlalu dingin (dapat menyebabkan dehidrasi, ingat bahwa kemampuan pengaturan

suhu bayi masih dalam perkembangan). Apa saja yang dimasukkan kedalam mulut bayi harus bersih

- 4) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering
- 5) Peganglah, sayangi dan nikmati kehidupan bersama bayi
- 6) Awasi masalah dan kesulitan pada bayi dan minta bantuan jika perlu
- 7) Jaga keamanan bayi terhadap trauma dan penyakit atau infeksi
- 8) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusu kurang baik (Sarwono, 2010:37)

9. Pelayanan Kesehatan Neonatal

a. Kunjungan neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan pada kurun waktu 0-7 hari setelah lahir. Hal yang dilaksanakan :

- 1) Jaga kehangatan tubuh bayi
- 2) Pemberian minum (ASI)
- 3) Menjaga kebersihan kulit bayi
- 4) Rawat tali pusat
- 5) Mendeteksi tanda-tanda bahaya pada bayi
- 6) Kebutuhan istirahat tidur
- 7) Imunisasi

b. Kunjungan neonatal ke-2 (KN lengkap) dilakukan pada kurun waktu hari ke-8 sampai hari ke-28 setelah lahir. Asuhan kebidanan yang diberikan yaitu :

- 1) Jaga kehangatan tubuh bayi
- 2) Berikan ASI eksklusif
- 3) Periksa ada atau tidaknya tanda bahaya dan gejala sakit pada bayi
- 4) Cegah infeksi
- 5) Rawat tali pusat

(Rukiah dan Yulianti, 2010: 66-67)

10. Penyuluhan Sebelum Bayi Pulang

a. Perawatan Tali Pusat

Saat bayi dilahirkan, tali pusat (umbilikal) yang menghubungkannya dan plasenta ibunya akan dipotong oleh dokter. Semasa dalam rahim, tali ini menyalurkan oksigen dan makanan dari plasenta ke janin yang berada di dalamnya. Tapi saat dilahirkan, bayi tidak lagi membutuhkan oksigen dari ibunya, karena ia sudah dapat bernapas sendiri melalui hidung. Karena itulah, tali tersebut harus dipotong meski tidak semuanya. Tali pusat yang melekat di perut bayi, akan disisakan beberapa

senti oleh dokter. Sisanya ini akan dibiarkan hingga pelan-pelan menyusut dan mengering, lalu terlepas dengan sendirinya. Cara membersihkannya bisa dilakukan sebagai berikut:

- 1) Cuci tangan bersih-bersih dengan sabun.
- 2) Ambil kapas bulat atau kapas bertangkai yang telah dibubuhi alkohol 70%, lalu bersihkan sisa tali pusar, terutama bagian pangkalnya (yang menempel pada perut).
- 3) Lakukanlah dengan hati-hati, apalagi bila pusar bayi masih berwarna merah.
- 4) Gunakan jepitan khusus dari plastik untuk ‘memegang’ ujung tali pusarnya, agar lebih mudah dalam membersihkan dan melilitkan perbannya.
- 5) Rendam perban/kasa steril dalam alkohol 70%, lalu bungkus sisa tali pusar. Usahakan agar seluruh permukaan hingga ke pangkalnya tertutup perban.
- 6) Lilitkan perban/kasa sedemikian rupa agar bungkus tidak terlepas. Pastikan tidak terlalu ketat, agar bayi tidak kesakitan.
- 7) Gunakan kain kasa untuk mengikat perban agar tetap pada tempatnya.

b. Pemberian ASI

Inisiasi dini atau pemberian ASI sejak dini adalah sangat dianjurkan untuk dilakukan pada setiap ibu setelah

melahirkan. Proses menyusui dapat segera dilakukan begitu bayi lahir. Bayi yang lahir cukup bulan akan memiliki naluri untuk menyusui pada ibunya di 20-30 menit setelah ia lahir. Itupun jika ia tidak mengantuk akibat pengaruh obat ataupun anastesi yang diberikan ke ibu saat proses melahirkan. Pengalaman pertama bayi. Di jam-jam pertama, bayi akan relatif tenang, terjaga dan memiliki kemampuan bawaan untuk melakukan proses latch-on (proses masuknya sebagian besar ke dalam mulut bayi hingga ia dapat “mengunci” dan menyusui dengan baik dan menyusui dengan baik. Riset menunjukkan bahwa bayi baru lahir yang diletakkan di perut ibu sesaat setelah ia lahir, akan mampu mencari payudara ibu dan menyusui dengan baik dalam kurun waktu kurang dari 50 menit.

c. Jaga Kehangatan Bayi

Bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya dan membutuhkan pengaturan diluar untuk membuat bayi tetap hangat. Menjaga kehangatan bayi baru lahir merupakan suatu hal yang sangat penting, dengan cara membungkus atau mbedung bayi rapat-rapat dan kepalanya ditutup agar membantunya merasa aman dan hangat. Hal ini membuat bayi tidur lebih nyenyak dan lama jika mereka dibungkus. Bayi yang mengalami kehilangan panas (hipotermia) berisiko tinggi untuk jatuh sakit atau meninggal. Jika bayi dalam keadaan basah atau tidak diselimuti,

mungkin akan mengalami hipotermia, meskipun berada dalam ruanganhangat.

Tujuan Menjaga Kehangatan :

- 1) Untuk mengurangi kehilangan panas tubuh
- 2) Membuat bayi merasa aman dan hangat
- 3) Membuat bayi tidur lebih nyenyak

d. Tanda-Tanda Bahaya

- 1) Tidak mau menyusu atau memuntahkan semua yang diminum. Ini tanda bayi terkena infeksi berat.
- 2) Bayi kejang. Kejang pada bayi baru lahir kadang sulit dibedakan dengan gerakan normal. Jika melihat gejala-gerakan yang tidak biasa dan terjadi secara berulang-ulang (menguap, mengunyah, mengisap, mata berkedip-kedip, mata mendelik, bola mata berputar-putar, kaki seperti mengayuh sepeda) yang tidak berhenti jika bayi disentuh atau dielus-elus, kemungkinan bayi kejang.
- 3) Bayi lemah, bergerak hanya jika dipegang.
- 4) Sesak napas (60 kali permenit atau lebih) atau nafas 30 kali per menit atau kurang.
- 5) Bayi merintih.
- 6) Pusing kemerahan sampai dinding perut. Jika kemerahan sudah sampai ke dinding perut, tandanya sudah infeksi berat.

- 7) Demam (suhu tubuh bayi lebih dari $37,5^{\circ}\text{C}$) atau tubuh teraba dingin (suhu tubuh bayi kurang dari $36,5^{\circ}\text{C}$).
- 8) Mata bernanah banyak.
- 9) Bayi diare, mata cekung, tidak sadar, jika kulit perut dicubit akan kembali lambat. Ini tandanya bayi kekurangan cairan yang berat, bisa menyebabkan kematian.
- 10) Kulit bayi terlihat kuning. Kuning pada bayi berbahaya jika muncul pada :
 - (a) Hari pertama (kurang dari 24 jam) setelah lahir.
 - (b) Ditemukan pada umur lebih dari 14 hari.
 - (c) Kuning sampai ke telapak tangan atau kaki.

Bila menemukan salah satu dari tanda - tanda bahaya tersebut di atas sebaiknya orangtua segera membawa bayi ke petugas kesehatan baik dokter maupun bidan.

e. Imunisasi

Setelah lahir, tubuh bayi belum punya daya tahan yang cukup untuk menangkal berbagai penyakit, selain antibodi bawaan yang diberikan ibu sejak dalam kandungan. Dengan imunisasi, tubuh bayi disiapkan mengenali beberapa penyakit tertentu yang mungkin mengancamnya. Berikut 3 jenis imunisasi awal yang diberikan di rumah sakit setelah lahir.

- 1) Hepatitis B

Mencegah penyakit hepatitis B yang menyerang hati (liver); berakhir menjadi sirosis (hati menciut) dan kanker hati. Segera setelah lahir, diupayakan dalam 12 jam pertama. Diberikan minimal 3 kali dalam rentang waktu 6 bulan. Disuntikkan di paha. Diberikan tanpa memandang status ibu (pernah terinfeksi atau belum).

2) Polio

Mencegah terkena polio (poliomyelitis) yang menyebabkan anak lumpuh (kebanyakan mengenai satu kaki tetapi bisa juga terkena kedua kakinya). Menjelang pulang, diteteskan di mulut. Diberikan 3 kali dalam selang waktu 6-8 minggu. Penyakit ini sangat menular dan tidak ada obat.

3) BCG

Mencegah penyakit TB (tuberkulosis). Menjelang pulang, disuntikkan di lengan atas. Umumnya menyerang paru-paru. Tapi pada anak-anak, penyakit ini dapat “menjalar” misalnya ke otak, kelenjar, dan tulang, dan menimbulkan komplikasi.

f. Perawatan Harian atau Rutin

Ajarkan orang tua cara merawat bayi mereka dan perawatan harian untuk bayi bayi baru lahir.

- 1) Beri ASI sesuai dengan kebutuhan setiap 2-3 jam (paling sedikit setiap 4 jam), mulai dari pertama

- 2) Pertahankan agar bayi selalu dengan ibu
 - 3) Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering, dengan mengganti popok dan selimut sesuai dengan keperluan. Pastikan bayi tidak terlalu panas atau terlalu dingin (dapat menyebabkan dehidrasi, ingat bahwa pengaturan suhu bayi masih dalam perkembangan). Apa saja yang dimasukkan ke dalam mulut bayi harus selalu bersih
 - 4) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering
 - 5) Peganglah, sayangi dan nikmati kehidupan bersama bayi
 - 6) Awasi masalah dan kesulitan pada bayi dan minta bantuan jika perlu
 - 7) Jaga keamanan bayi terhadap trauma dan penyakit/infeksi
 - 8) Ukur suhu tubuh bayi, jika bayi tampak sakit atau menyusu kurang
- g. Pencegahan Infeksi

- 1) Infeksi

Infeksi yang terjadi pada bayi baru lahir ada dua yaitu: *early infection* (infeksi dini) dan *late infection* (infeksi lambat).

Disebut infeksi dini karena infeksi diperoleh dari si ibu saat masih dalam kandungan sementara infeksi lambat adalah infeksi yang diperoleh dari lingkungan luar, bisa lewat udara atau tertular dari orang lain. Beragam infeksi bisa terjadi pada bayi baru lahir seperti herpes, toksoplasma, rubella, CMV, hepatitis, eksim,

infeksi saluran kemih, infeksi telinga, infeksi kulit, infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) dan HIV/AIDS.

Cara mengatasinya, infeksi herpes simpleks pada bayi yang baru lahir memang sangat mengkhawatirkan dan memberikan prediksi akibat yang buruk bila tidak segera diobati. Untungnya pengobatan selama ini mampu menurunkan angka kematian demikian juga mencegah progresivitas penyakit berupa infeksi herpes pada susunan saraf pusat atau infeksi diseminata (penyebaran tubuh kebagian tubuh lain). Tindakan terhadap bayi dari ibu penderita herpes genitalis dilakukan secara beragam, diantaranya ada rumah sakit yang menganjurkan isolasi. Selanjutnya, pada bayi dilakukan pemeriksaan kultur virus, fungsi hati dan cairan serebrospinalis (otak). Selain pengawasan ketat selama bulan pertama kehidupannya.

Eksim popok dapat dicegah dengan cara mengganti popok sesering mungkin setiap kali popok basah. Sebaiknya kain popok terbuat dari bahan lembut dan cara pemakaiannya tidak terlalu ketat agar kulit tidak bergesek. Penggunaan celana plastik sedapat mungkin dihindari. Eksim popok juga bisa muncul karena adanya zat-zat tajam yang biasa ada pada feses bayi yang menimbulkan peradangan disekitar anus. Bercak ini umumnya terjadi bila sikecil diare.

Adapun pemberian obat antiretroviral (ARV) pada bayi terinfeksi HIV di minggu pertama pasca kelahiran akan memberikan peluang hidup lebih lama. Pemberian ARV sesegera mungkin membantu menaikkan sistem imun yang lemah akibat serangan virus. Karena bayi yang positif terinfeksi HIV tidak mampu membangun sistem imun untuk ketahanan tubuh. Akibatnya apabila ada penyakit yang menyerang bayi akan cepat sakit dan meninggal. Menurut penelitian bayi yang mendapat terapi ARV akan mempunyai kesempatan hidup lebih lama.

h. Kecelakaan

Pada bayi, umumnya kecelakaan terjadi karena jatuh, tergores benda tajam, tersedak, tercekik atau tanpa sengaja menelan obat-obatan dan bahan kimia yang ditaruh di sembarang tempat. Bisa ditebak, umumnya kecelakaan seperti itu disebabkan kelalaian orang dewasa di sekitarnya (Mueser, 2007:42-43).

2.1.5 KONSEP DASAR KELUARGA BERENCANA (KB)

1. Definisi Keluarga Berencana (KB)

Keluarga berencana adalah suatu program nasional yang dijalankan pemerintah untuk mengurangi populasi jumlah penduduk, karena diasumsikan pertumbuhan populasi penduduk tidak seimbang

dengan ketersediaan barang dan jasa (pembatasan kelahiran) (Maryunani, 2016:539).

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

Kontrasepsi merupakan bagian dari pelayanan kesehatan reproduksi untuk pengaturan kehamilan, dan merupakan hak setiap individu sebagai makhluk sosial (Affandi, 2012: U46).

2. Jenis-jenis Kontrasepsi



Gambar 2.11

Jenis-jenis kontrasepsi

Sumber : PKBI Jateng, 2015. Mengenal jenis kontrasepsi.

a. Kontrasepsi Pasca Salin

1) Metode Amenore Laktasi

a) Pengertian

MAL adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya bayi hanya diberikan ASI saja tanpa tambahan makanan atau minuman lainnya. MAL mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif untuk menekan ovulasi. MAL dapat digunakan sebagai kontrasepsi bila:

- (1) Menyusui secara penuh (*full breast feeding*), lebih efektif jika pemberian ≥ 8 kali sehari.
- (2) Belum haid.
- (3) Umur bayi kurang dari 6 bulan (Affandi, 2012 : MK-1)

b) Efektivitas

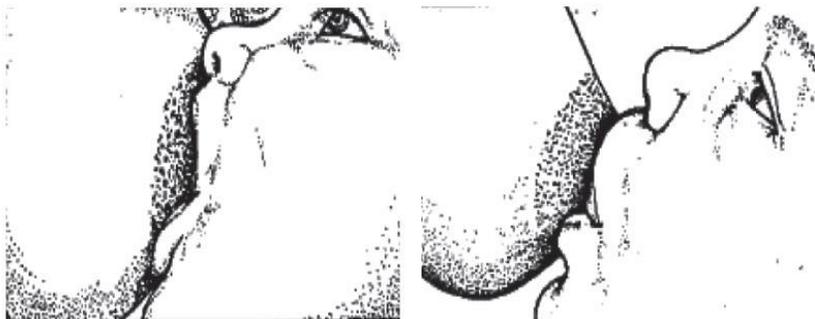
Risiko kehamilan tinggi jika ibu tidak menyusui bayinya secara benar. Bila dilakukan secara benar, risiko kehamilan kurang dari 1 di antara 100 ibu dalam 6 bulan setelah persalinan. Keuntungan khusus bagi kesehatan adalah mendorong pola menyusui yang benar, sehingga membawa manfaat bagi ibu dan bayi. Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan agar efektivitas MAL optimal:

- (1) Ibu harus menyusui bayinya secara penuh atau hampir penuh (bayi hanya sesekali diberi 1-2 teguk air atau minuman pada upacara adat atau agama)
- (2) Perdarahan sebelum 56 hari pascalin bisa diabaikan (belum dianggap haid)
- (3) Bayi menghisap payudara secara langsung
- (4) Menyusui dimulai dari setengah sampai satu jam setelah bayi lahir
- (5) Kolostrum diberikan kepada bayi
- (6) Pola menyusui *on demand* (menyusui setiap saat bayi membutuhkan) dan dari kedua payudara
- (7) Menyusui sesering mungkin selama 24 jam termasuk malam hari
- (8) Hindari jarak antara menyusui lebih dari 4 jam

Untuk mendukung keberhasilan kontrasepsi MAL maka ibu harus mengetahui cara menyusui yang benar meliputi posisi, perlekatan dan menyusui secara efektif (Affandi, 2012:MK-5).

- 1) Posisi bayi yang benar :
 - a) Kepala, leher, serta tubuh bayi dalam satu garis lurus
 - b) Badan bayi menghadap ke arah dada ibu

- c) Badan bayi melekat ke ibu
 - d) Seluruh badan bayi tersangga dengan baik, tidak hanya leher dan bahu saja
- 2) Tanda bayi melekat dengan baik:
- a) Daggu bayi menempel pada payudara ibu
 - b) Mulut bayi terbuka lebar
 - c) Bibir bawah membuka lebar, lidah terlihat di dalamnya
 - d) Areola juga masuk ke mulut bayi, tidak hanya puting susu. Areola bagian atas tampak lebih banyak/lebar
- 3) Tanda bayi menghisap dengan efektif:
- a) Menghisap secara mendalam dan teratur
 - b) Kadang diselingi istirahat
 - c) Hanya terdengar suara menelan
 - d) Tidak terdengar suara mengecap



Gambar 2.12
Bayi melekat dengan benar (sebelah kiri) dan tidak benar (sebelah kanan) pada payudara ibu

Sumber: Kemenkes RI. 2013. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

4) Setelah selesai:

- a) Bayi melepaskan payudara secara spontan
- b) Bayi tampak tenang dan mengantuk
- c) Bayi tampak tidak berminat lagi pada ASI

5) Tanda bayi mendapat ASI cukup:

- a) Bayi buang air kecil sebanyak 6x/24 jam.
- b) Buang air besar bayi berwarna kekuningan “berbiji”.
- c) Bayi tampak puas setelah minum ASI.
- d) Tidak terdapat aturan ketat mengenai frekuensi bayi menyusui (biasanya sebanyak 10-12 kali/24 jam).
- e) Payudara kosong setelah menyusui.
- f) Berat badan bayi bertambah.

(Affandi, 2012:MK-5).

2) Senggama terputus

- a) Pengertian

Senggama terputus merupakan metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mengalami ejakulasi. Cara kerja metode ini adalah alat kelamin pria dikeluarkan dari vagina sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina sehingga tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum sehingga kehamilan dapat dicegah (Affandi, 2012:MK-15).

b) Manfaat metode senggama terputus

(1) Manfaat kontrasepsi

- (a) Efektif bila dilakukan secara benar.
- (b) Dapat digunakan untuk pendukung metode KB lainnya.
- (c) Tidak ada efek samping.
- (d) Bisa digunakan setiap waktu.
- (e) Tidak membutuhkan biaya.

(2) Manfaat non kontrasepsi

- (a) Meningkatkan keterlibatan suami dalam keluarga berencana.
- (b) Untuk pasangan memungkinkan hubungan lebih dekat dan pengertian yang sangat dalam.

(Affandi, 2012:MK-15).

c) Keterbatasan

- (1) Efektivitas sangat bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan senggama terputus setiap melaksanakannya (angka kegagalan 4-27 kehamilan per 100 perempuan per tahun).
- (2) Dapat memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual.

d) Indikasi

- (1) Suami yang ingin berpartisipasi aktif dalam keluarga berencana.
- (2) Pasangan yang taat beragama atau memiliki alasan filosofi untuk tidak menggunakan metode lain.
- (3) Pasangan yang membutuhkan kontrasepsi dengan segera.
- (4) Pasangan yang membutuhkan metode sementara, sambil menunggu metode yang lain.
- (5) Pasangan yang memerlukan metode pendukung.
- (6) Pasangan yang tidak teratur melakukan hubungan seksual..

e) Kontraindikasi

- (1) Suami dengan pengalaman ejakulasi dini.

- (2) Suami yang sulit melakukan senggama terputus.
- (3) Istri yang memiliki pasangan yang sulit bekerjasama.
- (4) Pasangan yang kurang dapat saling berkomunikasi.
- (5) Pasangan yang tidak bersedia melakukan senggama terputus.

(Affandi, 2012:MK-16).

3) Kondom

b) Pengertian

Kondom merupakan selubung atau sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vanili), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual. Kondom terbuat dari karet sintetis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal, yang apabila digulung berbentuk rata atau memiliki bentuk seperti puting susu. Standar kondom dilihat dari ketebalannya, umumnya standar ketebalan kondom adalah 0,02 mm.

Tipe kondom terdiri dari :

- (1) Kondom biasa.

(2) Kondom berkontur (bergerigi).

(3) Kondom beraroma.

(4) Kondom tidak beraroma.

(Affandi, 2012:MK-13).

Mekanisme penggunaan kondom adalah menghalangi pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma diujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi wanita. Dapat mencegah penularan mikroorganisme (IMS) dari pasangan satu ke pasangan yang lainnya. Manfaat penggunaan kondom:

c) Manfaat kontrasepsi

(1) Efektif bila digunakan secara benar.

(2) Kesehatan klien tidak terganggu.

(3) Tidak mempunyai pengaruh sistemik.

(4) Murah dan bisa dibeli secara umum.

(5) Tidak memerlukan resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus.

(6) Metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi lainnya ditunda.

d) Manfaat nonkontrasepsi

- (1) Memberikan dorongan kepada suami untuk ber KB.
 - (2) Dapat mencegah penularan IMS.
 - (3) Saling berinteraksi sesama pasangan.
- (Affandi, 2012:MK-18).

e) Keterbatasan

- (1) Efektivitas tidak terlalu tinggi.
- (2) Cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi.
- (3) Sedikit mengganggu hubungan seksual(mengurangi sentuhan langsung).
- (4) Harus selalu tersedia setiap berhubungan seksual.
- (5) Beberapa klien malu untuk membeli kondom di tempat umum.

f) Kondom sesuai untuk pria yang :

- (1) Ingin berpartisipasi dalam program KB
- (2) Ingin segera mendapatkan alat kontrasepsi
- (3) Ingin kontrasepsi sementara
- (4) Ingin kontrasepsi tambahan
- (5) Hanya ingin memakai alat kontrasepsi jika akan berhubungan
- (6) Beresiko tinggi tertular atau menularkan infeksi menular seksual (IMS)

g) Kondom tidak sesuai untuk pria yang:

- (1) Memiliki pasangan yang beresiko tinggi apabila terjadi kehamilan
- (2) Alergi terhadap bahan dasar kondom
- (3) Menginginkan kontrasepsi jangka panjang
- (4) Tidak mau terganggu dengan berbagai persiapan untuk melakukan hubungan seksual
- (5) Tidak peduli berbagai persyaratan kontrasepsi.

(Affandi, 2012:MK-19).

4) KB Suntik

a) Suntikan progesterin 3 bulan

Suntikan Depo Provera adalah 6-alfa-medroksiprogesteron yang digunakan untuk tujuan kontrasepsi parental, memiliki efek progesteragen yang kuat dan sangat efektif. Kontrasepsi ini sangat cocok untuk program postpartum karena tidak mengganggu laktasi dan terjadinya amenorea setelah suntikan (Anwar, 2011:450).

Menurut Affandi (2012:MK-43) Terdapat 2 jenis kontrasepsi suntik progesteron, yaitu:

- (1) Depo Medroksi Progesteron Asetat (Depo Provera), mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3

bulan sekali dengan cara disuntik secara intramuskuler.

- (2) Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat), mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap 2 bulan diberikan dengan cara intramuskuler.

Cara kerja kontrasepsi suntik progestin adalah mencegah ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga kemampuan penetrasi sperma menurun, menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi, serta menghambat transportasi gamet oleh tuba.

- (1) Keuntungan suntik progestin
- (a) Sangat efektif, 0,3 kehamilan per 100 perempuan per tahun, asal penyuntikan dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang sudah ditentukan.
 - (b) Pencegahan kehamilan jangka panjang.
 - (c) Tidak berpengaruh terhadap hubungan suami istri.
 - (d) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, dan gangguan pembekuan darah.
 - (e) Tidak mempengaruhi produksi ASI.
 - (f) Sedikit efek samping.
 - (g) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.

- (h) Bisa digunakan oleh perempuan usia >35 tahun sampai pre menopause.
- (i) Dapat membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik.
- (j) Dapat menurunkan kejadian penyakit jinak payudara.
- (k) Dapat menurunkan krisis anemia bulan sabit.

(2) Keterbatasan suntik progesterin

- (a) Sering ditemui gangguan haid seperti siklus haid yang memendek atau memanjang, perdarahan yang banyak atau sedikit, perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak (spotting) dan tidak haid sama sekali.
- (b) Klien sangat bergantung pada fasilitas pelayanan kesehatan.
- (c) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sampai suntikan berikutnya.
- (d) Permasalahan berat badan merupakan masalah efek samping yang tersering.
- (e) Tidak menjamin terhadap penularan IMS.
- (f) Terlambatnya pengembalian kesuburan setelah penghentian pemakaian, hal ini bukan karena terjadi

kerusakan atau kelainan organ genetalia melainkan karena belum habisnya pelepasan obat suntikan dari deponya (tempat suntikan).

- (g) Pada penggunaan jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang (densitas), dapat menimbulkan kekeringan vagina, menurunkan libido, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, dan jerawat.

(3) Indikasi

- (a) Usia reproduksi.
- (b) Nulipara dan yang telah memiliki anak.
- (c) Menginginkan kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi.
- (d) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai.
- (e) Pascasalin dan tidak menyusui.
- (f) Setelah abortus atau keguguran.
- (g) Sudah mempunyai banyak anak tetapi belum menghendaki tubektomi.
- (h) Perokok.
- (i) Tekanan darah <180/110 mmHg dengan masalah gangguan pembekuan darah dan anemia bulan sabit.

- (j) Menggunakan obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat) atau obat tuberkulosis (rifampisin).
- (k) Tidak bisa memakai kontrasepsi yang mengandung estrogen.
- (l) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi.
- (m) Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan kontrasepsi pil kombinasi.

(4) kontraindikasi

- (a) Hamil atau dicurigai hamil.
- (b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- (c) Tidak dapat menerima gangguan haid, terutama amenore.
- (d) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
- (e) Diabetes mellitus disertai komplikasi.

(5) Waktu yang diperlukan untuk mulai menggunakan suntik progestin adalah:

- (a) Setiap saat selama siklus haid, jika sudah dipastikan klien tidak hamil.
- (b) Mulai hari pertama sampai hari ketujuh siklus haid.
- (c) Pada klien yang tidak haid, injeksi pertama bisa diberikan setiap saat jika pasien sudah dipastikan tidak hamil.

Selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.

- (d) Klien yang memakai kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntik progestin, jika klien sebelumnya menggunakan kontrasepsi tersebut dengan benar dan sudah dipastikan tidak terjadi kehamilan, suntikan dapat diberikan setiap saat. Tidak perlu menunggu haid berikutnya datang.
- (e) Bila klien sedang memakai jenis kontrasepsi lain dan ingin mengganti dengan suntik progesteron, suntikan yang akan diberikan dimulai pada saat jadwal kontrasepsi suntik yang sebelumnya.
- (f) Klien yang memakai kontrasepsi non hormonal dan ingin menggantinya dengan suntik progestin, suntik dapat segera diberikan asal klien tidak hamil dan pemberiannya tidak perlu menunggu haid berikutnya. Jika pemberian suntikan setelah hari ke-7 siklus haid, maka selama 7 hari setelah suntikan tidak diperbolehkan untuk melakukan hubungan seksual.
- (g) Klien yang ingin mengganti AKDR dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama dapat diberikan selama hari pertama sampai hari ketujuh siklus haid, atau dapat diberikan setelah hari ketujuh siklus haid tetapi dipastikan klien tidak hamil.

(Affandi, 2012:MK;43-49).

b) Suntikan kombinasi 1 bulan

Suntikan kombinasi mengandung hormone esterogen dan progesteron, yang diberikan 1 bulan sekali.

(1) Keuntungan KB suntik 1 bulsn

- (a) Diberikan setiap 4 minggu.
- (b) Peserta suntikan cyclofem mendapat menstruasi.
- (c) Pemberian aman, efektif, dan relatif mudah.

(2) Indikasi

- (a) Usia reproduksi
- (b) Telah memiliki anak, atau yang belum memilik anak
- (c) Ingin mendapat kontrasepsi dengan efektivitas tinggi
- (d) Menyusui ASI pascapersalinan lebih dari 6 bulan
- (e) Pascapersalinan dan tidak menyusui
- (f) Anemia
- (g) Nyeri haid hebat
- (h) Haid teratur
- (i) Riwayat kehamilan ektopik

(j) Sering menggunakan pil kontrasepsi

(3) Kontraindikasi

- (a) Hamil atau diduga hamil
- (b) Menyusui dibawah 6 minggu pascapersalinan

- (c) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
 - (d) Penyakit hati akut
 - (e) Usia lebih dari 35 tahun dan merokok
 - (f) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau dengan tekanan darah tinggi (lebih dari 180/110 mmHg)
 - (g) Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migran
 - (h) Keganasan payudara
- (4) Waktu mulai menggunakan suntikan kombinasi
- (a) Suntikan pertama dapat diberikan dalam waktu 7 hari siklus haid. Tidak diperlukan kontrasepsi tambahan.
 - (b) Bila suntikan pertama diberikan setelah hari ke-7 siklus haid, klien tidak boleh melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan kontrasepsi lain selama 7 hari.
 - (c) Bila klien tidak haid, suntikan pertama dapat diberikan setiap saat asal dapat dipastikan pasien tidak dalam keadaan hamil.
 - (d) Bila klien pascapersalinan 6 bulan, menyusui, serta belum haid suntikan pertama dapat diberikan asal dipastikan ibu tidak hamil.

- (e) Bila klien pascapersalinan lebih dari 6 bulan, menyusui, serta belum haid suntikan pertama dapat diberikan asal dipastikan ibu tidak hamil.
- (f) Bila pascapersalinan kurang dari 6 bulan dan menyusui jangan diberikan suntikan kombinasi.
- (g) Bila pascapersalinan kurang dari 3 minggu dan tidak menyusui dapat diberikan suntikan kombinasi.
- (h) Ibu yang sedang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi hormonal kombinasi. Selama ibu tersebut menggunakan kontrsepsi sebelumnya secara benar suntikan kombinasi dapat diberikan tanpa perlu menunggu haid.
- (i) Bila kontrasepsi sebelumnya juga kontrasepsi hormonal, dan ibu tersebut ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi maka suntikan kombinasi tersebut dapat diberikan sesuai jadwal kontrasepsi sebelumnya (Pinem, 2011:144).

5) Kontrasepsi pil progestin (Mini Pil)

a) pengertian

Pil progestin atau mini pil bukan merupakan penghambat ovulasi karena selama memakan pil mini ini

kadang-kadang ovulasi masih dapat terjadi (Anwar, 2011:449).

Menurut Sulistyawati (2012:97:101) Jenis pil KB yaitu :

(1) Pil kontrasepsi oral tipe kombinasi

Terdiri dari 21-22 pil kontrasepsi oral dan setiap pilnya berisi derivat estrogen dan progestin dosis kecil, untuk penggunaan satu siklus. Pil kontrasepsi oral pertama mulai diminum pada hari pertama perdarahan haid, selanjutnya setiap pil 1 hari 1 pil selama 21-22 hari. Umumnya setelah 2-3 hari sesudah pil kontrasepsi oral terakhir diminum, akan timbul perdarahan haid, yang sebenarnya merupakan perdarahan putus obat. Penggunaan pada siklus selanjutnya, sama seperti siklus sebelumnya, yaitu pil pertama ditelan pada hari pertama perdarahan haid.

(2) Pil kontrasepsi oral tipe sekuensial

Terdiri dari 14-15 pil kontrasepsi oral yang berisi derivat esterogen dan 7 pil berikutnya berisi kombinasi estrogen dan progestin. Cara penggunaannya sama dengan tipe kombinasi.

Efektivitasnya sedikit lebih rendah dan lebih sering menyebabkan hal-hal yang tidak diinginkan.

(3) Pil kontrasepsi oral tipe pil mini

Hanya berisi derivat progesterin, noretrindon atau norgestrel, dosis kecil, terdiri dari 21-22 pil. Cara pemakaiannya sama dengan tipe kombinasi.

(4) Pil kontrasepsi oral tipe pil pascasenggama (*morning after pill*)

Berisi dietilstilbestrol 25 mg, diminum 2 kali sehari, dalam waktu kurang dari 72 jam pascasenggama, selama 5 hari berturut-turut.

(5) Pil kontrasepsi oral di pasaran

Umumnya pil kontrasepsi oral dipasaran terdiri dari 28 pil kontrasepsi, biasanya 7 diantaranya berisi plasebo (zat netral). Hal ini dilakukan untuk mendisiplinkan pemakaian pil kontrasepsi oral. Pil kontrasepsi oral selain untuk mencegah kehamilan juga untuk mengatur haid agar teratur. Ada juga pil kontrasepsi oral yang tidak menimbulkan efek samping berat badan naik, tulang kropos. Produk tertentu pil

kontrasepsi oral juga menjanjikan kehalusan kulit pada pemakainya..

b) Keuntungan kontrasepsi minipil

- (1) Sangat efektif apabila digunakan secara benar (98,5%). Pada penggunaan minipil jangan sampai ada pil yang terlupa atau jangan sampai terjadi gangguan gastrointestinal (muntah, diare) karena akibatnya kemungkinan terjadi kehamilan sangat tinggi
- (2) Tidak mengganggu hubungan seksual.
- (3) Tidak mempengaruhi ASI.
- (4) Kesuburan cepat kembali.
- (5) Nyaman dan mudah digunakan.
- (6) Sedikit efek samping.
- (7) Dapat dihentikan setiap saat.
- (8) Tidak mengandung estrogen.

c) Keuntungan nonkontrasepsi

- (1) Dapat mengurangi nyeri dan jumlah darah haid.
- (2) Dapat menurunkan tingkat anemia.
- (3) Dapat mencegah kanker endometrium.
- (4) Dapat melindungi dari penyakiradang panggul.
- (5) Tidak meningkatkan pembekuan darah.

- (6) Tidak menyebabkan peningkatan tekanan darah, sakit kepala dan depresi.
 - (7) Dapat mengurangi keluhan premenstruasi sindrom (sakit kepala, perut kembung, nyeri payudara, lekas marah).
 - (8) Sedikit sekali mengganggu metabolisme karbohidrat sehingga relatif aman diberikan pada perempuan pengidap kencing manis yang belum mengalami komplikasi.
- d) Keterbatasan minipil
- (1) Hampir 30-60% mengalami gangguan haid (perdarahan sela, spotting, amenorea).
 - (2) Peningkatan atau penurunan berat badan.
 - (3) Harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama.
 - (4) Bila lupa satu pil saja, kegagalan akan menjadi besar.
 - (5) Payudara tegang, mual, pusing, dermatitis atau jerawat.
- (6) Resiko kehamilan ektopik cukup tinggi (4 dari 100 kehamilan) tetapi resiko ini lebih rendah bila dibandingkan dengan perempuan yang tidak menggunakan minipil.

(7) Efektivitasnya menjadi lebih rendah bila digunakan secara bersamaan dengan obat tuberkulosis dan epilepsi.

(8) Hirsutisme (tumbuh rambut atau bulu berlebihan di daerah muka) tetapi sangat jarang terjadi.

e) Indikasi

(1) usia reproduksi.

(2) Telah memiliki anak atau yang belum memiliki anak.

(3) Menginginkan metode kontrasepsi yang sangat efektif selama periode menyusui.

(4) Pascasalin dan tidak menyusui.

(5) Pasca keguguran.

(6) Perokok.

(7) Mempunyai tekanan darah tinggi (selama <180/110 mmHg) atau dengan masalah pembekuan darah.

(8) Tidak boleh menggunakan estrogen atau lebih senang tidak menggunakan estrogen.

f) Kontraindikasi

(1) Hamil atau diduga hamil.

(2) Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya.

(3) Tidak dapat menerima bila terjadi gangguan haid.

- (4) Menggunakan obat tuberkulosis atau obat eilepsi.
- (5) Kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
- (6) Sering lupa menggunakan pil.
- (7) Miom uterus, progestin memicu pertumbuhan miom uterus.
- (8) Memiliki riwayat stroke, progestin menyebabkan spasme pembuluh darah.

g) Waktu menggunakan minipil

- (1) Mulai hari pertama sampai hari kelima siklus haid. Tidak diperlukan pencegahan dengan kontrasepsi lain.
- (2) Dapat digunakan setiap saat asal dipastikan klien tidak hamil. Bila menggunakannya setelah hari kelima siklus haid, jangan melakukan hubungan seksual selama 2 hari atau menggunakan metode kontrasepsi yang lain selama 2 hari.
- (3) Bila klien tidak haid (amenore), minipil bisa digunakan setiap saat asal dipastikan klien tidak hamil, jangan melakukan hubungan seksual selama 2 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain selama 2 hari.

- (4) Bila menyusui antara 6 minggu dan 6 bulan pascasalin dan tidak haid, minipil dapat digunakan setiap saat.
- (5) Bila lebih dari 6 minggu pascasalin dan klien telah mendapatkan haid makan minipil diminum pada hari pertama sampai kelima siklus haid.
- (6) Minipil dapat diberikan segera pasca keguguran.
- (7) Bila sebelumnya klien memakai kontrasepsi hormonal lain dan ingin menggantinya dengan minipil, minipil dapat segera diberikan bila kontrasepsi sebelumnya digunakan dengan benar dan klien tidak hamil.
- (8) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi suntikan, minipil diberikan pada jadwal suntikan berikutnya. Tidak diperlukan menggunakan metode kontrasepsi lain.
- (9) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah non hormonal, minipil dapat diberikan pada hari ke 1-5 siklus haid. Tanpa diperlukan metode kontrasepsi lain.

Bila kontrasepsi sebelumnya adalah AKDR (termasuk KADR yang mengandung hormon), minipil dapat diberikan pada hari ke 1-5 siklus haid (Affandi, 2012:MK;50-55).

6) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

a) Pengertian

AKDR adalah suatu alat yang dimasukkan ke dalam rahim yang sangat efektif, reversible, dan berjangka panjang, dapat dipakai oleh perempuan usia reproduktif (Handayani, 2010:139).

b) Jenis-jenis AKDR

Jenis AKDR menurut Handayani (2010:140-141) dikategorikan menjadi 2 yaitu :

(1) AKDR non hormonal

(a) Menurut bentuknya AKDR dibagi menjadi 2 yaitu :

i. Bentuk terbuka (*oven device*)

Misalnya : Lippes, Cu T,Cu-7,Marguiles, Spring Coil, Multiload, Nova-T.

ii. Bentuk tertutup (*closed device*)

Misalnya : Ota-Ring, Atigon, Graten Berg Ring.

(b) Menurut tambahan atau metal

i. Medicated IUD

Misalnya : Cu T 200 (daya kerja 3 tahun), Cu T 220 (daya kerja 3 tahun), Cu T 300 (daya kerja 3 tahun), Cu T 380 (daya kerja 8 tahun), Cu-7, Nova-T (daya kerja 5 tahun), ML-Cu 375 (daya kerja 3 tahun).

ii. Un Medicated IUD

Misalnya : Lippes Loop, Marguiles, Saf-T Coil, Antigon.

(2) AKDR hormonal

1. Progestasert-T = Alza T

Panjang 36 mm, lebar 32 mm, dengan 2 lembar benang ekor warna hitam.

Mengandung 38 mg progesteron dan barium sulfat, melepaskan 65 mcg progesteron per hari. Tabung insersi terbentuk lengkung

Teknik insersi : plunging (*modified withdrawal*).

2. LNG-20

Mengandung 46-60 mg levonorgestrel, dengan pelepasan 20 mcg per hari. Penghentian pemakaian oleh karena persoalan-persoalan perdarahan ternyata lebih tinggi dibandingkan IUD lainnya, karena 25% mengalami amenorea atau perdarahan haid yang sangat sedikit.

c) Cara kerja AKDR menurut Affandi (2012:MK-81):

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

d) Keuntungan AKDR

- (1) Sebagai alat kontrasepsi, efektivitasnya tinggi (0,6-0,8 kehamilan per 100 perempuan dalam tahun pertama).
- (2) AKDR dapat efektif setelah pemasangan.
- (3) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380A dan tidak perlu diganti).
- (4) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat.
- (5) Tidak mempengaruhi hubungan seksual.
- (6) Dapat meningkatkan kenyamanan hubungan seksual karena tidak perlu takut hamil.
- (7) Tidak ada efek samping hormonal.
- (8) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI.
- (9) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesaat setelah abortus (apabila tidak terjadi infeksi).
- (10) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir).
- (11) Tidak ada interaksi dengan obat-obatan.

e) Kerugian AKDR

- (1) Tidak dapat mencegah IMS termasuk HIV/AIDS.

- (2) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan.
- (3) Penyakit radang panggul terjadi sesudah perempuan dengan IMS memakai AKDR. PRP dapat memicu infertilitas.
- (4) Prosedur medis, termasuk pemeriksaan pelvik diperlukan untuk pemasangan AKDR.
- (5) Klien tidak dapat melepas AKDR oleh dirinya sendiri.
- (6) Mungkin AKDR keluar dari uterus tanpa diketahui (sering terjadi apabila AKDR dipasang segera setelah melahirkan).
- (7) Tidak dapat mencegah kehamilan ektopik karena fungsi AKDR untuk mencegah kehamilan normal.
- (8) Perempuan harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu. Untuk melakukan ini, klien harus memasukkan jarinya ke dalam vagina, sebagian perempuan tidak mau melakukan ini.

f) Keuntungan setelah pemasangan

- (1) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari Cu-T-380A dan tidak perlu diganti). Sebagai kontrasepsi, efektifitasnya tinggi.

Sangat efektif 0,6-0,8 kehamilan atau 100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan).

- (2) AKDR dapat efektif segera.
- (3) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat.
- (4) Tidak mempengaruhi hubungan seksual.
- (5) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil.
- (6) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (Cu-T-380A).
- (7) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI.
- (8) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi).
- (9) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir).
- (10) Tidak ada interaksi dengan obat-obatan.
- (11) Membantu mencegah kehamilan ektopik.

IUD sangat efektif, (efektivitasnya 92-94%) dan tidak perlu diingat setiap hari seperti hanya pil.

Tipe multiload dapat dipakai sampai 4 tahun Nova T dan Copper T 200 (CuT-200) dapat dipakai 3-5 tahun, Cu-T 380A dapat untuk 8 tahun. Kegagalan rata-rata 0,8 kehamilan per 100 pemakai wanita pada tahun pertama pemakaian (Saifuddin, 2007:123).

g) Indikasi

- (1) Usia reproduktif.
- (2) Keadaan nulipara.
- (3) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang.
- (4) Ibu menyusui yang menginginkan kontrasepsi.
- (5) pascasalin dan ingin menyusui bayinya.
- (6) Pasca keguguran dan tidak terlihat adanya infeksi.
- (7) Resiko rendah IMS.
- (8) Tidak menghendaki metode hormonal.
- (9) Tidak perlu untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari.
- (10) Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari pascasenggama.
- (11) Perokok.

h) Kontraindikasi

- (1) Sedang hamil atau diduga hamil.
- (2) Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya.
- (3) Sedang menderita infeksi alat genital (vaginitis, servivitis).
- (4) Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita PRP atau abortus sepsik.
- (5) Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri.
- (6) Menderita TBC pelvik.
- (7) Menderita kanker alat genital.
- (8) Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm.

7) Kontrasepsi Implant

a) Pengertian

Menurut Pinem (2009:98), kontrasepsi implant adalah alat kontrasepsi yang diinsersikan tepat dibawah kulit, terdiri dari 6 kapsul *silastik*, setiap kapsulnya berisi *levornorgestrel* sebanyak 36 mg dengan panjang 3,4 cm dilakukan pada bagian dalam lengan atas atau dibawah siku melalui insisi tunggal

dalam bentuk kipas, yang bekerja dalam jangka waktu 5 tahun. Pemasangan implant hanya dilakukan petugas klinik atau orang terlatih secara khusus.

b) Macam-macam kb implant

(1) *Norplant*

Terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, dengan diameter 2,4 mm yang diisi dengan 36 mg Levonorgestrel dan lama kerjanya lima tahun (Saifuddin, 2013:MK-53).

(2) *Jadena dan Indolant*

Terdiri dari dua batang yang diisi dengan 75 levonogestrel dengan lama kerja 3 tahun (Kumalasari, 2015:279).

(3) *Implanon*

Terdiri dari satu batang putih lentur dengan panjang 40 mm dan diameter 2 mm, yang diisi dengan 68 mg 3-keto-desogestrel dan lama kerjanya 3 tahun (Saifuddin, 2013:MK-53).

c) Cara kerja kontrasepsi implant

Menurut Saifuddin (2010:MK-54) yaitu :

(1) Lendir serviks menjadi kental.

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

d) Keuntungan KB Implant

Menurut Manuaba (2010:603) keuntungan kb implant yaitu :

- (1) Dipasang selama 5 tahun
- (2) Kontrol medis ringan
- (3) Dapat dilayani didaerah pedesaan
- (4) Penyulit medis tidak terlalu tinggi
- (5) Biaya murah

Menurut Maryunani (2016:552) keuntungan kb implant yaitu:

- (1) Praktis
- (2) Efektif
- (3) Tidak ada faktor lupa
- (4) Tidak menekan produksi ASI
- (5) Masa pakai jangka panjang 5 tahun

e) Kerugian KB Implant :

(1) Menimbulkan gangguan menstruasi yaitu tidak mendapat menstruasi dan terjadi perdarahan yang tidak teratur.

(2) Berat badan bertambah.

(3) Menimbulkan akne, ketegangan payudara.

(4) Liang senggama terasa kering (Manuaba, 2010:603).

f) Keterbatasan kontrasepsi implant

(1) Membutuhkan tindak pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan.

(2) Tidak mencegah infeksi menular seksual.

(3) Klien tidak dapat menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi, akan tetapi harus pergi ke klinik untuk pencabutan.

(4) Efektivitasnya menurun bila menggunakan obat tuberculosis atau obat epilepsi.

(BKKBN dan Kemenkes RI No.46, 2012).

g) Efek samping

Menurut Saifuddin (2013:MK 58-59) efek samping kb implant yaitu :

(1) Amenorea

(2) Perdarahan bercak

(3) Ekspulsi

(4) Infeksi pada daerah insersi

(5) Berat badan naik/turun

h) Indikasi

(1) Usia reproduksi

(2) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang

(3) Ibu menyusui

(4) Pasca keguguran atau abortus

(5) Tidak menginginkan anak lagi, tapi tidak mau menggunakan metode kontrasepsi mantap

(6) Wanita dengan kontraindikasi hormone esterogen

(7) Sering lupa mengkonsumsi pil (Kumalasari, 2015:280).

i) Kontraindikasi

(1) Hamil atau diduga hamil

(2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya

(3) Benjolan atau kanker payudara atau riwayat kanker payudara

(4) Tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi

(5) Miom uterus

(6) Gangguan toleransi glukosa (Saifuddin, 2013: MK-55).

8) Kontrasepsi mantap

a) Tubektomi

a. Pengertian

Tubektomi merupakan metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin hamil lagi. Diperlukan prosedur bedah untuk melakukan tubektomi sehingga perlu dilakukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini.

Tubektomi merupakan metode efektif dan tidak menimbulkan efek samping jangka panjang.

Efektivitas tubektomi:

- (a) Kurang dari 1 kehamilan per 100 (5 per 100) perempuan pada tahun pertama penggunaan.
- (b) Ada 10 tahun penggunaan, terjadi sekitar 2 kehamilan per 100 perempuan (18-19 per 1000 perempuan).
- (c) Efektivitas kontraseptif terkait dengan teknik tubektomi (penghambatan atau oklusi tuba) tetapi secara keseluruhan, efektivitas tubektomi cukup

tinggi dibandingkan tubektomi minilaparotomi pascapersalinan (Affandi, 2012:MK-89).

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

b. Indikasi

- (a) Pasangan yang tidak ingin menambah anak lagi.
- (b) Ibu pascasalin.
- (c) Ibu yang sedang menyusui.
- (d) Tidak ingin menggunakan kontrasepsi yang harus dipakai atau disiapkan setiap waktu.

- (e) Perempuan dengan gangguan kesehatan yang bertambah berat jika terjadi kehamilan.
- (f) Pengguna kontrasepsi yang menimbulkan gangguan pola haid.

(Affandi,2012:MK-90)

c. Profil tubektomi:

- (a) Sangat efektif dan permanen
- (b) Tindakan pembedahan yang aman dan sederhana.
- (c) Tidak memiliki efek samping.
- (d) Konseling dan *informed consent* (persetujuan tindakan) mutlak diperlukan.

d. Manfaat tubektomi

- (a) Sangat efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan).
- (b) Tidak mempengaruhi proses menyusui (*breastfeeding*)
- (c) Tidak bergantung pada faktor senggama.
- (d) Baik bagi klien apabila kehamilan akan menjadi resiko kesehatan yang serius.

- (e) Pembedahan sederhana, bisa dilakukan dengan anastesi local.
- (f) Tidak ada efek samping dalam jangka panjang.

- (g) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual (tidak ada efek pada produksi hormone ovarium).

(Affandi,2012:MK-91)

e. Keterbatasan tubektomi:

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

f. Indikasi

- (a) Usia > 26 tahun.
- (b) Paritas > 2.
- (c) Yakin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai dengan kehendaknya.

- (d) Pada kehamilannya akan menimbulkan resiko kesehatan yang serius.
- (e) Pascakeguguran.
- (f) Paham dan secara sukarela setuju dengan prosedur ini.

(Affandi,2012:MK-92)

g. Kontraindikasi

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

h. Waktu pemasangan

- (a) Setiap 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,

- i. Minilap: di dalam waktu 2 hari atau setelah 6 minggu atau 12 minggu.
- ii. Laparoscopi: tidak tepat untuk klien-klien pascapersalinan.

(d) Pasca keguguran,

- i. Triwulan pertama: dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvik (minilap atau laparoscopi).
- ii. Triwulan kedua: dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvik (minilap saja).

(Affandi,2012:MK-93).

b) Vasektomi

(1) Pengertian

Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk laki-laki yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini (Affandi,2012:MK-95).

(2) Efektivitas Vasektomi

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

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

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

(d) Bila terjadi kehamilan pascavasektomi, kemungkinan adalah:

- i. Pengguna tidak menggunakan metode tambahan (barier) saat senggama dalam 3 bulan pertama pascavasektomi.
- ii. Oklusi vas deferens tidak tepat.
- iii. Rekanalisasi spontan.

(6) Manfaat

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

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

(7) Keterbarasan Vasektomi

- (a) Permanen (*non-reversible*) dan timbul masalah bila klien menikah lagi.
- (b) Bila tidak siap ada kemungkinan penyesalan di kemudian hari.
- (c) Perlu pengosongan depot sperma di vasikula seminalis sehingga perlu 20 kali ejakulasi.
- (d) Resiko dan efek samping pembedahan kecil.
- (e) Ada nyeri atau rasa tidak nyaman pascabedah.
- (f) Perlu tenaga pelaksana terlatih.
- (g) Tidak melindungi klien terhadap PMS (misalnya: HBV, HIV/AIDS).

(8) Efek Samping

Tidak ada efek samping jangka pendek dan jangka panjang. Karena area pembedahan termasuk superficial, jarang sekali menimbulkan resiko merugikan pada klien.

(9) Indikasi

- (a) Usia reproduksi (biasanya < 50)

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

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

(d) Yang memahami asas sukarela dan memberi persetujuan tindakan medis untuk prosedur tersebut.

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

(Affandi,2012: MK-96-97).

(10) Profil vasektomi

(a) Sangat efektif.

(b) Tidak ada efek samping jangka panjang.

(c) Tindak bedah yang aman dan sederhana.

(d) Efektif setelah ejakulasi 20 kali atau 3 bulan.

(Affandi,2012:MK-98)

(11)Komplikasi vasektomi:

(a) Komplikasi dapat terjadi saat prosedur sedang berlangsung atau beberapa saat setelah tindakan.

Komplikasi selama prosedur bisa berupa komplikasi akibat reaksi anafilaksis yang disebabkan oleh penggunaan lidokain yang berlebihan terhadap anyaman pembuluh darah di sekitar vas deferens.

- (b) Komplikasi pascatindakan dapat berupa hematoma skrotalis, infeksi atau abses pada testis, atrofi, epididimitis, atau peradangan kronik granuloma di tempat insisi. Penyulit jangka panjang yang bisa mengganggu upaya pemulihan fungsi reproduksi adalah terjadinya antibodi sperma (Affandi,2012:MK;95-101).



2.2 KONSEP DASAR ASUHAN KEBIDANAN

2.2.1 ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN

1. Pengkajian Data

a. Data subyektif

1) Biodata

a) Nama

Untuk dapat mengenal atau mengenali nama ibu dan untuk mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama (Romauli,2011:162)

b) Umur

Ibu hamil usia 20 sampai 35 tahun merupakan usia reproduksi sehat. Penyulit pada kehamilan remaja lebih tinggi dibandingkan kurun waktu reproduksi sehat (antara usia 20 sampai 30 tahun). Keadaan ini disebabkan karena belum matangnya alat reproduksi untuk hamil, sehingga memudahkan terjadi keguguran, infeksi, anemia pada kehamilan, dan gestosis (Manuaba, 2010:235-236)

Usia dibawah 16 tahun atau diatas 35 tahun wanita terhadap sejumlah rentan terhadap komplikasi persalinan, meliputi persalinan lama pada nulipara, seksio sesaria, kelahiran preterm (Varney et al,2008:691)

c) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Ambarwati, 2010;132).

d) Pendidikan

Informasi ini membantu kita memahami klien sebagai individu dan memberi gambaran tentang kemampuan klien, sehingga mempermudah kita dalam memberikan informasi atau konseling (Marmi, 2014:155).

e) Pekerjaan

Mengetahui pekerjaan klien adalah penting untuk mengetahui apakah klien berada dalam keadaan utuh dan untuk mengkaji potensi premature dan pajanan terhadap bahaya lingkungan kerja, yang dapat merusak janin (Marmi, 2014:155).

f) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas sehingga kelangsungan kehamilan dapat menimbulkan berbagai masalah kebidanan (Manuaba, 2010:235).

g) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Ambarwati, 2010:132).

h) Data mengenai suami/ penanggung jawab

Hal ini akan memberikan jaminan jika saat persalinan ibu mengalami kegawatdaruratan maka bidan sudah tahu harus dengan siapa bidan berunding. Dan saat ibu mendapat pendampingan saat persalinan akan membuat psikologis ibu membaik dan membuat motivasi dalam mengejan.

Anjurkan ibu untuk di temani suami dan/ atau anggota keluarga lain selama persalinan dan kelahiran bayinya. Beberapa prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayinya. Banyak hasil penelitian menunjukkan bahwa jika para ibu diperhatikan dan diberi dukungan selama persalinan dan kelahiran bayi serta mengetahui dengan baik mengenai proses persalinan dan asuhan yang akan mereka terima, mereka akan mendapatkan rasa aman dan hasil yang lebih baik (Depkes RI, 2008 :12)

2) Keluhan Utama

Menurut [Varney et al \(2007:540-543\)](#), keluhan ringan pada kehamilan adalah edema dependen, varises, nokturia, konstipasi, sesak nafas, nyeri ulu hati, kram tungkai, nyeri punggung bawah. Pada ibu hamil trimester III, keluhan-keluhan yang sering dijumpai yaitu :

a) Edema Dependen

Edema dependen pada kaki timbul akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah. Gangguan sirkulasi disebabkan oleh tekanan uterus yang membesar pada vena-vena panggul pada saat wanita tersebut duduk atau berdiri dan pada vena kava inferior saat posisi terlentang.

b) Nokturia

Terjadi peningkatan frekuensi berkemih. Aliran balik vena dari ekstremitas difasilitasi saat wanita sedang berbaring pada posisi lateral rukemban karena uterus tidak lagi menekan pembuluh darah panggul dan vena kava inferior.

c) Konstipasi

Konstipasi diduga terjadi karena penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron. Pergeseran dan tekanan yang terjadi pada usus akibat pembesaran uterus atau bagian presentasi juga dapat menyebabkan konstipasi.

d) Hemoroid

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi, oleh karena itu semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid. Progesteron juga dapat menyebabkan relaksasi

dinding vena dan usus besar. Selain itu, pembesaran uterus juga mengakibatkan peningkatan tekanan pada vena hemoroid.

e) Kram tungkai

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

f) Sesak nafas

Sesak nafas merupakan ketidaknyamanan terbesar yang dialami pada trimester ke-3. Selama periode ini, uterus telah mengalami pembesaran hingga terjadi penekanan pada diafragma. Selain itu diafragma akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan.

g) Nyeri punggung bawah

Nyeri punggung bawah merupakan nyeri punggung yang terjadi pada area lumbosakral. Nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi dan postur tubuhnya. Perubahan-perubahan ini disebabkan oleh berat uterus yang semakin membesar.

h) Varises

Varises disebabkan oleh gangguan sirkulasi vena dan tekanan vena pada panggul saat wanita duduk atau berdiri dan

penekanan pada vena kafa inferior saat ia berbaring. Pakaian yang ketat juga akan menghambat aliran vena balik dari ekstremitas bagian bawah, atau posisi berdiri lama memperberat masalah tersebut. Relaksasi dinding vena dan katup serta otot polos sekeliling karena induksi juga turut menyebabkan timbulnya varises.

i) Kecemasan menghadapi persalinan

Sejumlah kecemasan muncul pada trimester ketiga. Wanita akan merasakan kecemasan berlebih dengan kehidupannya dan bayinya, seperti apakah nanti bayinya akan abnormal, terkait dengan persalinan (nyeri, kehilangan kendali, dan hal yang tidak diketahui), apakah ia nanti mampu bersalin secara normal, apakah ia bisa merawat bayinya, ia juga merasa canggung, jelek berantakan. Dalam hal ini ibu sangat memerlukan dukungan yang sangat besar dari pasangannya.

3) Alasan Datang

Alasan wanita datang ke tempat bidan/klinik, yang diungkapkan dengan kata-katanya sendiri. (Hani dkk,2010:87).

4) Riwayat Kesehatan Ibu

Dikaji untuk membantu bidan mengidentifikasi kondisi kesehatan yang dapat mempengaruhi kehamilan atau bayi baru lahir. (Rukiyah,2009:146)

a) Penyakit Jantung

Perubahan fisiologis normal pada masa hamil meningkatkan curah jantung wanita hingga mencapai 40 persen melebihi curah jantungnya ketika tidak hamil saat ia berada pada keadaan istirahat. Peningkatan ini terjadi pada awal kehamilan dan mencapai puncaknya pada usia kehamilan 20 hingga 24 minggu. Peningkatan curah jantung selama kehamilan, persalinan, dan melahirkan akan meningkatkan resiko dekomposisi jantung pada wanita yang mempunyai riwayat penyakit jantung. (Varney et al, 2007:628)

b) Hipertensi

Wanita hipertensi yang dinyatakan hamil perlu mendiskusikan dengan dokternya tentang pengobatan mana yang aman digunakan selama mengandung. Selain itu, wanita dengan hipertensi yang sudah ada sebelumnya mengalami peningkatan resiko terjadinya preeklampsia selama kehamilan (Varney et al, 2007: 130).

c) Anemia

Anemia didefinisikan sebagai penurunan jumlah sel darah merah atau penurunan konsentrasi hemoglobin di dalam sirkulasi darah. Definisi anemia yang diterima secara umum adalah kadar Hb kurang dari 12,0 gram per 100 mililiter (12

gram/desiliter) untuk wanita tidak hamil dan kurang dari 10,0 gram per 100 mililiter (10 gram/desiliter) untuk wanita hamil.

(Varney et al, 2007:623)

d) Asma

Wanita yang memiliki riwayat asma berat sebelum hamil terbukti akan terus mengalaminya dan menjadi semakin buruk selama masa hamil. Asma dihubungkan dengan peningkatan angka kematian perinatal, hiperemesis gravidaru, kelahiran preterm, hipertensi kronis, preeklamsia, bayi berat lahir rendah, dan perdarahan pervaginam.(Varney et al, 2007:630)

e) TBC

Pada kehamilan pada infeksi TBC resiko prematuritas, IUGR dan berat badan lahir rendah meningkat, serta resiko kematian perinatal meningkat 6 x lipat. Keadaan ini terjadi akibat diagnosa yang terlambat, pengobatan yang tidak teratur dan derajat keparahan lesi di paru. Infeksi TBC dapat menginfeksi janin yang dapat menyebabkan tuberculosis congenital. (Prawirohardjo, 2008 : 207)

f) Diabetes Melitus

Faktor resiko utama diabetes maternal ini adalah berat badan berlebih, peningkatan berat badan, dan kurangnya

aktivitas fisik. Jelas hal ini menjadi pertimbangan bagi semua bidan dalam menganjurkan pola hidup sehat kepada wanita. Diabetes juga merupakan permasalahan yang terus meningkat pada wanita usia subur. Oleh sebab itu, penapisan diabetes harus dilakukan pada semua wanita hamil (Varney et al, 2007:635).

Diabetes dapat memberikan penyulit pada ibu berupa preeklasia, polihidramnion, infeksi saluran kemih, persalinan seksio sesarea, trauma persalinan akibat bayi besar. Bagi bayi dapat menimbulkan makrosomia (bayi dengan berat badan berlebihan), hambatan pertumbuhan janin, cacat bawaan, hipoglikemia, hipokalsemia dan hipomagnesemia, Hiperbilirubinemia, asfiksia perinatal, dan sindrom gawa nafas neonatal (Saifuddin, 2009:290-291)

g) Hepatitis B

Kehamilan tidak akan memperberat infeksi virus hepatitis, akan tetapi jika terjadi infeksi akut pada kehamilan bisa menimbulkan mortalitas tinggi pada ibu dan bayi.

(Prawirohardjo, 2002 : 906)

h) Infeksi TORCH

Semua infeksi TORCH meliputi komponen toksoplasmosis, rubella, sitomegalovirus, dan herpes simpleks

dapat menimbulkan kelainan kongenital dalam bentuk yang hampir sama yaitu mikrosefalus, ketulian, kebutaan, abortus, prematuritas dan pertumbuhan janin terhambat (Manuaba,2010:340)

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

Diabetes, meskipun tidak diturunkan secara genetik, memiliki kecendrungan terjadi pada anggota keluarga yang lain, terutama jika mereka hamil atau obesitas. Hipertensi juga memiliki komponen family, dan kehamilan kembar juga memiliki insiden yang lebih tinggi pada keluarga tertentu. Beberapa kondisi seperti anemia, lebih banyak terjadi pada ras tertentu (Fraser dan Cooper,2009:254)

6) Riwayat Obstetri

a) Riwayat Haid

Gambaran riwayat haid klien yang akurat akan membantu penetapan tanggal perkiraan kelahiran (*estimated date of delivery-EDD*) yang sering disebut taksiran partus. Dengan menggunakan rumus Neagele $h+7$ $b-3$ $th+1$ untuk siklus 28 hari. Sedangkan untuk siklus 35 hari menggunakan rumus $h+14$ $b-3$ $th+1$ (Marmi, 2011:157).

Menurut Manuaba (2010:68), umumnya menarche terjadi pada usia 13-16 tahun, teratur atau tidak setiap bulannya

(umumnya interval 28-30 hari), lama menstruasi biasanya 4-7 hari, konsistensi darah menstruasi encer, berwarna hitam, bau amis, mengalami dismenorhea sebelum menstruasi, kemudian tanggal menstruasi terakhir (HPHT).

Anamnesis haid memberikan kesan tentang faal alat reproduksi/kandungan meliputi Umur menarche, frekuensi, jarak/siklus jika normal, lamanya, jumlah darah yang keluar, karakteristik darah (misal bergumpal), dismenorhea (Hani dkk, 2010:89)

b) Riwayat Kehamilan Sekarang

Riwayat kehamilan sekarang dikaji untuk menentukan umur kehamilan dengan tepat. Setelah mengetahui umur kehamilan ibu, bidan dapat memberikan konseling tentang keluhan kehamilan yang biasa terjadi dan dapat mendeteksi adanya komplikasi dengan yang lebih baik (Rukiyah, 2009:145)

c) Riwayat Kehamilan Persalinan dan Nifas yang Lalu

Jumlah kehamilan, anak yang lahir hidup, persalinan yang aterm, persalinan yang premature, keguguran atau kegagalan kehamilan, persalinan dengan tindakan (dengan forcep, atau dengan SC), riwayat perdarahan pada kehamilan, persalinan atau nifas, sebelumnya, hipertensi disebabkan kehamilan pada kehamilan sebelumnya, berat bayi

sebelumnya ,2500 atau >4000, masalah-masalah lain yang dialami, riwayat kebidanan yang lalu membantu dalam mengelola asuhan pada kehamilan ini (konseling khusus, test, tindak lanjut, dan rencana persalinan).(Rukiyah,2009:146)

d) Keluarga Berencana

Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi *estimated date of delivery* (EDD) dan karena penggunaan metode lain dapat membantu “menanggali kehamilan”. Riwayat penggunaan IUD terdahulu meningkatkan resiko kehamilan ektopik, dan tanyakan kepada klien lamanya pemakaian alat kontrasepsi dan jenis kontrasepsi yang digunakan serta keluhan yang dirasakan (Marmi,2011:158).

7) Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-Hari

a) Pola Nutrisi

Dikaji untuk mengetahui seorang wanita hamil sudah memuaskan atau belum dalam memenuhi tuntutan kehamilannya. Dengan bertanya, kita akan menemukan setiap variasi dari kondisi idealnya dan wanita yang beresiko dapat dirujuk ke bagian gizi/diet (Farrer,2010:88).

Pada ibu hamil peningkatan konsumsi makanan hingga 300 kalori per hari, mengonsumsi makanan yang mengandung

protein, zat besi, minum cukup cairan (menu seimbang)(Saifuddin,2010:N-3).

Menurut Saifuddin (2011:286) nutrisi yang perlu ditambahkan pada saat kehamilan yaitu :

1) Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas dan hal lain merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya preeklamsi. Jumlah pertambahan berat bada sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil.

2) Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari. Sumber protein tersebut dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan), atau hewani (ikan, ayam, keju, susu,telur). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran prematur, anemia dan oedema.

3) Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gr/hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otak dan rangka. Sumber kalsium yang

mudah diperoleh adalah susu, keju, yoghurt, dan kalsium bikarbonat. Defisiensi kalsium menyebabkan ricketsia pada bayi atau osteomalsia pada ibu.

4) Zat besi

Pemberian zat besi dimulai dengan memberikan satu tablet sehari segera setelah rasa mual hilang. Setiap tablet mengandung FeSO_4 320 mg (zat besi 60 mg) dan asam folat 500 μg , minimal masing-masing 90 tablet. Tablet besi sebaiknya tidak diminum bersama the atau kopi karena akan mengganggu penyerapan. Metabolisme yang tinggi pada ibu hamil memerlukan kecukupan oksigenasi jaringan yang diperoleh dari pengikatan dan pengantaran oksigen melalui hemoglobin didalam sel-sel darah merah. Untuk menjaga konsentrasi hemoglobin normal diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg/hari terutama setelah trimester kedua. Sumber zat besi dapat diperoleh dari sayuran hijau, daging yang berwarna merah, dan kacang-kacangan. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi.

5) Asam folat

Selain zat besi, sel-sel darah merah juga memerlukan asam folat bagi pematangan sel. Jumlah asam

folat yang dibutuhkan oleh ibu hamil adalah 400 mikrogram per hari, kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil.

Tabel 2.11

Tambahan kebutuhan nutrisi ibu hamil

Nutrisi	Kebutuhan Tidak Hamil/Hari	Tambahan Kebutuhan Hamil/hari
Kalori	2000-2200 kalori	300-500 kalori
Protein	75 gram	8-12 gram
Lemak	53 gram	Tetap
Fe	28 gram	2-4 gram
Ca	500 mg	60 mg
Vit A	3500 IU	500 IU
Vit C	75 gram	30 mg
Asam folat	180 gram	400 mg

Sumber : Sukarni,Ichesmi, 2013:128

Tabel 2.12

Jumlah makanan untuk ibu hamil

Bahan Makanan	Tidak Hamil/Hamil trimester I	Hamil trimester II dan III (ekstra/gram)
Beras	250 gr = nasi 500 gr/5 gelas	25 gr = nasi 50 gr/1,5 gelas
Protein Hewani	100 (2 potong)	50 (1 potong)
Telur	50 (1 butir)	-
Protein nabati	100 (4 potong)	50 (2 potong)
Kacang-kacangan	25 (2,5 sendok sdm)	25 (2,5 sdm)
Sayuran	200 (2 gelas)	100 (1 gelas)
Buah	200 (2 potong)	100 (1 potong)
Minyak	25 (2,5 sdm)	-
Gula	25 (2,5 sdm)	25 (2,5 sdm)
Susu bubuk	25(2,5 sdm)	25 (2,5 sdm)

Sumber : Sukarni, Ichesmi, 2013:132

Tabel 2.13

Contoh menu ibu hamil

Waktu	Menu	Gram	Ukuran	Manfaat nutrisi
Pagi pukul 07.00	<ul style="list-style-type: none"> • Nasi goreng • Telur dadar • Lalapan tomat dan ketimun • Sari jeruk 	200 50 100 200	2 gelas 1 butir 1 gelas 1 gelas	Zat tenaga : 2 Zat pembangun : 1 Zat pengatur : 1 Zat pengatur : 1
Pukul 10.00	<ul style="list-style-type: none"> • Bubur kacang hijau • Jus tomat 	200 200	1 gelas 1 gelas	Zat pemabangun : 1 Zat pengatur : 1
Siang pukul 12.00	<ul style="list-style-type: none"> • Nasi • Empal daging • Oseng tahu • Ca sawi dan wortel • Apel 	200 100 100 100 100	2 gelas 2 potong 4 potong 1 gelas 1 buah	Zat tenaga : 2 Zat pembangun : 2 Zat pembangun : 2 Zat pengatur : 1 Zat pengatur : 1
Pukul 15.00	<ul style="list-style-type: none"> • Rujak buah • Susu 	200 200	1 gelas 1 gelas	
Malam pukul 18.00	<ul style="list-style-type: none"> • Nasi • Ayam bakar • Tempe penyet • Lalapan (kobis, ketimun, launca) • Sambal • Melon 	200 100 50 100 100	2 gelas 2 potong 2 potong 1 gelas 1 potong	Zat tenaga: 2 Zat pembangun : 2 Zat pembangun : 1 Zat pengatur : 1 Zat pengatur : 1
Pukul 21.00	<ul style="list-style-type: none"> • Susu 	200	1 gelas	Zat pembangun : 1

Sumber : Sukarni, Ichismi, 2013:132-133

b) Pola Eliminasi

Berkaitan dengan adaptasi gastrointestinal sehingga menurunkan tonus dan motiliti lambung dan usus terjadi reabsorpsi zat makanan peristaltik usus lebih lambat sehingga menyebabkan konstipasi.

Penekanan kandung kemih karena pengaruh Hormon estrogen dan progesteron sehingga menyebabkan sering buang air kecil(Rukiyah, 2009:105-106).

c) Pola Aktivitas

Berhubungan dengan system muskuloskeletal : persendian sakro-iliaka, sakro koksigia dan pubik yang akan meyebabkan adanya keretakan, pusat graviasi berubah sehingga postur tubuh berubah, terjadi perubahan postur tubuh menjadi lordosi fisiologis. Penekanan pada ligamen dan pelvic, cara berbaring, duduk, berjalan, berdiri dihindari jangan sampai mengakibatkan injuri karena jatuh(Rukiyah,2009:107).

Wanita hamil boleh bekerja, tetapi jangan terlampau berat. (Rukiyah,2009:106).

d) Pola Istirahat dan Tidur

Berhubungan dengan kebutuhan kalori pada masa kehamilan, mandi air hangat sebelum tidur, tidur dalam posisi miring ke kiri, letakkan beberapa bantal untuk menyangga, pada ibu hamil sebaiknya banyak menggunakan waktu luangnya untuk banyak istirahat atau tidur walau bukan tidur betulan hanya baringkan badan untuk memperbaiki sirkulasi darah (Rukiyah,2009:106).

e) Pola Sexual

Jika seorang wanita hamil memiliki riwayat abortus spontan atau persalinan prematur maka sanggama tidak boleh dilakukan selama 2-3 bulan pertama kehamilannya dan juga dalam bulan terakhir. Kalau tidak terdapat riwayat seperti di atas, aktivitas seksual dapat dianjurkan untuk dilanjutkan menurut keinginan pasangan suami-isteri tersebut (Farrer,2010:90-91).

Gaya gravitasi uterus (yang hamil) menyebabkan agar berhati-hati dalam melakukan hubungan seksual (Saifuddin,2009:43).

f) Pola Hygiene

Perlu dikaji karena kebersihan umum perorangan merupakan persoalan penting. Infeksi kulit harus segera diobati (Farrer,2010:91).

Menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genitalia) dengan cara membersihkan dengan air dan dikeringkan(Saifuddin,2009:95).

Baju hamil yang praktis selama enam bulan kehamilan menggunakan baju biasa yang longgar, pilihlah bahan yang tidak panas dan mudah menyerap keringat, bagian dada harus longgar karena payudara akan membesar, bagian pinggang harus longgar kalau perlu terdapat tali untuk menyesuaikan perut yang terus membesar(Rukiyah,2009:104).

g) Riwayat ketergantungan

(1) Merokok

Ibu hamil yang merokok akan sangat merugikan diri sendiri dan bayinya. Bayi akan kekurangan oksigen dan racun yang dihisap melalui rokok bisa ditransfer melalui plasenta kedalam tubuh bayi. Kandungan nikotin yang terdapat didalam rokok dapat menyebabkan efek vasokonstriksi kuat dan meningkatkan tekanan darah, frekuensi jantung, peningkatan epineprin, dan CO₂ meningkatkan resiko terjadinya abortus spontan, plasenta abnormal dan preeklamsi (Marmi, 2011:268).

(2) Alkohol

Masalah signifikan yang ditimbulkan oleh anak-anak yang mengalami sindrom alkohol jainin dan gangguan perkembangan saraf terkait alkohol membuat klinis wajib menyakan asupan alkohol dan mengingatkan wanita efek potensial alkohol jangka panjang pada bayi yang dikandungnya (Marmi, 2011:268).

(3) Obat terlarang

Mengidentifikasi penggunaan obat pada masa hamil sangat penting. Membantu wanita yang ingin berhenti merokok, mengidentifikasi janin dan bayi beresiko. Wanita yang menggunakan obat-obatan terlarang akan menyebabkan keterlambatan perkembangan janin, retardasi mental atau bahkan kematian (Marmi, 2011:268).

8) Data Psikososial Dan Spiritual

Kualitas asuhan dapat dinilai melalui kompetensi budaya atau kemampuan seorang penyedia pelayanan untuk mengintegrasikan pengetahuan tentang keyakinan dan norma budaya karena keyakinan dan norma budaya terkait dengan pengalaman melahirkan. Pengkajian budaya harus dilakukan untuk memastikan pemberi asuhan memiliki pengetahuan yang adekuat mengenai keyakinan terhadap dukungan persalinan, terapi obat, dan pantangan (Kennedy,2009:124).

Riwayat sosial ekonomi ibu dapat membantu mengetahui sistem dukungan terhadap ibu dan pengambil keputusan dalam keluarga sehingga dapat membantu ibu dalam merencanakan persalinannya yang lebih baik (Rukiyah,2009:146-147).

9) Psikososial dan spiritual ibu hamil trimester III

Trimester III sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Ibu hamil tidak sabar menantikan kelahiran bayi, berjaga-jaga dan menunggu tanda dan gejala persalinan, merasa cemas dengan kehidupan bayi dan dirinya sendiri, merasa canggung, jelek, berantakan dan memerlukan dukungan yang sangat besar dan konsisten dari pasangannya, mengalami proses duka lain ketika mengantisipasi hilangnya perhatian dan hak istimewa khusus selama hamil, dan hasrat untuk melakukan hubungan seksual akan menghilang seiring dengan membesarnya abdomen yang menjadi penghalang (Marmi, 2011:95-96).

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

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

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

(2) Lemah : Pasien dimasukkan dalam kriteria ini jika kurang atau tidak memberikan respons yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan sendiri. (Ari Sulistyawati, 2011:174-175).

(3) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien kita dapat melakukan pengkajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan composmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Ari Sulistyawati,2011:175).

b) Tanda-tanda vital (TTV)

(1) Tekanan Darah(TD)

Penentuan tekanan darah sangat penting pada masa hamil karena peningkatan tekanan darah dapat membahayakan kehidupan ibu dan bayi. Pada kehamilan normal, tekanan darah sedikit menurun sejak minggu ke delapan. Kondisi ini menetap sepanjang trimester kedua dan kemudian mulai kembali ke tekanan darah sebelum hamil.

Tekanan darah dalam batas normal, yaitu 100/70-130/90 mmHg Wanita yang tekanan darahnya sedikit meningkat diawal pertengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika wanita tersebut adalah nulipara dengan sistolik lebih dari 120 mmHg, ia beresiko mengalami preeklampsia (Marmi, 2014 : 163). Kenaikan tidak boleh lebih dari 30 mmHg sistolik atau 15mmHg pada diastolik, lebih dari batasan tersebut ada kemungkinan mulai terdapat preeklamsia ringan (Manuaba, 2007:86).

(2) Nadi

Denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100 denyut per menit (dpm). Curigai hipotiroidisme jika denyut nadi lebih dari 100 dpm. Periksa adanya eksoflatmia dan hipereleksia yang menyertai (Marmi, 2014 : 163).

(3) Suhu

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

(4) Pernapasan

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

c) Pemeriksaan Antropometri

(1) Tinggi Badan (TB)

Tubuh yang pendek dapat menjadi indikator gangguan genetik. Karena tinggi yang pasti sering kali tidak diketahui dan tinggi badan berubah seiring peningkatan usia wanita, tinggi badan harus diukur pada saat kunjungan awal (Marmi, 2014:163).

(2) Berat Badan (BB)

Penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian payudara, volume darah, dan cairan ekstraseluler. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg (Saifuddin, 2010:180).

Tabel 2.14

Rekomendasi penambahan berat badan berdasarkan indeks massa tubuh

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

Sumber : Saifuddin, 2011:180

(3) Lingkar lengan atas (LILA)

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5cm. Jika LILA kurang dari 23,5cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronis (KEK) (Jannah,2012:136).

Selain itu merupakan indikator kuat status gizi ibu yang kurang/ buruk, sehingga beresiko untuk melahirkan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR). Dengan demikian bila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan, petugas dapat memotivasi ibu agar lebih memperhatikan kesehatannya serta jumlah dan kualitas makanannya (Romauli, 2011:173).

d) Pemeriksaan Fisik

(1) Kepala

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

(2) Muka

Tampak *cloasma gravidarum* pada daerah wajah akibat dari pengaruh keluarnya *melanophore stimulating hormonehipofisis anterior* (Marmi, 2011:102). Edema pada

muka atau edema seluruh tubuh merupakan salah satu tanda gejala adanya *preeklampsia* (Saifuddin, 2011:543).

(3) Mata

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

(4) Hidung

Adakah pernafasan cuping hidung dan adakah pengeluaran sekret (Ummi Hani,2011: 92)

(5) Mulut

Bibir : warna, integritas jaringan (lembab, kering atau pecah-pecah). Lidah : warna, kebersihan. Gigi : kebersihan, caries, gangguan pada mulut (bau mulut) (Ari Sulistyawati,2011:175-176)

(6) Leher

Kelenjar tiroid sedikit membesar selama masa hamil akibat hiperplasia anatomi ini tidak menyebabkan tiromegali yang signifikan dan setiap pembesaran yang signifikan perlu diteliti. Hipotiroidisme sulit dideteksi selama masa hamil

karena banyak gejala hipotirodisme, yakni keletihan, penambahan berat, dan konstipasi yang menyerupai gejala-gejala kehamilan. tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis, pada penyakit jantung dapat ditemukan adanya pembendungan vena dileher (Marmi, 2014;:64-166).

(7) Dada

Bentuk, simetris/tidak. Payudara : bentuk masing-masing payudara (seimbang atau tidak), hiperpigmentasi areola payudara, teraba massa, nyeri atau tidak, kolostrum, keadaan puting : menonjol, datar, atau masuk kedalam, kebersihan. Denyut jantung, gangguan pernafasan (auskultasi) (Ari Sulistyawati, 2011 : 176).

(8) Ketiak

Pemeriksaan daerah ketiak untuk mengetahui adanya pembengkakan kelenjar limfe (Ari Sulistyawati, 2011:176)

(9) Payudara

Payudara harus diperiksa untuk mendeteksi setiap massa yang mungkin ganas, adanya hiperpigmentasi areola, puting susu bersih dan menonjol. Pada minggu ke-12 kolostrum mulai keluar dari papila mammae pada pasien multigravida yang telah mantap menyusui pada masa

kehamilan sebelumnya. Wanita primigravida baru akan memproduksi kolostrum pada masa akhir kehamilan (Romauli, 2011:174).

(10) Abdomen

Bentuk pembesaran perut (perut membesar kedepan atau kesamping, keadaan pusat, tampakkah gerakan janin atau kontraksi rahim), luka bekas operasi, ukur tinggi fundus uteri, hitung TBJ, letak presentasi, posisi dan penurunan kepala, mendengar denyut jantung janin (DJJ), dan gerakan janin (Ummi Hani, 2011:92).

Ukuran uterus dapat dikaji melalui observasi. Kandung kemih yang penuh, kolon yang terdistensi atau obesitas, dapat memberi kesan yang salah tentang ukuran janin. Pada sebagian besar kasus, bentuk uterus lebih panjang ketika janin berada pada posisi transversal, uterus berbentuk melebar dan terletak lebih rendah. Umbilikus menjadi kurang cekung sejalan dengan perkembangan kehamilan dan cepat sedikit menonjol pada minggu-minggu terakhir. Ketika ibu sedang berdiri, abdomen akan tampak tipis. Otot abdomen yang lemah pada ibu multipara dapat menyebabkan uterus condong kedepan. Linea nigra dapat terlihat sebagai garis berwarna gelap akibat

pigmentasi yang terletak memanjang dibagian tengah abdomen dibawah dan terkadang diatas umbilikus. BCG dapat mengindikasikan adanya operasi abdomen atau obstetrik yang pernah dilakukan sebelumnya (Fraser et al, 2009:258)

(11) Genitalia

Pemeriksaan alat genitalia eksterna terdiri dari inspeksi vulva untuk mengetahui pengeluaran cairan atau darah dari liang senggama, perlukaan pada vulva/labium mayus, dan pertumbuhan abnormal (kondiloma akuminata-lata, kista bartholini, abses bartholini, fibroma labium mayus). Pada palpasi vulva akan teraba tumor pada vulva, teraba benjolan atau penebalan labium mayus dan teraba pembengkakan kelenjar bartholini (Manuaba, 2010:537). Pemeriksaan genitalia dilakukan dengan mencari adanya lesi, eritema, perubahan warna, pembengkakan, ekskoriasi dan memar. Bila ada lesi kemungkinan menunjukkan sifilis atau herpes (Marmi, 2011:170).

(12) Anus

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi. Oleh karena itu, semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid. Progesteron juga menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Selain itu, pembesaran

uterus mengakibatkan peningkatan tekanan, secara spesifik juga secara umum pada vena hemoroid (Varney et al, 2007:539).

(13) Ekstremitas

Pada ibu hamil trimester III sering terjadi edema dependen, yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas kapiler, tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena kava inferior ketika berbaring. Jika edema muncul pada muka, tangan, dan disertai proteinuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya pre eklampsia (Marmi, 2011:136). Bila tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon diketuk. Bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungkin merupakan tanda pre eklampsia. Bila reflek patella negatif kemungkinan pasien mengalami kekurangan B1. (Romauli, 2011:176).

e) Pemeriksaan Khusus

(1) Palpasi Abdomen

Palpasi atau periksa raba yaitu untuk menentukan besarnya rahim, menentukan tuanya kehamilan, menentukan letak janin, serta memastikan tidak ada tumor, kista myoma

didalam rongga perut. Cara melakukan palpasi menurut leopold adalah sebagai berikut:

(a) Leopold I

Pemeriksaan leopold I digunakan untuk menentukan tinggi fundus uteri, bagian janin dalam fundus, dan konsistensi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan (Romauli, 2011:175).

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold I yaitu:

- i. Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha
- ii. Pemeriksa berdiri di sebelah kanan penderita dan melihat kearah muka penderita
- iii. Rahim dibawa ke tengah
- iv. Tinggi fundus uteri ditentukan(Marmi, 2014:167).

Tabel 2.15

TFU berdasarkan leopold pada trimester III

Usia kehamilan	TFU
28 minggu	1/3 jari di atas pusat
32 minggu	Pertengahan prosesus xifoideus (px) dan pusat
36 minggu	Setinggi px atau 2-3 jari di bawah px
40 minggu	Pertengahan px dan pusat

Sumber: Manuaba, 2010:100



Gambar 2.12
Posisi Leopold I

Sumber: Manuaba, 2010:118

(b) Leopold II

Tujuan Leopold II untuk menentukan batas samping rahim kanan dan kiri, yaitu punggung pada letak bujur dan kepala pada letak lintang, normalnya teraba bagian panjang, keras seperti papan (punggung) pada satu sisi uterus dan pada sisi lain teraba bagian kecil (ekstremitas) (Romauli,2011:175).

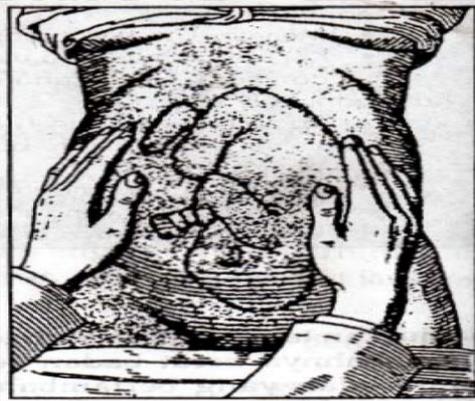
Langkah-langkah pemeriksaan Leopold II yaitu:

- i. Kedua tangan pindah ke samping

- ii. 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.
- iii. Kadang-kadang di samping terdapat kepala atau bokong ialah letak lintang.

(Marmi, 2014:167-168)

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



Gambar 2.13
Posisi Leopold II

Sumber: Manuaba, 2010: 118

(c) Leopold III

Tujuan Leopold III yaitu untuk mengetahui presentasi/bagian terbawah janin yang ada di simpisis. Normalnya pada bagian bawah janin teraba bagian yang bulat, keras dan melenting (kepala janin) (Romauli, 2011: 175).

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold III yaitu:

- i. Dipergunakan satu tangan saja
- ii. Bagian bawah ditentukan antara ibu jari dan jari lainnya
- iii. Cobalah apakah bagian bawah masih dapat digoyangkan.

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



Gambar 2.14
Posisi Leopold III

Sumber: Manuaba, 2010:119

(d) Leopold IV

Tujuan leopold IV yaitu untuk mengetahui apakah bagian terendah janin sudah masuk PAP dan seberapa jauh masuknya bagian terendah janin dalam PAP (Romauli, 2011:176).

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold IV yaitu:

- i. Periksa mengubah sikapnya menjadi ke arah kaki klien.
- ii. Dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi bagian bawah
- iii. Ditentukan apakah bagian bawah sudah masuk ke dalam PAP dan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul
- iv. Jika kita rapatkan kedua tangan pada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar(Marmi, 2014:168).



Gambar 2.15
Posisi Leopold IV

Sumber: Manuaba, 2010:119

(e) Osborn Test

Menurut Muslihatun (2009:140), pemeriksaan Osborn test dilakukan pada umur kehamilan 36 minggu. Tujuan pemeriksaan Osborn Test ini untuk mengetahui adanya Disporposi Kepala Panggul (DKP) pada ibu hamil. Apabila kepala tidak masuk PAP atau masih goyang dan terdapat tanda dari *OSBORN*, yaitu kepala di dorong ke arah PAP dengan satu tangan di atas simpisis pubis, sedangkan tangan lain mengukur tegak lurus pada kepala yang menonjol. Hasilnya yaitu (+) 3 jari, (-) masuk PAP, (\pm) antara kesalahan –kesalahan letak (Mochtar, 2012: 228).

(f) Menentukan penurunan bagian terbawah janin

Penilaian penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada diatas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan pemeriksa (per lima an). Penurunan bagian terbawah dengan metode lima jari :

- i. 5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba diatas simfisis pubis
- ii. 4/5 jika sebagian 1/5 bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul.
- iii. 3/5 jika sebagian 2/5 bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul.
- iv. 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada diatas simfisis dan 3/5 bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digerakkan).
- v. 1/5 jika hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada diatas simfisis dan 4/5 bagian telah masuk kedalam rongga panggul.
- vi. 0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk kedalam rongga panggul (Pelatihan Asuhan Persalinan Normal Buku Acuan, 2008).

(2) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Apabila usia kehamilan di bawah 24 minggu pengukuran dilakukan dengan jari, tetapi apabila kehamilan di atas 24 minggu memakai pengukuran *Mc.Donald* yaitu dengan cara mengukur tinggi fundus memakai cm dari atas simpisis ke

fundus uteri kemudian ditentukan sesuai rumusnya (Rukiyah, 2009:7).

Melakukan pemeriksaan mengukur tinggi *fundus uteri* dengan tehnik *Mc. Donald* bertujuan untuk menentukan umur kehamilan berdasarkan bulan dibandingkan dengan hasil anamnesis *HPHT* dan kapan gerakan janin mulai dirasakan. Tinggi *fundus uteri* dalam sentimeter (cm), yang normal harus sama dengan umur kehamilan dalam minggu yang ditentukan berdasarkan *HPHT* (Ambarwati, 2011:83).

Cara menghitung TFU untuk menentukan usia kehamilan dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut :

- 1) Tinggi fundus (cm) x 2/7 = (durasi kehamilan dalam bulan)
- 2) Tinggi fundus (cm) x 8/7 = (durasi kehamilan dalam minggu)

(Manuaba, 2010:163)

Tabel 2.16

Tinggi Fundus Uteri

Usia kehamilan	Tinggi Fundus	
	Dalam cm	Menggunakan Penunjuk badan
12 minggu	-	Teraba di atas simpisis pubis

16 minggu	-	Di tengah antara simpisis pubis dan umbilikus
20 minggu	20 cm (± 2 cm)	Pada umbilikus
22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
28 minggu	28 cm (± 2 cm)	Di tengah, antara umbilikus dan prosesus sifoideus
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
36 minggu	36 minggu (± 2 cm)	Pada prosesus sifoideus.

Sumber : Rukiyah,2009:33

(3) Tafsiran Berat Janin (TBJ)

TBJ (Taksiran Berat Janin) gram. Rumus Johnson-

Tausak : menentukan taksiran berat janin adalah : $BB =$

$(Mac Donald - n) \times 155$

n : posisi kepala masih diatas spina ischiadika atau bawah.

Bila diatas (-12) dan bila dibawah (-11) (Rukiyah,2009:33).

(4) Auskultasi

Auskultasi dengan menggunakan stetoskop

monoaural atau doopler untuk menentukan DJJ setelah

umur kehamilan 18 minggu, yang meliputi frekuensi,

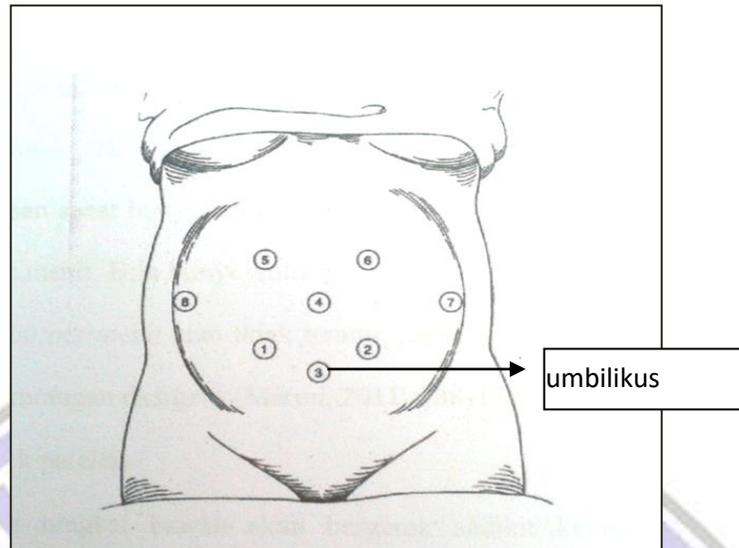
keteraturan dan kekuatan DJJ. DJJ normal adalah 120

sampai 160 x/menit. Bila DJJ kurang dari 120 atau lebih dari 160 x/menit, maka kemungkinan ada kelainan janin fatau plasenta (Elisabeth Siwi Walyani,2015:88)

Menurut Sulistyawat (2011:169) Cara menghitung bunyi jantung ialah dengan mendengarkan 3 kali 5 detik. Kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan empat, misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga, dan 5 detik kelima dalam satu menit adalah :

- (a) (11-12-11) kesimpulannya teratur, frekuensi 136 permenit, DJJ normal.
- (b) (10-14-9) kesimpulannya tak teratur, frekuensi 132 permenit, janin dalam keadaan asfiksia.
- (c) (8-7-8) kesimpulannya teratur, frekuensi 92 permenit, janin dalam keadaan asfiksia.

Jadi, kesimpulannya interval DJJ antara 5 detik pertama, ketiga, dan kelima dalam 1 menit tidak boleh lebih dari 2. Menurut laporan tugas akhir Ernawati tahun 2014 dalam Wheeler. Untuk Letak Punctum Maksimum pada kehamilan dengan posisi janin normal dapat dilihat pada gambar 2.1 sebagai berikut



Gambar 2.16
Letak Punctum Maksimun Setelah Minggu ke-26 Gestasi Pada Posisi Normal

Sumber: Wheeler, 2004:145.

Keterangan:

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.

(5) Perkusi

Melakukan penketukan pada daerah patella untuk memastikan adanya refleks pada ibu (Walyani,2015:88)

(6) Pemeriksaan panggul

Menurut Marmi (2011: 171-176) Persalinan dapat berlangsung dengan baik atau tidak antara lain tergantung pada luasnya jalan lahir yang terutama ditentukan oleh bentuk dan ukuran-ukuran panggul. Maka untuk meramalkan apakah persalinan dapat berlangsung biasa, pengukuran panggul diperlukan.

(a) Panggul luar

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

i. Distansia spinarum

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

ii. Distansia cristarum

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

iii. Konjugata eksterna (Baudeloque)

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

iv. Ukuran lingkaran panggul

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

(b) Panggul dalam

Jarak minimal antara tulang kemaluan dengan promontorium adalah 11 cm. Jika kurang, maka dikategorikan sebagai panggul sempit. Panggul tengah diukur dengan cara memeriksa spina isciadika atau tonjolan tulang panggul yang teraba menonjol atau tidak dan sudut tulang kemaluan lebih dari 90 derajat dan interuberosum lebih dari 8 cm untuk mengetahui panggul bawah luas. Yang harus diperiksa pada pengukuran panggul dalam ialah:

- i. Apakah promontorium teraba atau tidak.
- ii. Apakah tidak ada tumor (eksotosel) pada permukaan belakang simpisis.

iii. Apakah linea inominata teraba seluruhnya atau sebagian.

iv. Apakah sidewalls (dinding samping) lurus, convergen atau divergen oleh karena ukuran yang luas pada inlet tidak perlu diikuti pada bidang sempit panggul dan pintu bawah panggul.

v. Apakah kedua spina isciadika menonjol atau tidak.

vi. Apakah os sacrum mempunyai inklinasi ke depan dan belakang.

vii. Apakah sudut arcus pubis cukup luas atau tidak (Marmi, 2011:174-176).

(7) Pemeriksaan Penunjang

(a) Pemeriksaan Haemoglobin (Hb)

Pemeriksaan dan pangawasan Hb dapat dilakukan dengan menggunakan alat sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan sahli dapat digolongkan sebagai berikut:

Hb 11 g% : tidak anemia

Hb 9-10 g% : anemia ringan

Hb 7-8 g% : anemia sedang

Hb <7 g% : anemia berat

Pemeriksaan darah dilakukan minimal dua kali selama kehamilan, yaitu pada trimester I dan trimester III (Manuaba, 2010:239).

(b) Golongan darah

Golongan darah ABO dan faktor Rhesus (Rh).

Ibu dengan rhesus negatif beresiko mengalami keguguran, amniosentesis, atau trauma uterus, harus diberi anti-gammaglobulin D dalam beberapa hari setelah pemeriksaan. Jika titrasi menunjukkan peningkatan respons antibodi, harus dilakukan pemeriksaan yang lebih sering dalam rangka merencanakan penatalaksanaan pengobatan oleh spesialis Rhesus (Fraser et al, 2009:255).

(c) HbsAg

HBsAg merupakan petanda serologik infeksi virus hepatitis B pertama yang muncul di dalam serum dan mulai terdeteksi antara 1 sampai 12 minggu pasca infeksi, mendahului munculnya gejala klinik serta meningkatnya SGPT. Selanjutnya HBsAg merupakan satu-satunya petanda serologik selama 3 – 5 minggu. Pada kasus yang sembuh, HBsAg akan hilang antara 3 sampai 6 bulan pasca infeksi sedangkan pada kasus

kronis, HBsAg akan tetap terdeteksi sampai lebih dari 6 bulan. HBsAg positif yang persisten lebih dari 6 bulan didefinisikan sebagai pembawa (carrier). Sekitar 10% penderita yang memiliki HBsAg positif adalah carrier, dan hasil uji dapat tetap positif selama bertahun-tahun.

Pemeriksaan HbsAg secara rutin dilakukan pada pendonor darah untuk mengidentifikasi antigen hepatitis B. Transmisi hepatitis B melalui transfusi sudah hampir tidak terdapat lagi berkat screening HbsAg pada darah pendonor. Namun, meskipun insiden hepatitis B terkait transfusi sudah menurun, angka kejadian hepatitis B tetap tinggi. Hal ini terkait dengan transmisi virus hepatitis B melalui beberapa jalur, yaitu parenteral, perinatal, atau kontak seksual. Orang yang berisiko tinggi terkena infeksi hepatitis B adalah orang yang bekerja di sarana kesehatan, ketergantungan obat, suka berganti-ganti pasangan seksual, sering mendapat transfusi, hemodialisa, bayi baru lahir yang tertular dari ibunya yang menderita hepatitis B (Marmi, 2011:182).

(d) HIV/AIDS

Infeksi HIV pada Ibu hamil bisa menembus ke janin selama kehamilan, saat melahirkan, atau selama menyusui. Virus HIV merupakan virus yang dapat menyebabkan AIDS. Ibu hamil juga perlu melakukan tes laboratorium Anti HIV. Tes ini memiliki tujuan untuk mendeteksi kemungkinan virus HIV yang bisa menular kepada calon bayi. Selain itu, ibu hamil yang memiliki HIV perlu melakukan sejumlah terapi agar kehamilannya menjadi aman bagi janin. Tes ini dilakukan pada trimester 1. Bila ternyata Ibu positif HIV, penanganan medis akan dilakukan untuk mengurangi risiko penularan HIV kepada bayi (Sulistyawati, 2010:67).

(e) Urine

Menurut Fraser dan Cooper (2009:225-227) urinalisis dilakukan pada setiap kunjungan untuk memastikan tidak adanya abnormalitas. Hal lain yang dapat ditemukan pada urinalisis rutin antara lain :

- (1) Keton akibat pemecahan lemak untuk menyediakan glukosa, disebabkan oleh kurangnya pemenuhan kebutuhan janin yang dapat

terjadi akibat muntah, hiperemesis, kelaparan atau latihan fisik yang berlebihan.

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

Hijau jernih/biru :Negatif

Hijau keruh :Positif 1/+

Hijau keruh, kekuningan (1-1,5%):Positif 2/++

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

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

- (3) Protein akibat kontaminasi oleh leukore vagina atau penyakit seperti infeksi saluran perkemihan atau gangguan hipertensi pada kehamilan. Pemeriksaan urine dilakukan pada kunjungan pertama dan kunjungan TM III. Urine diperiksa dengan cara dibakar, dilihat warnanya kemudian ditetesi asam asetat 2-3 tetes lalu lihat perubahan warnanya. Cara menilai hasilnya :

Tidak ada keruhan : (-)

Ada keruhan ringan tanpa butir-butir : (+)

Kekeruhan mudah terlihat dengan butir-butir: (++)

Kekeruhan jelas dan berkeping-keping : (+++)

Sangat keruh berkeping besar & bergumpal: (++++).

Dapat pula diukur dengan cara dipstik yaitu dengan mencelupkan strip kedalam urine segar (5 detik) sampai semua test area teendam urine. Baca hasil test dengan cara membandingkan warna pada standart warna yang tersedia.

Perbandingan warna hasil test dapat dilihat pada gambar berikut :

Protein/Proteinas/ Proteinas 60 sec/seg.	neg.	15 (0.15)	30 (0.3)	100 (1)	300 (3)	1000 (10)	mg/dL (g/L)
Glucose/Glucosa/ Glucose 60 sec/seg.	normal	100 (5.5)	300 (17)	1000 (55)	mg/dL (mmol/L)		

Gambar 2.17
Perbandingan hasil protein urine dan glukosa

Sumber : Depkes RI tahun 2007

(f) *Ultrasonografi* (USG)

Dibandingkan dengan pemeriksaan rontgen, USG tidak berbahaya untuk janin karena memakai

prinsip sonar (bunyi). Jadi, boleh dipergunakan pada kehamilan muda. Pada layar, dapat dilihat letak, gerakan, dan gerakan jantung janin (Mochtar, 2011:45).

(g) *Non Stress Test* (NST)

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai hubungan gambaran DJJ dan aktivitas janin. Cara pemeriksaan ini dikenal dengan nama *aktomardiografi* atau *fetal activity acceleraction determination* (FAD;FAAD). Penilaian dilakukan terhadap frekuensi dasar DJJ, variabilitas dan timbulnya akselerasi yang menyertai gerakan janin (Marmi,2011: 190).

c. Diagnosa Kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Dengan kriteria :

1. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
2. Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien

3. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Diagnosa : G_{1/>1} P_{APIAH}, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2012:123). Dengan kemungkinan masalah : edema dependen, nokturia, hemoroid, konstipasi, kram pada tungkai, sesak nafas, pusing, nyeri pinggang, varises, panas dan nyeri di ulu hati (*heart burn*), dan kecemasan menghadapi persalinan (Varney et al, 2007:538-543).

d. Intervensi

8. Diagnosa Kebidanan

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

a) Tujuan : Ibu dan janin sehat, sejahtera sampai melahirkan

b) Kriteria :

- 1) Keadaan umum baik.
- 2) Kesadaran composmentis.

- 3) Tanda-tanda vital normal (TD:100/70-130/90 mmHg, N:76-88 x/menit, S:36,5 – 37,5°C, RR:16-24 x/menit).
- 4) Pemeriksaan laboratorium.
- 5) Hb \geq 11 gr%, protein urine (-), reduksi urine (-).
- 6) DJJ 120-160 x/menit, kuat, irama teratur
- 7) TFU sesuai dengan usia kehamilan.
- 8) Situs bujur dan presentasi kepala.

(Manuaba, 2012:123)

Intervensi menurut Varney et al (2007:554-556)

- 1) **Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan.**

R/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.

R/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.

R/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.

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

- 5) Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan.

R/Dengan adanya rencana persalinan akan mengurangi kebingungan dan kekacauan pada saat persalinan serta meningkatkan kemungkinan bahwa ibu akan menerima asuhan yang sesuai dan tepat waktu (Marmi, 2011:128).

- 6) Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan.

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

- 7) Pesankan pada ibu untuk kontrol ulang sesuai jadwal atau sewaktu-waktu bila ada keluhan.

R/Memantau keadaan ibu dan janin, serta mendeteksi dini terjadinya komplikasi.

9. Masalah 1 : Sering berkemih/Nokturia

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

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

2) Infeksi saluran kencing tidak terjadi

Intervensi menurut Varney et al, (2007:540) :

- a. Jelaskan penyebab terjadinya sering kencing.

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

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

R/Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih.

- c. Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK.

R/Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

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

R/Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

10. Masalah 2 : Hemoroid

Tujuan: Hemoroid tidak terjadi atau tidak bertambah parah

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

- 2) BAB tidak berdarah dan tidak nyeri

Intervensi menurut Varney et al,(2007:539) :

- a. Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan tinggi serat untuk menghindari konstipasi.

R/Makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat/keras sehingga mempermudah pengeluaran feses.

- b. Anjurkan ibu untuk minum air hangat satu gelas tiap bangun pagi.

R/Minum air hangat akan merangsang peristaltik usus sehingga dapat merangsang pengosongan kolon lebih cepat.

- c. Anjurkan ibu untuk jalan-jalan atau senam ringan.

R/Olahraga dapat memperlancar peredaran darah sehingga semua sistem tubuh dapat berjalan lancar termasuk sistem pencernaan.

- d. Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi

R/Mengejan yang terlalu sering akan memicu terjadinya hemoroid.

- e. Anjurkan ibu untuk mandi berendam dengan air hangat.

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

- f. Anjurkan ibu untuk mengompres es dan air hangat.

R/Kompres diperlukan untuk mengurangi hemoroid.

11. Masalah 3 : Konstipasi

Tujuan : Tidak terjadi konstipasi.

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

Intervensi :

- a. Anjurkan ibu untuk membiasakan pola BAB teratur.

R/Berperan besar dalam menentukan waktu defekasi, tidak mengukur dapat menghindari pembekuan feses.

- b. Anjurkan ibu meningkatkan intake cairan, serat dalam diet.

R/Makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat, keras.

- c. Anjurkan ibu minum cairan dingin/panas (terutama ketika perut kosong).

R/Dengan minum panas/dingin sehingga dapat merangsang BAB

- d. Anjurkan ibu melakukan latihan secara umum, berjalan setiap hari, pertahankan postur tubuh, latihan kontraksi otot abdomen bagian bawah secara teratur.

R/Memfasilitasi sirkulasi vena sehingga mencegah kongesti pada usus besar.

(Varney et al,2007:539)

12. Masalah 4 : Edema dependen

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

Kriteria: Setelah tidur/istirahat edema berkurang

Intervensi:

- a. Jelaskan penyebab dari edema dependen.

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

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

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

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

R/ Meringankan penekanan pada vena dalam panggul.

- d. Anjurkan pada ibu menghindari pakaian yang ketat.

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

- e. Anjurkan pada ibu menggunakan penyokong atau korset.

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

(Varney et al, 2007: 540).

13. Masalah 5 : Kram pada kaki

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

Kriteria : 1) Kram pada kaki berkurang.

2) Ibu mampu mengatasi bila kram tungkai berkurang

Intervensi:

- a. Jelaskan penyebab kram kaki.

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

- b. Anjurkan ibu untuk senam hamil teratur.

R/Senam hamil memperlancar peredaran darah, suplai O₂ ke jaringan sel terpenuhi.

- c. Anjurkan ibu untuk menghangatkan kaki dan betis dengan massage.

R/Sirkulasi darah ke jaringan lancar.

- d. Minta ibu untuk tidak berdiri lama.

R/Mengurangi penekanan yang lama pada kaki sehingga aliran darah lancar.

- e. Anjurkan ibu untuk menghindari aktivitas berat dan cukup istirahat.

R/Otot-otot bisa relaksasi sehingga kram berkurang.

- f. Anjurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor

R/Konsumsi kalsium dan phosphor baik untuk kesehatan tulang.

(Varney et al, 2007:540).

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya dan kebutuhan O₂ ibu terpenuhi

Kriteria : 1) Frekuensi pernapasan 16-24 x/menit
2) Ibu menggunakan pernapasan perut

Intervensi:

a. Jelaskan pada ibu penyebab sesak nafas.

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

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

R/Menghindari penekanan diafragma.

c. Anjurkan ibu senam hamil teratur.

R/Merelaksasi otot-otot.

d. Anjurkan ibu menghindari kerja keras.

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

e. Anjurkan ibu berdiri merengangkan lengannya di atas kepala.

R/Perengangan tulang meringankan penarikan nafas.

(Varney et al, 2007:543).

15. Masalah 7 : Nyeri punggung bawah

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

Kriteria : Nyeri punggung berkurang.

Intervensi:

a. Tekuk kaki daripada membungkuk ketika mengangkat apapun.

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

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

b. Hindari membungkuk berlebihan dan mengangkat beban.

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

c. Anjurkan tidur miring kirir dan perut diganjal bantal

R/Mengurangi penekanan uterus pada ligamentum rotundum.

d. Gunakan sepatu tumit rendah.

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

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

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

(Varney et al, 2007:542).

16. Masalah 8 : Varises

Tujuan : Tidak terjadi varises atau varises tidak bertambah parah

Kriteria: Tidak terdapat varises

Intervensi :

- a. Kenakan kaos kaki penyokong.

R/Penggunaan kaos kaki penyokong dapat meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan risiko terjadinya varises.

- b. Hindari mengenakan pakaian ketat.

R/Pakaian ketat dapat menghambat aliran balik vena.

- c. Hindari berdiri lama dan tidak menyilang saat duduk.

R/Meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan risiko terjadinya varises.

- d. Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur.

R/Latihan ringan dan berjalan secara teratur dapat memfasilitasi peningkatan sirkulasi.

e. Kenakan penyokong abdomen maternal atau korset.

R/ Penggunaa korset dapat mengurangi tekanan pada vena panggul.

(Varney et al, 2007:540).

17. Masalah 9 : Nyeri ulu hati (*hearth burn*)

Tujuan : Tidak terjadi *hearth burn*

Kriteria : 1) Tidak kembung

2) Ibu tidak ada nyeri tekan pada perut bagian atas

Intervensi:

a. Jelaskan pada ibu penyebab nyeri dan panas di ulu hati (*heart burn*) yaitu peningkatan produksi hormon progesteron, relaksasi sphincter esophagus bagian bawah bersamaan perubahan dalam gradien tekanan sepanjang sphincter, kemampuan gerak serta tonus gastro intestinal menurun, serta pergeseran lambung karena pembesaran uterus.

R/Ibu mengerti penyebab timbulnya panas dan nyeri di ulu hati sehingga ibu tidak cemas lagi.

b. Anjurkan ibu makan dengan porsi sedikit tapi sering.

R/Untuk mengurangi rasa mual dan muntah yang dialami ibu.

c. Anjurkan ibu untuk menghindari makanan yang berlemak, berbumbu merangsang, dan pedas.

R/Karena makanan yang berlemak, berbumbu merangsang, dan pedas dapat meningkatkan asam lambung sehingga akan memperparah gejala.

- d. Hindari rokok, kopi, alkohol, dan cokelat.

R/Karena selain memperparah gejala juga akan berdampak pada pertumbuhan janin dalam rahim.

- e. Hindari berbaring setelah makan dan makan segera sebelum tidur.

R/ Bila setelah makan langsung berbaring maka asam lambung akan naik sehingga akan menyebabkan refluks.

- f. Hindari minum selain minum air putih.

R/Karena air putih adalah zat tidak berpartikel sehingga akan memperlancar proses metabolisme dalam tubuh.

- g. Tidur dengan kaki ditinggikan.

R/Memperlancar aliran darah uteroplasenter, sehingga janin tidak mengalami fetal distress.

- h. Berikan antasida

R/Antasida adalah obat yang digunakan untuk mentralkan asam lambung sehingga dapat mengurangi ketidaknyamanan yang ada.

(Varney et al, 2007:538)

e. Implementasi

Pelaksanaan asuhan yang dilakukan sesuai dengan apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan, dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut, apa yang akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi, kultural, atau masalah psikologis. Dengan kata lain, asuhan terhadap wanita tersebut harus mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan kesehatan (Hana,Ummi, 2010:102).

Secara umum asuhan yang dapat dilakukan hal-hal berikut:

1. Menjelaskan pada klien dan keluarga tentang keadaan wanita hamil, baik normal maupun tidak normal.
2. Memberikan nasehat-nasehat yang dibutuhkan ibu hamil.
3. Pada ibu hamil TM III, nasehat-nasehat yang diperlukan antara lain:
 - a. Nutrisi ibu hamil TM III
 - b. Personal Hygiene
 - c. Istirahat
 - d. Senam hamil
 - e. Perawatan payudara
4. Menjelaskan tentang ketidaknyamanan selama kehamilan TM III

5. Menjelaskan tentang tanda bahaya kehamilan lanjut/komplikasi kehamilan TM III
6. Menjelaskan tentang persiapan persalinan
7. Melakukan pemeriksaan laboratorium yang spesifik terhadap keluhan.

8. Memberi Tablet Fe

Fe dibutuhkan untuk pembentukan Hb terutama saat hemodulusi, pemasukan harus adekuat selama hamil untuk mencegah anemia.

Wanita hamil memerlukan 800 mg atau 30-50 g perhari.

Penambahan mulai awal kehamilan, karena pemberian yang hanya pada trimester 3 tidak dapat mengejar kebutuhan ibu ataupun janin.

Tablet zat besi sebaiknya tidak diminum bersama teh atau kopi, karena akan mengganggu penyerapan, sebaiknya dianjurkan ibu mengkonsumsi tablet zat besi bersama air putih atau sari buah jeruk (Yeyeh, 2009:50).

9. Menjadwal kunjungan sesuai perkembangan kehamilan.

Kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan:

- a. Satu kali pada triwulan pertama
- b. Satu kali pada triwulan kedua
- c. Dua kali pada triwulan ketiga

(Saifuddin, 2009:90)

10. Triwulan pertama dari konsepsi sampai 3 bulan. Triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (Saifuddin, 2009:89).

11. Mendokumentasikan hasil asuhan (Yeyeh, 2009: 185).

f. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria:

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan /keluarga
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
4. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

g. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI No. 133 (2007:7). Evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut :

S : Adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa.

O : Adalah obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P : Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi atau *follow up* dan rujukan.

2.2.2 ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN

1. Pengkajian Data

a. Data Subyektif

1) Biodata

a) Nama

Selain sebagai identitas, upayakan agar bidan memanggil dengan nama panggilan sehingga hubungan komunikasi antara bidan dan pasien menjadi akrab (Sulistyawati, 2011:220)

b) Umur

Untuk mengetahui apakah ibu termasuk resiko tinggi atau tidak. Usia di bawah 16 tahun atau di atas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di bawah 16 tahun meningkatkan insiden preeklamsia. Usia di atas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes, hipertensi kronis, persalinan lama, dan kematian janin (Varney,2008: 691).

c) Agama

Sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan (Sulistiyawati, 2011:221).

d) Pendidikan

Pendidikan berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Ambarwati, 2009 : 130).

e) Pekerjaan

Mengetahui pekerjaan ibu, gunanya untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut(Ambarwati,2009:130).

f) Suku/bangsa

Data ini berhubungan dengan sosial budaya yang dianut oleh pasien dari keluarga yang berkaitan dengan persalinan (Sulistyawati, 2011:221)

g) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah apabila diperlukan (Eny, 2010:132).

2) Keluhan utama

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Pada kasus persalinan, informasi yang harus didapat dari pasien adalah kapan mulai merasa ada kencang-kencang di perut, bagaimana intensitas dari frekuensinya, apakah ada pengeluaran cairan dari vagina yang berbeda dari air kemih, apakah sudah ada pengeluaran lendir bercampur darah, serta pergerakan janin untuk memastikan kesejahteraannya (Ari Sulistyawati, 2011:221)

Biasanya ibu yang akan bersalin datang dengan keluhan seperti :

- a) Pinggang terasa sakit menjalar ke depan
- b) Mengeluarkan lendir dan darah
- c) Mengeluarkan cairan (air ketuban)

(Ari Sulistyawati, 2010:33)

3) Riwayat kesehatan dan penyakit klien

Penting untuk melakukan penapisan pada ibu secepatnya terhadap kemungkinan komplikasi antepartum yang dapat mempengaruhi periode intrapartum (misal preeklamsi, anemia) atau muncul menyerupai tanda-tanda persalinan. (Varney et al,2007:692).

Berikut ini adalah beberapa kondisi medis pada kategori ini :

a) Diabetes Mellitus Gestasional

Komplikasi yang mungkin terjadi pada kehamilan dengan diabetes sangat bervariasi. Pada ibu akan meningkatkan resiko terjadinya preeklamsia, seksiosesarea, dan terjadinya diabetes mellitus tipe II di kemudian hari, sedangkan pada janin meningkatkan resiko terjadinya makrosomia, trauma persalinan, hioperbilirubinemia, hipoglikemia, hipokalsemia, polisitemia, hiperbilirubenia neonatal, sindroma distress respirasi (RDS), serta meningkatkan mortalitas atau kematian janin (Saifuddin, 2009 : 851).

b) Anemia

Bahaya saat persalinan adalah gangguan his (kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio plasenta dan perdarahan postpartum karena atonia uteri, kala empat dapat

terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri (Manuaba, 2010:240).

c) Hypertiroid

Biasanya pada kehamilan berakhir dengan abortus (inhabitualis)/partus prematurus, cacat bawaan, dan kretinismus pada janin lebih besar (Sarwono, 2009:526).

d) Hipotiroid

Pada hipotiroid subklinis bisa meningkatkan terjadinya persalinan premature, solusio plasenta, dan perawatan bayi di NICU (Saifuddin, 2009 : 847-850).

e) Epilepsi

Pada umumnya epilepsi tidak dipengaruhi oleh kehamilan. Namun wanita hamil dengan epilepsi mempunyai resiko terhadap hipertensi karena kehamilan, persalinan prematur, bayi berat badan lahir rendah, bayi dengan kelainan bawaan dan kematian perinatal (Saifuddin, 2010 : M-46).

f) Gagal ginjal akut

Gagal ginjal akut merupakan komplikasi yang sangat gawat dalam kehamilan dan nifas karena dapat menimbulkan kematian atau kerusakan fungsi ginjal yang tidak bisa sembuh lagi. Penderita dapat meninggal dalam waktu 14 hari setelah timbulnya anuria. Kerusakan jaringan dapat terjadi di beberapa

tempat yang tersebar atau keseluruhan jaringan ginjal. (Saifuddin, 2009:840).

g) HIV

Transmisi HIV dari kepada janin dapat terjadi melalui intrauterine, saat persalinan, dan pasca persalinan. Kelainan yang dapat terjadi adalah berat badan lahir rendah, bayi lahir mati, partus preterm dan abortus spontan (Sarwono, 2009 :933).

h) Sifilis

Merupakan penyakit sistemik yang disebabkan oleh treponema pallidum. Transmisi treponema dari ibu ke janin umumnya terjadi setelah plasenta terbentuk utuh, kira-kira sekitar umur 16 minggu, kemungkinan untuk timbulnya sifilis kongenital lebih memungkinkan (Sarwono, 2009 :929).

4) Riwayat kesehatan keluarga

Informasi tentang keluarga klien penting untuk mengidentifikasi wanita yang berisiko menderita penyakit genetik yang dapat memengaruhi hasil akhir kehamilan atau berisiko memiliki bayi yang menderita penyakit genetik. Informasi ini juga dapat mengidentifikasi latar belakang rasa atau etnik yang diperlukan untuk melakukan pendekatan berdasarkan pertimbangan budaya atau untuk mengetahui penyakit organik yang memiliki komponen herediter (Marmi, 2011:160). Kejadian kehamilan ganda

dipengaruhi salah satunya oleh faktor genetik atau keturunan (Saifuddin, 2009:311).

5) Riwayat Kebidanan

a) Riwayat menstruasi

Pada riwayat menstruasi hal yang perlu dikaji adalah umur menarche, siklus, lamanya, banyaknya darah, dan adanya dismenorea. Selain itu kaji pula HPHT (hari pertama haid terakhir) ibu. Hari pertama haid terakhir merupakan data dasar yang diperlukan untuk menentukan usia kehamilan apakah cukup bulan atau prematur. Kaji pula kapan bayi lahir (menurut taksiran ibu) dan taksiran persalinan (Rohani, 2011:43).

Riwayat menstruasi menurut (Marmi, 2014:140) :

(2) Menarche adalah terjadinya haid yang pertama kali.

Menarche terjadi pada usia pubertas yaitu 12-16 tahun, rata-rata 12,5 tahun.

(3) Siklus haid

Siklus haid yang klasik adalah 28 hari \pm 2 hari, sedangkan pola haid dan lamanya perdarahan tergantung tipe wanita dan biasanya 3-8 hari.

(4) Hari pertama haid terakhir

HPHT dapat dijabarkan untuk memperhitungkan tanggal tafsiran persalinan. Bila siklus haid ± 28 hari, rumus yang dipakai adalah rumus Neagle yaitu hari +7, bulan -3, tahun +1.

b) Riwayat kehamilan

(1) Riwayat kehamilan sekarang

HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir) : Untuk mengetahui umur kehamilan yang sebenarnya dan sekaligus taksiran persalinan yang dihitung dengan rumus Neagle yaitu TTP (Taksiran Tanggal Persalinan) = HPHT+7 bulan haid-3 dan tahun +1 (Manuaba,2010:58).

Dikaji tentang jumlah kunjungan. Jumlah kunjungan minimal empat kali (4x) yaitu satu kali pada Trimester I, satu kali pada Trimester II, dan dua kali pada Trimester III. Hal ini dapat memberikan peluang yang lebih besar bagi petugas kesehatan untuk mengenali secara dini berbagai penyulit atau gangguan kesehatan yang terjadi pada ibu hamil. Beberapa penyakit atau penyulit tidak segera timbul bersamaan dengan terjadinya kehamilan hipertensi dalam kehamilan, atau baru akan menampakkan gejala pada

usia kehamilan tertentu misalnya perdarahan antepartum yang disebabkan oleh plasenta previa (Prawirohardjo, 2010 : 284).

Di kaji tentang imunisasi TT karena ibu hamil yang mendapatkan imunisasi TT dalam tubuhnya akan membentuk antibodi tetanus. Jadwal imunisasi TT I ke TT II adalah 4 minggu dan akan memberikan perlindungan selama 3 tahun (Saifuddin, 2002 : 91).

(2) Riwayat kehamilan yang lalu

Terminasi kehamilan dapat mempengaruhi viabilitas kehamilan yang berikutnya. Dilatasi dan kuretase menyebabkan terjadinya inkompetensi serviks (Fraser et al, 2009:252).

Aborsi spontan berulang dapat mengindikasikan adanya kondisi seperti abnormalitas genetik, ketidakseimbangan hormone, atau inkompetensi serviks (Fraser dkk, 2009:252).

c) Persalinan yang lalu

- (1) Lama persalinan sebelumnya merupakan indikasi yang baik untuk memperkirakan lama persalinan kali ini sehingga memungkinkan untuk membedakan persalinan antara primigravida dan

gravida selanjutnya serta persalinan dengan paritas yang lebih tinggi. Untuk mengidentifikasi kelahiran melalui SC atau kelahiran operatif pervaginam sebelumnya (Varney et al, 2008:692).

- (2) Ukuran bayi yang terbesar dilahirkan pervaginam memastikan keadekuatan panggul wanita untuk ukuran bayi saat ini. Selain itu juga untuk mengantisipasi kemungkinan komplikasi jika dibanding dengan perkiraan berat janin (Varney et al, 2008:692).
- (3) Wanita yang memiliki riwayat melahirkan bayi kecil dari ayah yang sama cenderung memiliki bayi kecil juga pada kehamilan ini (Varney et al, 2008:780).
- (4) Semua wanita dengan riwayat SC pada segmen uterus bawah (insisi transversal bawah atau vertikal bawah) dan tidak memiliki kontraindikasi dianjurkan menjalani persalinan pervaginam (Varney et al, 2008:780).

d) Riwayat Nifas yang lalu

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C. Bila terjadi peningkatan melebihi 38°C berturut-turut selama 2 hari kemungkinan terjadi infeksi. Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga terdapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri disebut “nyeri ikutan” (*after pain*) terutama pada multipara (Manuaba, 2010:170).

e) Riwayat kelahiran bayi

Jenis kelamin, hidup atau tidak, kalau meninggal umur berapa dan sebabnya meninggal, berat badan waktu lahir. Pernyataan ini sangat mempengaruhi prognosa persalinan dan pimpinan persalinan, karena jalannya persalinan yang lampau adalah hasil ujian-ujian dari segala faktor yang mempengaruhi persalinan (Wiknjastro, 2010 :134).

f) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah ibu sudah menjadi akseptor KB sebelum hamil atau tidak. Metode kontrasepsi yang digunakan apa dan sudah berapa lama ibu menjadi akseptor KB serta rencana KB apa yang akan digunakan ibu (klien) setelah melahirkan (Fathma, 2014:126).

6) Data fungsional kesehatan

a) Pola nutrisi

Dikaji tentang jenis makanan yang dikonsumsi klien, apakah ibu hamil (klien) sudah makan teratur 3 x sehari atau belum, apakah sudah mengonsumsi makanan yang sesuai dengan menu seimbang (nasi, lauk-pauk, sayur, buah) atau belum, karena asupan nutrisi juga akan berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin dikandungnya. Selain makanan, berapa kali minum dalam sehari juga perlu untuk dipertanyakan, hal ini juga dimaksudkan untuk mencegah keadaan kekurangan cairan (Fathma, 2014:127).

Ibu diperbolehkan mengonsumsi makanan rendah lemak dan rendah residu sesuai selera untuk memberinya energi. Namun makan dan minum selama persalinan

menyebabkan peningkatan resiko regurgitasi dan aspirasi isi lambung (Fraser et al, 2009:451).

b) Eliminasi

Kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terendah janin, sehingga diharapkan ibu dapat sesering mungkin untuk BAK. Apabila ibu belum BAB kemungkinan akan dikeluarkan saat persalinan, yang bisa mengganggu bila bersamaan dengan keluarnya kepala bayi (Marmi, 2011:126).

c) Aktivitas

Norma-norma yang mengatur aktivitas fisik sangat bervariasi. Mereka takut kehilangan fisik yang fit selama periode mereka terpaksa mengurangi kegiatan. Wanita yang biasanya tidak berolahraga harus memenuhi kegiatan fisik dan intensitasnya rendah dan meningkatkan aktivitas secara teratur. Pada kala I apabila kepala janin sudah masuk sebagian ke dalam PAP serta keuban pecah, klien dianjurkan duduk atau berjalan-jalan disekitar ruangan atau kamar bersalin. Pada kala II kepala janin sudah masuk rongga PAP klien dalam posisi miring kanan atau kiri. Klien dapat tidur terlentang, miring

kanan atau kiri tergantung pada letak punggung anak, klien sulit tidur terutama pada kala I – IV (Marmi,2011:128).

d) Istirahat dan Tidur

Sebaiknya ibu hamil banyak istirahat atau tidur meskipun bukan tidur betulan hanya membaringkan badan untuk memperbaiki sirkulasi darah (Yeyeh,2009:106).

Data yang perlu ditanyakan yang berhubungan dengan istirahat pasien :

- (1) Kapan terakhir tidur
- (2) Berapa lama
- (3) Aktivitas sehari-hari

Kita perlu mengkaji aktivitas sehari-hari pasien karena data ini memberi gambaran kita tentang seberapa berat aktivitas yang biasa dilakukan pasien dirumah. Jika diakhir kehamilannya pasien melakukan aktivitas yang terlalu berat dikhawatirkan pasien akan merasa kelelahan sampai akhirnya dapat menimbulkan penyulit pada masa bersalin (Sulistyawati,2011:224)

e) Personal Hygiene

Data ini perlu kita gali karena akan sangat berkaitan dengan kenyamanan pasien dalam menjalani proses persalinannya. Beberapa pertanyaan yang perlu diajukan berhubungan dengan perawatan kebersihan diri pasien.

- (1) Kapan terakhir mandi, keramas, dan gosok gigi.
- (2) Kapan terakhir ganti baju dan pakaian dalam.

(Sulistyawati, 2010:23).

Bagi ibu yang sedang berada pada proses persalinan normal, mandi air hangat (*birthing pool*) dapat menjadi pereda nyeri efektif yang akan meningkatkan mobilitas tanpa meningkatkan efek samping bagi ibu atau bayinya (Fraser et al, 2009:442).

f) Pola Seksual

Sampai saat ini belum membuktikan dengan pasti bahwa coitus dan orgasme dikoordinasikan selama masa hamil untuk wanita yang sehat secara medis dan memiliki kondisi obstetrik yang prima. Akan tetapi, riwayat abortus spontan atau ancaman abortus lebih 1 kali, keguguran yang nyaris terjadi pada trimester ke dua, ketuban pecah dini, perdarahan atau sakit perut pada kehamilan trimester ke tiga merupakan peringatan untuk tidak melakukan coitus dan orgasme (Marmi,2011:128)

g) Riwayat ketergantungan

(1) Merokok

Kebanyakan wanita mengetahui bahwa mereka tidak boleh merokok pada masa kehamilan meskipun mereka tidak mengetahui bahaya yang sebenarnya. Wanita yang merokok pada masa kehamilan pertama dan melahirkan bayi sehat mungkin tidak percaya bahwa merokok membawa resiko (Marmi, 2011:156).

(2) Alkohol

Masalah signifikan yang ditimbulkan oleh anak-anak yang mengalami sindrom alkohol janin dan gangguan perkembangan saraf terkait-alkohol membuat klinis wajib menanyakan asupan alkohol dan mengingatkan wanita efek potensial alkohol jangka panjang pada bayi yang dikandungnya (Marmi, 2011:156).

(3) Obat terlarang

Mengidentifikasi penggunaan obat pada masa hamil sangat penting. Membantu wanita yang ingin berhenti merokok, mengidentifikasi janin dan bayi beresiko. Wanita yang menggunakan obat-obatan terlarang, akan menyebabkan keterlambatan

perkembangan janin, retardasi mental atau bahkan kematian (Marmi, 2011 : 156).

7) Data psikososial dan spiritual

Kualitas asuhan dapat dinilai melalui kompetensi budaya atau kemampuan seorang penyedia pelayanan untuk mengintegrasikan pengetahuan tentang keyakinan dan norma budaya karena keyakinan dan norma budaya terkait dengan pengalaman melahirkan. Pengkajian budaya harus dilakukan untuk memastikan pemberi asuhan memiliki pengetahuan yang adekuat mengenai keyakinan terhadap dukungan persalinan, terapi obat, dan pantangan (Kennedy,2009:124).

b. Data Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan Umum

Menurut Sulistyawati (2011:226), data ini didapat dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang dilaporkan kriterianya adalah sebagai berikut.

(1) Baik

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

(2) Lemah

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

(3) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan penkajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan composmentis (kesadaran normal/sepenuhnya), samnolens (kesadaran menurun, psikomotor yang lambat dan mudah tertidur namun masih dapat pulih apabila dirangsang), apatis (pasien tampak segan/ acuh untuk berhubungan dengan lingkungan), sopor comatis (keadaan seperti tertidur lelap tetapi ada respon terhadap nyeri), coma (pasien tidak dalam keadaan sadar, tidak ada respon dan tidak bisa dibangunkan) (Sulistyawati, 2011:175).

b. Tanda-tanda vital

(1) Tekanan Darah(TD)

Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan

diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diawal kontraksi tekanan darah kembali ketinggian sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari (Varney et al, 2007:686). Diukur untuk mengetahui preeklamsia, yaitu bila tekanan darahnya lebih dari 140 atau 90 mmHg (Marmi, 2011 : 129).

(2) Nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi. Penurunan yang mencolok selama puncak kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang (Varney et al, 2007:687). Untuk mengetahui fungsi jantung ibu, normalnya 80 – 90 x/menit (Marmi, 2011 : 129).

(3) Suhu

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

(4) Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Varney et al, 2007:687).

Ibu hamil yang akan bersalin seringkali bernafas dengan sangat cepat pada puncak kontraksi, bernafas dengan cepat atau menahan nafas merupakan tanda-tanda kepanikan (Fraser et al, 2009:453)

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

c. Pemeriksaan Antropometri

(1) Tinggi Badan

Tubuh yang pendek dapat menjadi indikator gangguan genetik. Tinggi badan harus diukur pada saat kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah ≥ 145 cm (Marmi, 2011:163).

(2) Berat Badan

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian payudara, volume darah, dan cairan ekstraselular. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg.

Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg (Saifuddin, 2011:180). Kenaikan berat badan $> 0,57$ kg/minggu merupakan faktor risiko timbulnya preeklampsia (Saifuddin, 2010:532).

Tabel 2.17

Rekomendasi penambahan berat badan berdasarkan indeks masa tubuh

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

Sumber : Sarwono, 2009:231

(3) LILA

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronis (KEK) (Jannah, 2012: 136). Selain itu merupakan indikator kuat status gizi ibu yang kurang/ buruk, sehingga beresiko untuk melahirkan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR). Dengan demikian bila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan, petugas dapat memotivasi ibu agar lebih memperhatikan kesehatannya serta jumlah dan kualitas makanannya (Romauli, 2011:173).

d. Pemeriksaan Fisik

(1) Muka

Pada wajah perlu dilakukan pemeriksaan edema yang merupakan tanda klasik pre eklampsia (Varney et al,2007:693). Edema adalah penimbunan secara umum dan berlebihan dalam jaringan tubuh, dan biasanya dapat diketahui dari kenaikan berat badan dan pembengkakan kaki, jari tangan, dan muka (Wiknjosastro, 2007:282)

(2) 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 (Romaui, 2011:174).

(3) Mulut dan gigi

Mulut simetris atau tidak, bibir kering atau tidak, lidah stomatitis atau tidak, gigi terdapat caries denti atau tidak (Baety,2012:5). Wanita yang bersalin biasanya mengeluarkan bau napas yang tidak sedap, mulut kering, bibir kering atau pecah-pecah, tenggorokan nyeri dan gigi berjogong, trauma jika ia bersalin selama berjam-jam tanpa mendapat cairan oral dan perawatan mulut (Varney et al, 2008:719).

(4) Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi (Saifuddin,2010:186). Kelenjar limfe yang membengkak merupakan salah satu gejala klinis infeksi toksoplasmosis pada ibu hamil, pengaruhnya terhadap kehamilan dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas, dan cacat bawaan (Manuaba, 2012:340).

(5) Payudara

Menjelang proses persalinan, perlu dilakukannya pemeriksaan terhadap kondisi puting ibu misalnya kolostrum kering/berkerak, muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam mengeluarkan puting yang rata atau inversi pada wanita yang merencanakan untuk menyusui (Varney et al, 2007:1051)

(6) Abdomen

Lihat bentuk, bekas operasi, striae, linea, tinggi fundus uteri (TFU), hasil pemeriksaan palpasi leopard, kontraksi uterus, taksiran berat janin (TBJ), denyut jantung janin (DJJ), palpasi kandung kemih (Ari Sulistyawati, 2010:227-228).

Pemeriksaan abdomen digunakan untuk :

- i. Menentukan tinggi fundus uteri (pastikan pengukuran dilakukan pada saat uterus tidak sedang berkontraksi).
- ii. Memantau kontraksi uterus

Pemantauan kontraksi uterus dilakukan dalam waktu 10 menit. Kontraksi harus dievaluasi tidak hanya frekuensi, durasi dan intensitasnya

tetapi juga hubungan ketiga faktor tersebut (Varney et al, 2007:720).

iii. Memantau denyut jantung janin

Denyut jantung janin (DJJ) yang normal adalah kurang dari 100 atau lebih dari 180 denyut per menit (Abdul Bari Saifuddin, 2010:415).

iv. Menentukan presentasi (apakah kepala atau bokong).

v. Menentukan penurunan bagian terbawah janin

Penilaian penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada diatas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan pemeriksa (per lima). Penurunan bagian terbawah dengan metode lima jari :

i. 5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba diatas simfisis pubis

ii. 4/5 jika sebagian 1/5 bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul.

iii. 3/5 jika sebagian 2/5 bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul.

- iv. 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada diatas simfisis dan 3/5 bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digerakkan).
- v. 1/5 jika hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada diatas simfisis dan 4/5 bagian telah masuk kedalam rongga panggul.
- vi. 0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk kedalam rongga panggul (Pelatihan Asuhan Persalinan Normal Buku Acuan, 2008).

(7) Genitalia

Tanda-tanda inpartu pada vagina yaitu terdapat pengeluaran darah pervaginam yang berupa *bloody slym*, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka sebagai tanda gejala kala II (Manuaba,2012:184).

Vulva dan vagina bersih atau tidak, odema atau tidak, ada flour albus atau tidak, terdapat pembesaran kelenjar skene dan kelenjar bartholini atau tidak, ada condilomatalata atau tidak, ada condiloma acuminate atau

tidak, kemerahan atau tidak. Perineum ada luka bekas episiotomi atau tidak (Marmi, 2011 : 131).

(8) Anus

Periksa kebersihan pada anus dan adakah hemorroid atau tidak (Ari Sulistyawati, 2010:78). Kemajuan kepala janin menjelang persalinan akan menyebabkan penonjolan pada rektum (Varney et al, 2007:753).

(9) Ekstremitas

Terutama pada pemeriksaan reflek lutut. Reflek lutut negatif pada hipovitaminose dan penyakit urat saraf (Marmi, 2012:163). Edema ekstremitas merupakan tanda klasik preeklampsia, bidan harus memeriksa dan mengevaluasi pada pergelangan kaki, area pretibia atau jari. Edema pada kaki dan pergelangan kaki biasanya merupakan edema dependen yang disebabkan karena adanya penurunan aliran darah vena akibat uterus yang membesar (Varney et al, 2007:693).

e. Pemeriksaan Khusus

(1) Palpasi

Palpasi adalah perabaan untuk menentukan seberapa besar bagian kepala janin yang terpalpasi diatas

pintu panggul untuk menentukan seberapa jauh terjadinya *engagement*, mengidentifikasi punggung janin untuk menentukan posisi dan menentukan letak bokong dan kepala dan presentasi janin (Fraser et al, 2009:259).

(2) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Menurut Mochtar (2011 : 41) usia kehamilan berdasarkan cm sesuai usia kehamilan dalam minggu adalah seperti pada tabel 2.16 berikut :

Tabel 2.18

Usia kehamilan dalam minggu dan TFU dalam cm

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

Sumber : Mochtar, Rustam, 2011:41

Usia kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri menurut Manuaba (2012:100) adalah seperti pada tabel 2.

17Berikut :

Gambar 2.19

Usia kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri

Tinggi fundus uteri	Usia kehamilan
1/3 diatas pusat	28 minggu

½ pusat-prosesus xifoideus	34 minggu
Setinggi arcus costae	36 minggu
Dua jari (4 cm) dibawah prosesus xifoideus	40 minggu

Sumber : Manuaba, 2010:100

Cara menghitung TFU :

Menurut Kusmarjadi (2008:93), pengukuran TFU dilakukan dengan rumus Mc. Donald menggunakan suatu metode untuk menaksir berat janin dengan pengukuran Tinggi fundus uteri (TFU) yaitu mengukur jarak antara tepi atas tulang kemaluan (*simfisis osis pubis*) sampai ke puncak rahim (*fundus uteri*) dengan mengikuti lengkungan uterus, memakai pita pengukur.

Rumus Mc. Donald dapat dikatakan jarak dari bagian atas tulang kemaluan (*simfisis osis pubis*) ke puncak rahim (*fundus uteri*) dalam centimeter dikurangi 11 atau 12 hasilnya dikalikan 155 didapatkan berat bayi dalam gram. Pengurangan 11 atau 12 tergantung dari posisi kepala bayi. Jika kepala diatas atau pada spina ischiadika maka dikurang 12, jika kepala dibawah spina ischiadika maka dikurang 11.

Menurut Siswosudarmo (2008:101), secara singkat rumus Mc.

Donald adalah sebagai berikut :

$$W \text{ (gram)} = (\text{tinggi fundus uteri} - \text{station}) \times 155$$

Keterangan :

W = weight = berat janin dalam gram

Nilai station ditentukan sebagai berikut :

12 : bila kepala bayi masih diatas atau pada spina ischiadika
atau setinggi spina ischiadika.

11 : bila kepala bayi dibawah spina ischiadika.

(3) Cara menentukan TBJ (Tafsiran Berat Janin)

Menurut Jannah (2012:85) untuk mengukur TBJ dalam gram, perlu diketahui apakah kepala sudah masuk pintu atas panggul atau belum.

Rumusnya:

$$TBJ = (TFU \text{ dalam cm} - n) \times 155 = \dots\dots\dots \text{ gram}$$

n : posisi kepala masih di atas spina ischiadika atau bawah.

Bila di atas (-12) dan bila di bawah (-11).

Untuk lebih jelasnya mengenai taksiran berat janin dapat dilihat dalam tabel berikut :

Tabel 2.20

TBJ Normal untuk Usia Kehamilan Trimester III

Usia Kehamilan (bulan)	Berat Badan (gram)
7	1000
8	1800
9	2500
10	3000

Sumber: Manuaba, 2012:89.

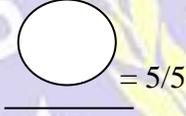
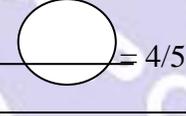
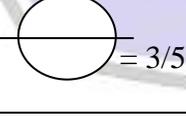
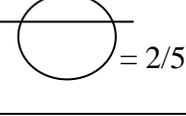
(5) Penurunan bagian terbawah janin

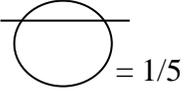
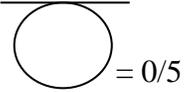
Berikut ini adalah metode lima jari (perlimaanan) menurut

(Marmi, 2011 : 149) dapat dilihat dalam tabel 2.19.

Tabel 2.21

Penurunan Kepala Janin Menurut Sistem Perlimaanan

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, 2011:149

(6) Auskultasi

Untuk mengkaji status bayi. Frekuensi jantung bayi kurang dari 120 atau lebih dari 160 kali permenit dapat menunjukkan tanda-tanda gawat janin dan perlu dilakukan evaluasi segera. Cara menghitung bunyi jantung dapat dilakukan dengan mendengarkan 3 kali 5 detik kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan 4, misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga, dan 5 detik kelima dalam satu menit adalah :

(11-12-11) kesimpulannya teratur, frekuensi 136 x/menit, DJJ normal.

(10-14-9) kesimpulannya tidak teratur, frekuensi 132 x/menit, janin dalam keadaan asfiksia.

(8-7-8) kesimpulannya teratur, frekuensi 92 x/menit, janin dalam keadaan asfiksia

(Jannah, 2009:35-36)

(7) HIS

Pada kala II, His semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik (Manuaba, 2010:173). Adanya his dalam persalinan dapat dibedakan sebagai berikut:

(a) Kala I

Kala satu persalinan dimulai saat terjadinya kontraksi uterus mulai kuat, dan teratur (frekuensi dan kekuatannya) dan pembukaan serviks mencapai pembukaan lengkap (10 cm) (Marmi, 2011 : 65). Kala satu persalinan terdiri dari dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif (Wiknjosastro, 2008:40).

(b) Kala II

Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut dengan kala pengeluaran bayi (Wiknjosastro, 2008:79).

(c) Kala III

Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (Wiknjosastro, 2008:99). Kala III merupakan kala pengeluaran plasenta (Marmi, 2011:70).

(d) Kala IV

Persalinan kala empat dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu (Marmi, 2011 : 295). Kontraksi

lemah, sedikit nyeri (merain), pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari (Mochtar, 2011:65).

f. Pemeriksaan Dalam

Dialakukan untuk menentukan apakah pembukaan serviks yang progresif telah terjadi dan mendiagnosis persalinan. Serta untuk menentukan tahap dan fase persalinan wanita, jika ia dalam persalinan. (Varney et al,2007:693).

Pemeriksaan dalam dilakukan atas indikasi:

- (1) Ketuban pecah sedangkan bagian depan masih tinggi
- (2) Apabila kita mengharapkan pembukaan lengkap
- (3) Untuk menyelesaikan persalinan (Marmi, 2011:133).

Menurut Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan normal 2008 yang perlu dilakukan dalam pemeriksaan dalam adalah :

- (a) Memeriksa genitalia eksterna, memerhatikan ada atau tidaknya luka atau massa (benjolan) termasuk kodiloma, varikosis vulva atau rektum, atau luka parut di perineum.
- (b) Menilai cairan vagina dan menentukan bercak darah serta perdarahan pervaginam atau mekonium :

- i. Jika ada perdarahan pervaginam dilarang melakukan pemeriksaan dalam.

- ii. Jika ketuban sudah pecah, perhatikan warna dan bau air ketuban. lihat warna mekonium, kekentalan dan pemeriksaan DJJ.
 - iii. Jika mekonium encer dan DJJ normal, lanjutkan pemantauan DJJ dengan seksama menurut petunjuk partograf.
 - iv. Jika mekonium kental, nilai DJJ dan merujuk.
 - v. Jika tercium bau busuk, mungkin telah terjadi tanda infeksi.
 - vi. Jika ketuban belum pecah jangan melakukan amniotomi.
- (c) Adanya luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya. Hal ini merupakan informasi penting untuk menentukan tindakan saat kelahiran bayi.
- (d) Menilai pembukaan dan penipisan serviks.
- (e) Memastikan tali pusat dan/ atau bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba pada saat melakukan periksa dalam.
- (f) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian yang masuk ke dalam rongga panggul.
- (g) Jika bagian terbawah kepala, memastikan penunjuknya (ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar) dan celah (sutura) sagitalis untuk menilai derajat penyusupan atau tumpang tindih tulang kepala

serta menilai ukuran kepala janin dengan ukuran jalan lahir apakah sesuai.

g. Pemeriksaan Panggul

Pemeriksaan ini dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu. Pemeriksaannya dilakukan dengan cara *vagina toucher* (VT). Caranya, pemeriksa (dokter atau bidan) memasukan dua jari (jari telunjuk dan jari tengah) ke jalan lahir hingga menyentuh bagian tulang belakang atau promontorium. Kemudian hitung jarak dari tulang kemaluan hingga promontorium untuk mengetahui ukuran pintu atas panggul dan pintu tengah panggul. Jarak minimal antara tulang kemaluan dan promontorium adalah 11 cm. Jika kurang, maka dikategorikan sebagai panggul sempit (Suwigya,2010:13).

h. Pemeriksaan Penunjang

(1) *Haemoglobin* (Hb)

Pemeriksaan Hb dapat dilakukan dengan menggunakan alat sahli. Hasil dari pemeriksaan Hb dengan sahli dapat digolongkan sebagai berikut:

- Hb 11 g% : tidak anemia
- Hb 9-10 g% : anemia ringan
- Hb 7-8 g% : anemia sedang

Hb <7 g% : anemia berat

Pemeriksaan darah dilakukan minimal dua kali, yaitu pada trimester I dan trimester III (Manuaba.2010 : 239).

(2) Golongan darah

Golongan darah ABO dan faktor Rhesus (Rh). Ibu dengan rhesus negatif beresiko mengalami keguguran, amniosentesis, atau trauma uterus, harus diberi anti-gammaglobulin D dalam beberapa hari setelah pemeriksaan. Apabila titrasi menunjukkan peningkatan respons antibodi, harus dilakukan pemeriksaan lebih sering dalam rangka merencanakan penatalaksanaan pengobatan oleh spesialis Rhesus (Fraser et al, 2009:255).

(3) Urine

Menurut Fraser dan Cooper (2009:255) urinalisis dilakukan setiap kunjungan untuk memastikan tidak adanya abnormalitas. Hal lain yang dapat ditemukan pada urinalisis rutin antara lain:

- (a) Keton akibat pemecahan lemak untuk menyediakan glukosa, disebabkan oleh kurangnya pemenuhan kebutuhan

janin yang dapat terjadi akibat muntah, hiperemesis, kelaparan, atau latihan fisik yang berlebihan.

(b) Glukosa karena peningkatan sirkulasi darah, penurunan ambang ginjal atau penyakit.

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

(4) Ultrasonografi (USG)

Dibandingkan dengan pemeriksaan rontgen, USG tidak berbahaya untuk janin karena memakai prinsip sonar (bunyi). Sehingga boleh dipergunakan pada kehamilan muda. Pada layar, dapat dilihat letak, gerakan, dan gerakan jantung janin (Mochtar, 2011:45).

(5) Non Stress Test (NST)

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai hubungan gambaran DJJ dan aktivitas janin. Cara pemeriksaan ini dikenal dengan nama *aktomardiografi*, atau *fetal activity acceleration determination (FAD;FAAD)*. Penilaian dilakukan terhadap frekuensi dasar DJJ, variabilitas dan timbulnya akselerasi yang menyertai gerakan janin (Marmi, 2011:190).

c. Diagnosa Kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh dari hasil pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Dengan kriteria :

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

Diagnosa : $G_{\geq 1}P_{0>}UK$ 37 - 40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H..., kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu :

- a) Kala I dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan (Varney2007:718-719).
- b) Kala II dengan kemungkinan masalah:
 - 1) Keletihan (Vaney et al,2007:537)
 - 2) Infeksi (Saifuddin, 2010:337)
 - 3) Kram Tungkai (Varney et al, 2007:722)

- c) Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kepmenkes No.938/Menkes/SK/8/2007 tentang standar asuhan kebidanan).
- d) $P_{\geq 1}$ Kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah retensio plasenta (Sulistyawati, 2011:238).
- e) $P_{\geq 1}$ Kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadimenurut Wiknjosastro (2008:114):
- 1) Atonia uteri
 - 2) Robekan vagina, perineum atau serviks
 - 3) Subinvolisio sehubungan dengan kandung kemih penuh

d. Perencanaan

1. Diagnosa: $G_{\geq 1}P_{0>}UK$ 37 - 40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H..., kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/fase aktif.

Tujuan :Proses persalinan berjalan dengan normal ibu dan bayi sehat

Kriteria :

a) KU baik, kesadaran komposmentis

b) TTV dalam batas normal

T: 100/60 – 130/90 mmHg

S: 36 – 37°C

N: 80–100x/menit

R: 16 – 24x/menit

c) His minimal 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik.

d) Kala I pada primigravida <13 jam sedangkan multi gravida <7 jam.

e) Kala II pada primigravida <2 jam sedangkan pada multigravida <1 jam

f) Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif.

g) Kala III pada primigravida <30 menit sedangkan multigravida <15 menit

h) Plasenta lahir spontan, lengkap.

i) Perdarahan <500 cc

Intervensi:

- 1) Perhatikan psikososial ibu dan beri dukungan mental pada ibu dengan menghadirkan keluarga.

Anjurkan agar ibu selalu didampingi oleh keluarganya selama proses persalinan dan kelahiran bayinya. Dukungan suami, keluarga, dan kerabat yang disukai ibu sangat diperlukan dalam menjalani proses persalinan. Ada kalanya ibu merasa khawatir dalam menjalani kala II persalinan. Berikan rasa aman dan semangat serta tentramkan hatinya selama persalinan berlangsung. Dukungan dan perhatian akan mengurangi perasaan tegang, membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi.

R/Ibu yakin dan tabah dalam menjalani proses persalinan nanti.

- 2) Anjurkan pada ibu untuk makan dan minum.

Asupan cairan yang cukup dapat mencegah terjadinya dehidrasi pada ibu dalam proses persalinan serta sebagai persediaan energi dalam mengejan.

R/Persiapan energi ibu untuk persalinan.

- 3) Bantu ibu memilih posisi yang nyaman dengan tidur miring kiri.

Ibu dapat istirahat/tidur dengan posisi apapun kecuali pada posisi berbaring telentang. Hal ini dikarenakan jika ibu berbaring telentang maka berat uterus dan isinya menekan vena cava inferior ibu. Ini akan mengurangi pasokan oksigen melalui sirkulasi utero

plasenter sehingga akan menyebabkan hipoksia pada bayi. Berbaring telentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif. Ibu dianjurkan untuk berbaring miring ke kiri untuk mempercepat penurunan kepala janin.

R/Mempercepat penurunan kepala janin.

- 4) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan jika ketuban belum pecah dan pembukaan belum lengkap.
 - a) Bila his jarang, bagian terendah belum masuk pintu atas panggul dan ketuban \oplus maka pasien diperbolehkan jalan agar his bertambah kuat dan sering.
 - b) Bila his jarang, kepala belum masuk pintu atas panggul dan ketuban \ominus ibu tidak boleh jalan, dianjurkan tidur miring kiri untuk menghindari kelainan letak.
 - c) Bila his kuat, kepala masuk pintu atas panggul, ketuban \oplus pasien tidak boleh jalan karena dengan jalan his akan bertambah kuat dan lebih cepat mendorong anak, sehingga persalinan akan terjadi terlalu cepat.
 - d) Bila his kuat, presentasi sudah masuk lebih dalam, ketuban \ominus atau \oplus , penderita tidak boleh jalan dan harus tidur miring kiri agar tidak terjadi persalinan yang terlalu cepat.

R/Mempercepat penurunan kepala janin.

5) Observasi TTV dan CHBPK

- a) DJJ setiap $\frac{1}{2}$ jam
- b) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap $\frac{1}{2}$ jam
- c) Nadi setiap $\frac{1}{2}$ jam
- d) Pembukaan serviks tiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika terdapat indikasi
- e) Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika ada indikasi
- f) Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam
- g) Produksi urin, aseton dan protein tiap 2-4 jam

R/Mengetahui perkembangan kondisi ibu dan janin.

6) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kencing tiap 2 jam.

Dalam proses persalinan harus berkemih tiap 2 jam/lebih, kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan kepala, selain itu juga akan menambah rasa nyeri pada perut bawah, menghambat penatalaksanaan distosia bahu, menghalangi lahirnya plasenta, dan perdarahan pasca persalinan.

R/ kandung kemih yang penuh dapat menghalangi penurunan kepala janin sehingga menyebabkan nyeri waktu his.

- 7) Tunggu pembukaan lengkap. Jika telah memasuki kala II segera pimpin persalinan secara sesuai standar asuhan kebidanan persalinan normal (Wiknjosastro, 2008:73-74).

2. Masalah

Kala I :

- a. Cemas menghadapi proses persalinan.

Tujuan: Mengurangi rasa takut dan cemas selama proses persalinan

Kriteria: Ibu tampak tenang

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:248) :

- 1) Jelaskan fisiologi persalinan pada ibu

R/Proses persalinan merupakan proses yang panjang sehingga diperlukan pendekatan

- 2) Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada ibu.

R/Seorang ibu bersalin memerlukan penjelasan mengenai kondisi dirinya.

- 3) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang diberlakukan.

R/Ibu paham untuk dilakukannya prosedur yang dibutuhkan dan memahami batasan tertentu yang diberlakukan.

- b. Ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan

Tujuan: Ibu merasa nyaman terhadap proses persalinan

Kriteria :

- 1) Nyeri punggung berkurang
- 2) Ibu tidak merasa cemas
- 3) Ibu merasa tenang.

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:247) :

- a) Hadirkan orang terdekat ibu

R/Kehadiran orang terdekat mampu memberikan kenyamanan psikologis dan mental ibu yang menghadapi proses persalinan.

- b) Berikan sentuhan fisik misalnya pada tungkai, kepala, dan lengan.

R/Sentuhan fisik yang diberikan kepada ibu bersalian dapat menenangkan dan menenangkan ibu.

- c) Berikan usapan punggung.

R/Usapan punggung meningkatkan relaksasi.

- d) Pengipasan atau penggunaan handuk sebagai kipas.

R/Ibu bersalin menghasilkan banyak panas sehingga mengeluh kepanasan dan berkeringat.

- e) Pemberian kompres panas pada punggung.

R/Kompres panas akan meningkatkan sirkulasi di punggung sehingga memperbaiki anoreksia jaringan yang disebabkan oleh tekanan.

Kala II :

a. Kekurangan cairan (Wiknjosastro, 2008: 116)

Tujuan : Tidak terjadi dehidrasi

Kriteria :

- 1) Nadi 76-100 x/menit
- 2) Urin jernih, produksi urine 30cc/jam.

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:117) :

a) Anjurkan ibu untuk minum.

R/ Ibu yang menghadapi persalinan akan menghasilkan panas sehingga memerlukan kecukupan minum.

b) Jika dalam 1 jam dehidrasi tidak teratasi, pasang infus menggunakan jarum dengan diameter 16/18G dan berikan RL atau NS 125cc/jam.

R/Pemberian cairan intravena akan lebih cepat diserap oleh tubuh.

c) Segera rujuk ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir.

R/Rujukan dini pada ibu dengan kekurangan cairan dapat meminimalkan risiko terjadinya dehidrasi.

b. Infeksi (Winjosastro, 2008:116)

Tujuan: Tidak terjadi infeksi

Kriteria: Tanda-tanda vital:

- 1) Nadi dalam batas normal (76-100 x/menit)

- 2) Suhu: 36-37,5
- 3) KU baik
- 4) Cairan ketuban/cairan vagina tidak berbau

Intervensi menurut Wiknjastro (2008:116) :

- a) Baringkan miring ke kiri

R/Tidur miring mempercepat penurunan kepala janin sehingga mempersingkat waktu persalinan.

- b) Pasang infus menggunakan jarum dengan diameter besar ukuran 16/18 dan berikan RL atau NS 125ml/jam

R/Salah satu tanda infeksi adanya peningkatan suhu tubuh, suhu meningkat menyebabkan dehidrasi.

- c) Berikan ampisilin 2 gram atau amoxicillin 2 gram/oral

R/Antibiotik mengandung senyawa aktif yang mampu membunuh bakteri dengan mengganggu sintesis protein pada bakteri penyebab penyakit.

- d) Segera rujuk ke fasilitas kesehatan yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetri.

R/Infeksi yang tidak segera tertangani dapat berkembang ke arah syok yang menyebabkan terjadinya kegawatdaruratan ibu dan janin.

- c. Kram Tungkai (Varney et al, 2007:722)

Tujuan: Tidak terjadi kram tungkai

Kriteria : Sirkulasi darah lancar

Intervensi :

a) Luruskan tungkai ibu inpartu

R/Meluruskan tungkai dapat melancarkan peredaran darah ke ekstremitas bawah.

b) Atur posisi dorsofleksi

R/Relaksasi yang dilakukan secara bergantian dengan dorsofleksi kaki dapat mempercepat peredaan nyeri.

c) Jangan lakukan pemijatan pada tungkai

R/Tungkai wanita tidak boleh dipijat karena ada risiko trombi tanpa sengaja terlepas.

Kala III :

b. Retensio plasenta (Wiknjosastro,2008:114).

Tujuan: Plasenta dapat dikeluarkan secara lengkap

Kriteria: Tidak ada sisa plasenta yang tertinggal

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:114) :

1) Plasenta masih di dalam uterus selama 30 menit dan terjadi perdarahan berat, pasang infus menggunakan jarum besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan RL atau NS dengan 20 unit oksitosin.

(a) Coba lakukan plasenta manual dan lakukan penanganan lanjut.

(b) Bila tidak memenuhi syarat plasenta manual di tempat atau tidak kompeten maka segera rujuk ibu ke fasilitas terdekat dengan kapabilitas kegawatdaruratan obstetri.

(c) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

(d) Tawarkan bantuan walaupun ibu telah dirujuk dan mendapat pertolongan di fasilitas kesehatan rujukan.

c. Terjadi avulsi tali pusat

Tujuan : Avulsi tidak terjadi, plasenta lahir lengkap

Kriteria : Tali pusat utuh

Intervensi menurut Wiknjastro (2008:119) :

- 1) Palpasi uterus untuk melihat kontraksi, minta ibu meneran pada setiap kontraksi.
- 2) 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.
- 3) Setelah plasenta lahir, lakukan massase uterus dan periksa plasenta.

Jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit, tangani sebagai retensio plasenta

Kala IV :

a. Terjadinya atonia uteri (Wiknjastro, 2008:115).

Tujuan : Atonia uteri dapat teratasi

Kriteria : 1) Kontraksi uterus baik, keras dan bundar

2) Perdarahan <500cc

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:108-110) :

- a) Segera lakukan Kompresi Bimanual Internal (KBI) selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang.
- b) Jika kompresi uterus tidak berkontraksi dan perdarahan terus keluar, ajarkan keluarga untuk melakukan Kompresi Bimanual Eksternal. Berikan suntikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600-1000 mcg per rectal dan gunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16-18), pasang infus dan berikan 500 cc larutan Ringer Laktat yang mengandung 20 unit oksitosin.
- c) Jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar ulangi KBI.
- d) Jika uterus tidak berkontraksi selama 1-2 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan tindakan operasi dan transfusi darah.
- e) Dampingi ibu selama merujuk, lanjutkan tindakan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba ditempat rujukan.

b. Robekan vagina, perineum atau serviks

Tujuan : Robekan vagina, perineum atau serviks dapat teratasi

Kriteria :

- 1) Vagina, perineum atau serviks dapat terjahit dengan baik

2) Perdarahan <500 cc

Intervensi :

a) Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi yang timbul.

b) Jika terjadi laserasi derajat satu dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat dua lakukan penjahitan.

c) Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks:

(1) Pasang infus dengan menggunakan jarum besar (ukuran 16 dan 18) dan berikan RL atau NS.

(2) Pasang tampon untuk mengurangi darah yang keluar

(3) Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawatdarurat obstetri.

(4) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

e. Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidencebased* kepada klien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

Dengan kriteria:

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
2. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien atau keluarganya (*inform consent*).
3. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*.
4. Melibatkan klien dalam setiap tindakan.
5. Menjaga privasi klien.
6. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
7. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
8. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
9. Melakukan tindakan sesuai standar.
10. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

(Kepmenkes RI, 2007:6)

f. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang telah diberikan sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan kepada klien atau keluarganya.

Hasil evaluasi harus ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien. Evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu sebagai berikut :

S : Data subyektif, mencatat hasil anamnesa

O : Data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A: Hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P :Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2007:7).

2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Nifas

1. Pengkajian data

a. Data Subyektif

1) Biodata

a) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila diperlu nama panggilan sehari-hari agar tidak dpat keliru dalam memberikan penanganan (Ambarwati, 2010: 131).

b) Umur

Umur pasien dikaji untuk mengetahui apakah pasien dikatakan berpengaruh atau memiliki resiko jika <20 tahun karena alat-alat reproduksi belum matang dan psikis yang belum

siap dan >35 tahun rentan sekali terjadi komplikasi dalam kehamilan dan perdarahan dalam masa nifas, jadi usia reproduktif (subur) seorang wanita yang baik dalam siklus reproduksi berkisar dari 20-35 tahun (Manuaba, 2010:246).

c) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Ambarwati, 2010: 132).

d) Pendidikan

Pendidikan yang kurang membuat masyarakat tetap berorientasi pada pengobatan dan pelayanan tradisional sehingga mempengaruhi kesejahteraan ibu (Manuaba, 2010:241).

e) Alamat

Untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Eny, 2010: 132).

f) Pekerjaan

Putus kerja, karena berbagai alasan sehingga menambah sulitnya masalah social ekonomi (Manuaba, 2010: 235).

g) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas dan putus kerja karena berbagai alasan dapat menambah sulitnya masalah sosial

ekonomi, sehingga mempengaruhi kelangsungan kehamilan (Manuaba, 2010 : 235).

h) Penanggung Jawab

Untuk mengetahui siapa yang bertanggung jawab terhadap klien, sehingga bila sewaktu-waktu dibutuhkan bantuannya dapat segera ditemui (Sulistyawati, 2011:166).

2) Keluhan utama

Menurut Varney et al (2007: 974-977), keluhan yang sering dialami ibu masa nifas antara lain sebagai berikut :

a) *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 (sebentar-sebentar) berbeda pada wanita primipara tonus otot uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi.

b) 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.

c) 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 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.

d) Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut.

e) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum atau episiotomi derajat tiga atau empat.

f) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari, jika terjadi selama kehamilan, hemoroid menjadi trauma dan menjadi edema selama wanita

mendorong bayi pada kala II persalinan karena tekanan bayi dan distensi saat melahirkan.

3) Riwayat kesehatan

a) Anemia pada kehamilan yang tidak tertangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan : terjadi sub involusi uteri, menimbulkan perdarahan post partum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekomposisi kordis mendadak setelah persalinan, anemia kala nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba, 2010:240).

b) Penyakit TBC

Ibu dengan tuberculosis aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Manuaba, 2010:336).

c) Sifilis

Dapat menyebabkan infeksi pada bayi dalam bentuk Lues Kongenital (Pemfigus Sifilitus, Deskuamasi kulit telapak tangan dan kaki, terdapat kelainan pada mulut dan gigi) (Manuaba, 2010:338).

d) Penyakit asma

Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O₂ dan CO₂ (Manuaba, 2010:336).

e) Pengaruh penyakit jantung dalam masa pasca persalinan/nifas menurut Manuaba (2012:337) :

(1) 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.

(2) Saat laktasi kekuatan jantung diperlukan untuk membentuk ASI.

(3) Mudah terjadi infeksi post partum, yang memerlukan kerja tambahan jantung.

4) Riwayat nifas sekarang

Ibu harus dianjurkan untuk menyusui, terutama karena menyusui mampu memberikan perlindungan baik secara aktif maupun pasif, dimana ASI juga mengandung zat anti infeksi bayi akan terlindungi dari berbagai macam infeksi (Sukarni, 2013: 298).

5) Riwayat kebidanan

a) 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 mendapatkan lagi haidnya selama meneteki (Saifuddin, 2009:129).

b) 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 sampai usia anak 2 tahun. 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 kurang dari 2 tahun. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba, 2010:201).

c) Riwayat KB

Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama meneteki. Oleh karena itu, metode amenorhe laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan baru (Saifuddin, 2009:129). 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 (Manuaba, 2012: 204).

6) Pola kebiasaan sehari-hari

a) 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) (Saifuddin, 2009:128).

b) Eliminasi

Segera setelah pascapartum kandung kemih, edema, mengalami kongesti, dan hipotonik, yang dapat, menyebabkan overdistensi, pengosongan yang tidak lengkap, dan residu urin 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 et al, 2007:961).

Miksi dan defekasi diatur sehingga kelancaran kedua sistem tersebut dapat berlangsung dengan baik (Manuaba, 2010:202).

c) 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, 2014:127).

Pakaian agak longgar terutama di daerah dada sehingga payudara tidak tertekan. Daerah perut tidak perlu diikat dengan kencang karena tidak akan memengaruhi involusi. 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).

d) Istirahat

Anjurkan ibu untuk 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).

e) Aktivitas

Diskusikan pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu, seperti mengurangi rasa sakit pada punggung (Saifuddin, 2014:127).

f) Seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan (Saifuddin, 2009:128).

7) Riwayat Psikososial Spiritual

Menurut Anggraini (2010:136), ibu menunjukkan depresi ringan beberapa hari setelah kelahiran. Depresi tersebut sering disebut sebagai postpartum blues. Postpartum blues sebagian besar merupakan perwujudan fenomena psikologis yang dialami oleh wanita yang terpisah dari keluarga dan bayinya. Hal ini sering terjadi diakibatkan sejumlah faktor. Penyebab yang paling menonjol adalah kekecewaan emosional yang mengikuti rasa puas dan takut yang dialami kebanyakan wanita selama kehamilan dan persalinan, rasa sakit masa nifas awal, kelelahan

karena kurang tidur selama persalinan dan postpartum, kecemasan pada kemampuannya untuk merawat bayinya setelah meninggalkan rumah sakit, rasa takut menjadi tidak menarik lagi bagi suaminya.

Menurut Suherni (2009: 87-90) membagi fase nifas menjadi 3 bagian yaitu :

a) Fase *taking in*

Fase *taking in* merupakan periode ketergantungan, periode ini terjadi dari hari ke-1 sampai hari ke-2 hari sesudah melahirkan. Pada fase ini ibu terutama berfokus pada dirinya sendiri. Dalam fase ini ibu akan merasakan gangguan psikologis, seperti:

- (1) kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya.
- (2) Ketidaknyamanan sebagai akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu misalnya rasa mules karena rahim berkontraksi, payudara bengkak, nyeri luka jahitan.
- (3) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.

b) Fase *taking hold*

- (1) Periode ini berlangsung 3 sampai 10 hari setelah melahirkan.
- (2) Ibu timbul rasa khawatir akan ketidaknyamanan dan rasa tanggungjawabnya dalam merawat bayinya.

(3) Ibu mempunyai perasaan sangat sensitive sehingga mudah tersinggung dan gampang marah.

c) Fase *letting go*

(1) Priode ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan.

(2) Ibu sudah mulai menyesuaikan ketergantungan bayinya.

(3) Ibu berkeinginan untuk merawat diri dan bayinya.

(4) Ibu akan lebih percaya diri dalam menjalani peran barunya.

8) Riwayat Ketergantungan

Menurut Manuaba (2010:112) Merokok dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah di dalam tubuh, termasuk pembuluh-pembuluh darah pada uterus sehingga menghambat proses involusi, sedangkan alkohol dan narkotika mempengaruhi kandungan ASI yang langsung mempengaruhi perkembangan psikologis bayi dan mengganggu proses bonding antara ibu dan bayi.

9) Latar belakang sosial budaya

Menurut Saifuddin (2014:130-131), kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan, antara lain:

a) Menghindari makanan berprotein, seperti ikan/telur.

b) Penggunaan bebet perut segera pada masa nifas (2-4 jam pertama).

c) Penggunaan kantong es batu pada masa nifas (2-4 jam pertama).

- d) Penggunaan kantong es batu atau pasir untuk menjaga uterus berkontraksi karena merupakan perawatan yang tidak efektif untuk atonia uteri.
- e) Memisahkan bayi dari ibunya untuk masa yang lama pada 1 jam setelah kelahiran karena masa transisi adalah masa kritis untuk ikatan batin ibu dan bayi untuk mulai menyusu.
- f) Wanita yang mengalami masa puerperium diharuskan tidur telentang selama 40 hari (Manuaba, 2010:201).

b. Data obyektif

1) Pemeriksaan umum

a) Kesadaran

Kesadaran itu meliputi (composmentis atau sadar penuh, apatis atau tak acuh terhadap keadaan sekitarnya, samnolen atau kesadaran yang mau tidur saja) (Indriasari, 2012:38).

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 et al, 2007:961).

(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 et al, 2007:961).

(3) Suhu

Suhu 38°C atau lebih yang terjadi diantara hari ke-2 sampai hari ke-10 postpartum dan diukur peroral sedikitnya 4 kali sehari disebut sebagai *mordibitas puerperalis*. Kenaikan suhu tubuh yang terjadi didalam masa nifas, dianggap sebagai infeksi nifas jika tidak diketemukan sebab-sebab ekstragenital (Saifuddin, 2014:278).

(4) Pernafasan

Napas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kelelahan cairan. Eksaserbasi asma, dan embolus paru (Varney et al, 2007:961).

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 preklamsia (Romauli, 2011:384).

(2) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli,2011:384).

(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 et al, 2007:969).

(4) Abdomen

Pada abdomen kita harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan ukuran kandung kemih (Saifuddin, 2006:124). Menurut Varney et al(2007:1064), 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.

(b) Pemeriksaan uterus

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

(c) Evaluasi tonus otot abdomen dengan memeriksa derajat diastasis

Penentuan jumlah diastasis rekti digunakan sebagai alat obyektif untuk mengevaluasi tonus otot 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. Diastasis rekti diukur dengan cara-cara sebagai berikut:

- i. Atur posisi wanita terbaring terlentang datar tanpa bantal dibawah kepalanya.
- ii. Tempatkan ujung-ujung jari salah satu tangan anda pada garis tengah abdomen dengan ujung jari telunjuk anda tepat dibawah umbilikus dan jari-jari anda yang lain berbaris longitudinal kebawah kearah simfisis pubis. Tepi jari-jari anda harus menyentuh satu sama lain.
- iii. Meminta wanita menaikkan kepalanya dan berupaya meletakkan dagu didadanya, diarea antara payudaranya dan pastikan wanita tidak menekan tangannya di tempat tidur atau mencengkram matras untuk membantu dirinya,karena hal ini mencegah penggunaan otot-otot abdomen.

- iv. Ketika wanita berupaya meletakkan dagunya diantara payudaranya, tekan ujung-ujung jari andadengan perlahan dekat abdomennya. Anda akan merasakan otot-otot abdomen layaknya dua bebat karet, yang mendekati garis tengah dari kedua sisi. Apabila dia diastasisnya lebar anda perlu untuk menggerakkan jari anda dari sisi kesisi dalam upaya menemukan otot tersebut,meskipun otot sudah dikontraksikan.
- v. Ukur jarak antara dua otot rektus ketika otot-otot tersebut dikontraksi dengan menempatkan jari-jari anda datar dan paralel terhadap garis tengah dan isi ruang antara otot rektus dengan jari-jari anda. Catat jumlah lebar jari antara sisi median dua otot rektus.
- vi. Sekarang tempatkan ujung-ujung jari satu tangan sepanjang salah satu sisi median otot rektus abdomen dan ujung-ujung jari tangan anda yang lain sepanjang sisi median otot rektus abdominus yang lain. Jika diposisikan dengan benar bagian punggung tangan anda harus menghadap satu sama lain pada garis tengah abdomen.
- vii. Minta wanita untuk menurunkan kepalanya secara perlahan keposisi bersandar ketempat tidur.

- viii. Ketika wanita menurunkan kepalanya otot rektus akan bergerak lebih jauh memisah dan kurang dapat dibedakan ketika otot relaksasi. Ujung–ujung jari anda menutupi otot rektus ketika otot tersebut bergerak memisahkan kesisi lateral masing-masing pada abdomen. Prasad ini memungkinkan anda untuk tetap mengidentifikasi otot-otot tersebut ketika berada dalam keadaan relaksasi.
- ix. Ukur jarak antara kedua otot rektus ketika dalam keadaan relaksasi sebagaimana anda mengukurnya pada saat kontraksi. Catat jumlah lebar jari diantara tepi median kedua otot rektus.
- x. 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 tersebut 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

Pemeriksaan tipe, kuantitas, dan bau lochia (Varney et al, 2007: 969). Selain itu, pada genetalia yang harus diperiksa adalah pengeluaran lochia. Hal yang perlu dilihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah penjahitan laserasi atau luka episiotomi, pembengkakan, luka dan hemoroid (Saifuddin, 2009:125).

(6) Ekstremitas

Flagmasia alba dolens yang merupakan salah satu bentuk infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa sangat nyeri, tampak bendungan pembuluh darah, suhu tubuh meningkat (Manuaba, 2010: 418).

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 9-10 g%, anemia sedang jika Hb 7-8, anemia berat jika Hb < 7 gr% (Manuaba, 2010: 239).

e) Terapi yang didapat

Terapi yang diberikan pada ibu nifas menurut Sulistyawati

(2009:100) yaitu :

- 1) Pil zat besi 40 tablet harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin.
- 2) Vitamin A 200.000 U agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

c. Diagnosa Kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Dengan kriteria :

1. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
2. Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien

3. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Diagnosa kebidanan:

P₁>1A_{PIAH}... hari ... post partum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak baik (Sulistyawati, 2009:156). P₁>1A_{PIAH}, post partum hari ke, laktasi lancar, lochea normal, involusi noarmal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembangkakan payudara (Varney et al, 2007: 974).

d. Perencanaan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan. Dengan kriteria :

1. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif
2. Melibatkan klien/pasien adan atau keluarga
3. Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga

4. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien

5. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumberdaya serta fasilitas yang ada.

a) Diagnosa : P₁>1APIAH, post partum hari ke, laktasi lancar, lochea normal, involusi noarmal, keadaan pskologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembangkakan payudara (Sulistyawati, 2009:126).

Tujuan: Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi bagi ibu dan bayi.

Kriteria: Menurut (Manuaba, 2012:114) adalah:

- 1) Keadaan umum : kesadaran komposmetis.
- 2) Kontraksi uterus baik (bundar dan keras)
- 3) Tanda-tanda vital:

T : 110/70-130/90 mmHg N : 60-80 x/menit

S : 36-37,5⁰C R : 16-24x/menit

(Sulistyawati, 2009: 123).

4) Laktasi normal

ASI dibedakan menjadi 3 stadium :

(a) Kolostrum merupakan cairan yang pertama kali disekresi oleh kelenjar payudara mulai dari hari pertama sampai hari ketiga atau keempat pasca persalinan. Kolostrum berwarna kekuning-kuningan, viskositas kental, lengket. Mengandung tinggi protein, mineral, garam, vitamin A, nitrogen, sel darah putih, dan anti bodi yang tinggi.

(b) ASI transisi atau peralihan diproduksi pada hari keempat sampai kesepuluh warna putih jernih. Kadar imunoglobulin dan protein menurun, sedangkan lemak dan laktosa meningkat.

(c) ASI matur merupakan ASI yang disekresi pada hari kesepuluh sampai seterusnya berwarna putih. Kandungan ASI matur relatif konstan tidak menggumpal bila dipanaskan.

5) Involusi uterus normal

Tabel 2.22

Involusi Uterus

Involusi uterus	Tinggi fundus	Berat uterus	Diameter uterus	Palpasi serviks
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm	Lembut/lunak
7 hari (1 minggu)	Pertengahan pusat dan simfisis	500 gram	7,5 cm	2 cm

14 hari (2 minggu)	Tidak teraba	350 gram	5 cm	1 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm	Menyempit

Sumber : Ambarwati dkk, 2010:112

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) KU bayi baik

R : 30-60 x/menit

S : 36,5-37,5°C

Intervensi menurut Suherni (2009:120) :

(a) Lakukan pemeriksaan KU, TTV, laktasi, involusi, dan lochea.

R/ Menilai status ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi

(Saifuddin, 2009:123).

(b) Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya.

R/Menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap substansi/zat dari

makan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan (Saifuddin, 2009:377).

(c) Jelaskan pada ibu mengenai senam pascapersalinan (senam nifas).

R/Latihan yang tepat untuk memulihkan/mengembalikan keadaan tubuh menjadi indah dan langsing seperti semula (Mochtar, 2012: 176).

(d) Beri konseling ibu tentang KB pascasalin.

R/Untuk menjarangkan anak (Mochtar, 2012:89).



- (e) Anjurkan ibu untuk mengimunitasikan bayinya.
R/Untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan (Marmi, 2012: 395).

b) Masalah

Masalah 1 : Gangguan eliminasi

Tujuan : Masalah eliminasi teratasi.

Kriteria : Ibu bisa BAB dan BAK dengan lancar.

Intervensi menurut Sulistyawati (2009:101), antara lain :

- 1) Berikan penjelasan kepada pasien mengenai pentingnya BAB dan BAK sedini mungkin setelah melahirkan.
R/Pasien tidak akan menahan diri untuk BAK maupun BAB jika terasa.
- 2) Yakinkan pasien bahwa jongkok dan mengejan ketika BAB tidak akan menimbulkan kerusakan pada luka jahitan.
R/Menghilangi rasa takut pada pasien untuk melakukan buang air.
- 3) Anjurkan pasien untuk banyak minum air putih serta makan sayur dan buah.

R/Membantu memperlancar eliminasi.

Masalah 2 : Nyeri pada luka jahitan perineum.

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, rasa nyeri teratasi.

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu.

Intervensi menurut Sulistyawati (2009:134), antara lain :

1) Observasi luka jahitan perineum.

R/Untuk mengkaji jahitan perineum dan mengetahui adanya infeksi.

2) Anjurkan ibu untuk mandi dengan menggunakan air hangat.

R/Mengurangi sedikit rasa nyeri pada ibu.

3) Ajarkan ibu tentang perawatan perineum yang benar.

R/Ibu bisa melakukan perawatan perineum secara benar dan mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.

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

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

Masalah 3 : *After pain* atau kram perut

Tujuan : Masalah kram perut teratasi.

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu.

Intervensi menurut Suherni (2009:123-122), antara lain:

- 1) Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih secara rutin supaya tidak penuh.

R/ Kandung kemih yang penuh menyebabkan kontraksi uterus tidak optimal dan berdampak pada nyeri *after pain*.

- 2) Sarankan ibu untuk tidur dengan posisi telungkup dan bantal di bawah perut. R/Posisi ini menjaga kontraksi tetap baik dan menghilangkan nyeri.

- 3) Jika perlu berikan analgesik (parasetamol, asam mefenamat, kodein, atau asetaminofen). R/Meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang.

Masalah 4 : Pembengkakan payudara

Tujuan : Setelah diberi asuhan, masalah pembengkakan payudarateratasi.

Kriteria : Payudara tidak bengkak, kulit payudara tidak mengkilat dan tidak merah, payudara tidak nyeri, tidak terasa penuh dan tidak keras.

Intervensi menurut Manuaba (2010:420), antara lain:

- 1) Anjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin atau 2-3 jam sekali

R/Sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara.

- 2) Anjurkan ibu untuk menyusui di kedua payudara

R/Menyusui di salah satu payudara dapat membuat payudara yang lain menjadi bengkak.

- 3) Anjurkan ibu untuk memberikan kompres hangat pada payudara, dengan menempelkan kain atau handuk yang hangat pada payudara.

R/Air hangat dapat merelaksasi otot payudara supaya tidak tegang.

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

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

- 5) Anjurkan ibu untuk memberikan kompres dingin pada payudara di antara waktu menyusui.

R/Kompres dingin dapat membuat otot-otot payudara berkontraksi sehingga rasa nyeri dapat berkurang.

- 6) Jika payudara masih terasa penuh, lakukan pengeluaran ASI secara manual.

R/Pengsongan payudara secara manual dapat membantu mengurangi pembengkakan payudara.

- 7) Bila diperlukan berikan terapi parasetamol 500 mg per oral setiap 4 jam.

R/Terapi parasetamol dapat mengurangi nyeri.

e. Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidencebased* kepada klien atau pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Depkes RI, 2007)

f. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian segera setelah selesai melakukan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien atau keluarganya. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien. Menurut Kepmenkes RI (2007), evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, ialah sebagai berikut :

S : Data Subjektif, mencatat hasil anamnesa.

O : Data Objektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A : Hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P : Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan

antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, dan rujukan.

2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Neonatus

1. Pengkajian data

a. Data subyektif

1) Identitas bayi dan orang tua

Identitas sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepas sampai penyerahan bayi (Manuaba, 2012:205).

2) Keluhan utama

Keluhan utama pada bayi baru lahir adalah hipoglikemi, hipotermi dan ikterik (Ladewig, 2006:170). Terjadi seborrhea, milliariasis, muntah dan gumoh, *oral trush*(moniliasis/sariawan), *diaper rash* (Marmi, 2012:207)

3) Riwayat antenatal

Bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu kelahiran. Jumlah kunjungan pranatal dicatat bersama setiap masalah pranatal yang ada. Semua hasil laboratorium dan pengujian pranatal termasuk laporan ultrasonografi, harus ditinjau. Kondisi pranatal dan kondisi

intrapartum yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan bayi baru lahir (Varney et al, 2007:916).

4) Riwayat natal

Usia gestasi pada waktu kelahiran, lama persalinan, presentasi janin dan rute kelahiran harus ditinjau ulang. Pecah ketuban lama, demam pada ibu, dan cairan amnion yang berbau adalah faktor risiko signifikan untuk atau prediktor infeksi neonatal. Cairan amnion berwarna mekonium meningkatkan risiko penyakit pernapasan. Medikasi selama persalinan seperti analgesik, anestetik, magnesium sulfat dan glukosa dapat mempengaruhi perilaku dan metabolisme bayi baru lahir. Abnormalitas plasenta dan kedua pembuluh darah tali pusat dikaitkan dengan peningkatan insiden anomali neonatus (Walsh, 2007:368).

5) Riwayat post natal

Riwayat bayi sejak lahir harus ditinjau ulang, termasuk pola menyusui, berkemih, defekasi, tidur, dan menangis. Tanda vital, medikasi yang diberikan pada bayi baru lahir dan hasil laboratorium (Walsh, 2012:367)

Bidan harus meninjau catatan kelahiran bayi tentang tanda-tanda vital dan perilaku bayi baru lahir. Perilaku positif antara lain menghisap, kemampuan untuk makan, kesadaran, berkemih, dan mengeluarkan mekonium. Perilaku mengkhawatirkan meliputi

gelisah, letargi, aktivitas menghisap yang buruk atau tidak ada, dan tangisan yang abnormal (Varney et al, 2007:917).

6) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua energi berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6 (Marmi, 2012:313)

Kebutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan pertama adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energi sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marmi, 2012:379).

Bayi menyusu setiap 1-8 jam. Menyusu biasanya jarang pada hari pasca partum. Frekuensi meningkat dengan cepat antara hari ke-3 sampai hari ke-7 setelah kelahiran (Walsh, 2007:375).

Kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonatus dapat dilihat pada tabel 2.20 sebagai berikut:

Tabel 2.23

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

b) Eliminasi

1) Buang Air Besar (BAB)

Bayi yang pencernaanya normal akan BAB pada 24 jam pertama dan dalam 4 hari. BAB pertama ini disebut mekonium. Feses pertama ini biasanya berwarna hijau kehitaman dan lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel (Marmi, 2012:77).

2) Buang Air Kecil (BAK)

BAK bayi normalnya mengalami berkemih 7 sampai 10 kali per hari. Untuk menjaga bayi tetap bersih, hangat dan kering maka setelah BAK harus diganti popoknya. Biasanya terdapat urine dalam jumlah yang kecil pada kandung kemih bayi saat lahir, tetapi ada kemungkinan

urine tidak dikeluarkan selama 12-24 jam (Marmi, 2012:77).

3) Istirahat dan tidur

Bayi baru lahir sampai usia 3 bulan rata-rata bayi tidur selama 16 jam sehari. Pada umumnya bayi terbangun sampai malam hari pada usia 3 bulan. Jumlah waktu tidur bayi berkurang seiring dengan bertambahnya usia bayi (Marmi, 2012:81).

4) Personal hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mengering. Pencucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urine dan feses membasahi tali 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, 2009:370).

5) Aktifitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut (Saifuddin, 2009:137).

Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam perhari, bergantung pada temperamen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok basah, suhu ekstrim, dan stimulasi berlebihan (Walsh, 2007:378).

6) Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga di dapat pola tidur yang lebih baik (Saifuddin, 2009:369).Bayi baru lahir waspada dan sadar terhadap lingkungannya saat ia terbangun. Jauh dari pasif, bayi bereaksi terhadap rangsang dan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya (Fraser et al, 2009:712).

b. Data Obyektif

1) Keadaan umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu $36,5^{\circ}\text{C}$ – 37°C (Wiknjosastro, 2008:256). Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsang sakit atau suara keras yang mengejutkan (Saifuddin, 2010:135).

2) Tanda-tanda vital

a) Suhu

Suhu tubuh bayi diukur melalui dubur atau ketiak (Saifuddin, 2014:138). Suhu bayi baru lahir dapat dikaji di berbagai tempat dengan jenis termometer yang berbeda-beda. Dianjurkan bahwa suhu rektal dan aksila tetap dalam rentang $36,5$ – $37,5^{\circ}\text{C}$ dan suhu kulit abdomen dalam rentang 36 – $36,5^{\circ}\text{C}$ (Varney et al, 2007:882).

Suhu rektal menunjukkan suhu inti tubuh, suhu aksila normalnya 1° (lebih dingin dari suhu inti tubuh bayi yaitu $36,5^{\circ}\text{C}$ – $37,5^{\circ}\text{C}$) (Walsh, 2008:369).

b) Pernafasan

Pada pernapasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi dan ekspirasi. Gerak pernapasan

30 sampai 50 kali per menit (Saifuddin, 2009:138). Pola pernapasan bervariasi sesuai awitan pernapasan. Pernapasan berfluktuasi dan tidak stabil selama periode waktu tertentu. Pernapasan pada bayi baru lahir dapat terdengar ribut selama periode transisi. Frekuensi rata-rata 40 kali per menit. Rentang 30 sampai 60 kali per menit. Pernapasan merupakan pernapasan diafragma dan abdomen (Varney et al, 2007:880).

c) Nadi

Nadi dipantau disemua titik-titik perifer (Saifuddin, 2009:138). 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, 2008:369). Frekuensi jantung bayi cepat sekitar 120-160 kali per menit serta berfluktuasi selaras dengan fungsi pernafasan bayi, aktifitas atau dalam kondisi tidur (Fraser et al, 2009:710).

3) Antropometri

a) Berat badan

Berat badan 3 hari pertama terjadi penurunan, hal ini normal karena pengeluaran air kencing dan mekonium. Pada hari ke-4, berat badan naik (Wiknjosastro, 2007:256). Berat

badan sebaiknya tiap hari dipantau. Penurunan berat badan lebih dari 5% dari berat badan waktu lahir, menunjukkan kekurangan cairan (Saifuddin, 2009:138). Berikut disajikan tabel 2.21 mengenai penurunan berat badan sesuai umur :

Tabel 2.24
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, 2008:143.

b) Panjang badan

Panjang bayi baru lahir paling akurat dikaji jika kepala bayi baru lahir terletang 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 et al, 2007:921). Panjang

bayi diukur dari ujung kepala sampai tumit, dengan keyakinan bahwa kaki terekstensi penuh (Walsh, 2008:368).

c) Ukuran kepala menurut Winkjosastro (2007:119) meliputi:

- 1) Dimeter suboksipito-bregmatikus : 9,5-10 cm
- 2) Dimeter oksipito-frontalis : 11-12 cm
- 3) Dimeter oksipito metalis : 13,5-15 cm
- 4) Dimeter submento-bregmatika : 9,5-10 cm
- 5) Dimeter biparietalis : 9,5-10 cm
- 6) Dimeter bitemporalis : 8-10 cm
- 7) Sirkumferensia suboksipito-berghmatikus: 33-34 cm
- 8) Sirkumferensia submento-bregmatikus : 32-33 cm
- 9) Sirkumferensia oksipito frontalis : 33-35 cm
- 10) Sirkumferensia mento-oksipitalis : 34-35,5 cm

d) Lingkar dada : 33-38 cm

e) Lingkar lengan : ± 11 cm

4) Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

Raba sepanjang garis sutura dan fontanel untuk mengetahui ukuran dan tampilannya normal. Sutura yang berjarak lebar mengindikasikan bayi preterm, moulding yang buruk atau hidrosefalus. Periksa adanya trauma kelahiran misalnya : *caput suksedaneum* (ciri-cirinya, pada perabaan

teraba benjolan lunak, berbatas tidak tegas, tidak berfluktuasi tetapi bersifat edema tekan), *sefal hematoma* (ciri-cirinya, pada perabaan teraba adanya fluktuasi karena merupakan timbunan darah, biasanya tampak di daerah tulang parietal, sifatnya perlahan-lahan tumbuh benjolan biasanya baru tampak jelas setelah bayi lahir dan membesar sampai hari kedua dan ketiga), perdarahan sub aponeurotik atau fraktur tulang tengkorak. Perhatikan adanya kelainan seperti *anensefali*, *mikrosefali*, *kraniotabes* dan sebagainya (Marmi, 2012:56). Bayi yang mengalami seborrea akan terdapat ruam tebal berkeropeng berwarna kuning dan terdapat ketombe dikepala (Marmi, 2012:221-223).

Rambut bayi lembut dan halus, beberapa bayi pada umumnya tidak memiliki rambut, sedangkan sebagian bayi lainnya memiliki rambut yang lebat (Fraser et al, 2009:709).

Uzun-uzun belakang menutup pada minggu ke-6 sampai minggu ke-8. Uzun-uzun depan tetap terbuka hingga bulan ke-18 (Fraser et al, 2009:712).

b) Mata

Pupil harus sama dan reaktif terhadap cahaya, terjadi reflek merah atau orange menunjukkan kornea dan lensa normal. Inspeksi bagian iris, untuk mengetahui bagian titik

putih pada iris sebagai bercak Brushfield, dikaitkan dengan trisomi 21 (sindrom down). Seklera harus diperiksa adanya hemoragi. Kemerahan pada konjungtiva dapat mengidentifikasi adanya infeksi (Walsh, 2012:291). Perlu diperhatikan adanya tanda-tanda perdarahan berupa bercak merah yang akan menghilang dalam waktu 6 minggu (Saifuddin, 2014:147).

Goyangkan kepala bayi secara perlahan-lahan supaya mata bayi terbuka. Periksa jumlah, posisi atau letak mata. Periksa adanya strabismus yaitu koordinasi mata yang belum sempurna. Periksa adanya glaukoma kongenital, mulanya akan tampak sebagai pembesaran kemudian sebagai kekeruhan pada kornea. Katarak mata juga akan mudah terlihat yaitu pupil berwarna putih, pupil harus tampak bulat. Periksa juga adanya trauma seperti perdarahan konjungtiva. Periksa adanya sekret pada mata, konjungtivitis oleh kuman gonokokus dapat menjadi panoftalmia dan menyebabkan kebutaan (Marmi, 2012:57).

c) Hidung

Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm. Periksa adanya pernafasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang

menunjukkan adanya gangguan pernafasan (Marmi, 2012:57).

d) Mulut

Salivasi tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna (Saifuddin, 2010:137). Membran mukosa mulut lembab dan berwarna merah muda. Reflek menghisap dan menelan terkoordinasi. (Fraser et al, 2009:711). Simetris, tidak ada sumbing (skizis), refleks hisap kuat, saliva berlebihan dikaitkan dengan fistula atau atresia trakeoesofagus (Walsh, 2007:370). Terdapat adanya stomatitis pada mulut merupakan tanda adanya *oral thrush* (Marmi, 2012:211).

e) Telinga

Pemeriksa dalam hubungan letak dengan mata dan telapak (Saifuddin, 2006:N-33). Tulang kartilago telinga telah sempurna dibentuk (Fraser et al, 2009:709).

f) Leher

Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhialis. Adanya lipatan kulit yang berlebihan di bagian belakang leher menunjukkan adanya kemungkinan trisomi 21 (Marmi, 2012:57-58).

g) Dada

Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernafas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks, paresis diafragma atau hernia diafragma. Pernafasan yang normal dinding 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).

Pernafasan diafragma, dada, perut naik dan turun (Manuaba, 2008:710)

h) Punggung

Melihat adanya benjolan/tumor dan tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna (Saifuddin, 2006:137).

Punggung bayi harus diinspeksi dan dipalpasi dengan posisi bayi telungkup. Jika ada pembengkakan, lesung, atau rambut yang melekat dapat menandakan adanya cacat tulang belakang tersamar (Fraser et al, 2009:715). Bokong harus diregangkan untuk mengkaji lesung dan sinus yang dapat mengindikasikan anomali medula spinalis (Walsh, 2007:373).

Pada bokong bayi yang mengalami *diaper rash* akan timbul bintik-bintik merah (Marmi,2012:215).

i) Abdomen

Bentuk, penonjolan sekitar tali pusat saat menangis, perdarahan tali pusat, lembek saat menangis (Saifuddin, 2012:N-33-N-34)

Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan, jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika. Abdomen membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor lainnya. Dan apabila perut kembung kemungkinan adanya enterokolitis vesikalis, omfalokel atau ductus omfaloentrikus persisten. (Marmi, 2012:58).

j) Genetalia

1) Laki-laki

Pada bayi laki-laki panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. Periksa posisi lubang uretra. Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis. Periksa adanya hipospadia dan epispadia (Marmi, 2012:59).

2) Perempuan

Terkadang tampak adanya secret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormone ibu. Pada bayi cukup bulan, labia mayora menutupi labia minora. Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina (Marmi, 2012:59).

k) Anus

Anus berlubang (Saifuddin, 2014:N-34). Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya. Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya mekonium plug syndrom, megakolon atau obstruksi saluran cerna (Marmi, 2012:59).

l) Ekstremitas

Pemeriksaan ini berfungsi untuk menilai adanya gerakan ekstremitas abnormal, simetris, posisi dan gerakan yang abnormal, serta menilai kondisi jari kaki yaitu jumlahnya berlebih atau saling melekat (Aziz, 2008:67). Pemeriksaan ekstremitas atas meliputi reflek genggam telapak tangan, ekstremitas meliputi reflek patella, reflek plantar dan reflek babynski (Varney et al, 2007:923).

Ukuran setiap tulang harus proporsional untuk ukuran seluruh tungkai dan tubuh secara umum. Tungkai harus

simetris harus terdapat 10 jari. Telapak harus terbuka secara penuh untuk memeriksa jari ekstra dan lekukan telapak tangan. Sindaktili adalah penyatuan atau penggabungan jari-jari, dan polidaktili menunjukkan jari ekstra. Kuku jari harus ada pada setiap jari. Panjang tulang pada ekstremitas bawah harus dievaluasi untuk ketepatannya. Lekukan harus dikaji untuk menjamin simetrisitas. Bayi yang lahir dengan presentasi bokong berisiko tinggi untuk mengalami kelainan panggul kongenital (Walsh, 2008:371-372).

m) Kulit dan kuku

Bayi matur memiliki garis kulit didaerah telapak tangan dan telapak kaki. Kuku telah sempurna terbentuk dan melekat diujung jari, terkadang sedikit lebih panjang daripada ujung jari (Fraser et al, 2009:709). 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,

2010:137). Kulit bayi baru lahir yang normal tipis, halus dan mudah sekali mengalami trauma akibat desakan, tekanan atau zat yang memiliki pH berbeda. Rambut halus disebut dengan lanugo, menutupi kulit dan banyak terdapat dibahu, lengan atas dan paha. Warna kulit bayi bergantung pada asal suku, bervariasi mulai dari merah muda dan putih hingga coklat kekuningan atau coklat tua (Fraser et al, 2009:709). Pada bayi dengan miliariasis akan timbul gelembung kecil berisi cairan di seluruh tubuh (Marmi, 2012:229).

5) Pemeriksaan neurologis

Pemeriksaan neurologis merupakan indikator integritas sistem saraf. Baik respons yang menurun (hipo) maupun yang meningkat (hiper) merupakan penyebab masalah (Varney et al, 2007:923).

a) Refleks berkedip (*glabellar reflex*)

Pada saat pangkal hidung diketuk secara pelan, bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama (Marmi, 2012:70).

b) Refleks mencari (*rooting reflex*)

Ketika pipi atau sudut mulut bayi disentuh, bayi akan menoleh ke arah stimulus dan membuka mulutnya (Marmi, 2012:70).

c) Refleks menghisap (*suckling reflex*)

Benda menyentuh bibir disertai refleks menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat. Dilihat pada waktu bayi menyusu (Marmi, 2012:70).

d) Refleks menelan (*swallowing reflex*)

Kumpulan ASI di dalam mulut bayi mendesak otot-otot di daerah mulut dan faring untuk mengaktifkan refleks menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung bayi (Wiknjosastro, 2008:134).

e) Refleks menoleh (*tonikneck reflex*)

Ekstremitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi istirahat. Respon ini dapat tidak ada atau lengkap segera setelah lahir (Marmi, 2012:72).

f) Refleks terkejut (*morro reflex*)

Ketika bayi kaget akan menunjukkan respon berupa memeluk dengan abduksi dan ekstensi dari ekstremitas atas yang cepat dan diikuti dengan aduksi yang lebih lambat dan kemudian timbul fleksi. Refleks ini juga berfungsi untuk

menguji kondisi umum bayi serta kenormalan sistem saraf pusatnya (Marmi, 2012:71).

g) Refleks menggenggam(*grasping reflex*)

Ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari), respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat (Marmi, 2012:71).

h) Refleks babinsky

Goreskan telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Ketika telapak kaki bayi tergores, bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi (Marmi, 2012:71).

i) Refleks ekstruksi

Cara mengukurnya dengan sentuh lidah dengan spatel lidah. Pada kondisi normal lidah ekstensi ke arah luar bila disentuh dengan jari atau puting (Marmi, 2012:72).

j) Refleks melangkah (*stepping reflex*)

Bayi akan menggerak-gerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras (Sulistyawati, 2010:231).

c. Diagnosa Kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Dengan kriteria :

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

Diagnosa kebidanan:

Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik. Kemungkinan masalah hipoglikemi, hipotermi, ikterik, seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, *oral trush*, *diaper rash* (Marmi, 2012:207-229).

d. Perencanaan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan. Dengan kriteria :

1. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi
2. klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif
3. Melibatkan klien/pasien adan atau keluarga
4. Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga
5. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *vidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien
6. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumberdaya serta fasilitas yang ada.

Diagnosa kebidanan :

Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik.

Tujuan : Bayi baru lahir dapat melewati masa transisi dari intrauterin ke ekstrauterin tanpa terjadi komplikasi.

Kriteria :

a) Keadaan umum baik

b) TTV normal menurut Marmi (2012:87-88) adalah:

S : 36,5-37,5 °C

N : 120-160 x/menit

RR : 40-60 x/menit

- c) Bayi menyusu kuat
- d) Bayi menangis kuat dan bergerak aktif

Intervensi menurut Marmi (2012:87-88) adalah:

- 1) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering.

R/Tali pusat yang basah atau lembab dapat menyebabkan infeksi

- 2) Ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orangtua.

R/Tanda-tanda bahaya bayi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

- 3) Beri ASI setiap 2 sampai 3 jam.

R/Kapasitas lambung pada bayi terbatas, kurang dari 30 cc untuk bayi baru lahir cukup bulan. ASI diberikan 2-3 jam sebagai waktu untuk mengosongkan lambung (Varney et al, 2007:885).

- 4) Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering.

R/Suhu bayi turun dengan cepat segera setelah lahir. Oleh karena itu, bayi harus dirawat di tempat tidur bayi yang hangat. 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

- 5) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusu kurang baik.

R/Suhu normal bayi adalah 36^5 - 37^5 °C. Suhu yang tinggi menandakan adanya infeksi

6) Mandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir.

R/Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah.

b. Potensial masalah

1) Masalah I : Hipoglikemi

Tujuan : Hipoglikemi tidak terjadi

Kriteria menurut Marmi (2012:306) :

- a) Kadar glukosa dalam darah ≥ 45 mg/dL
- b) Tidak ada tanda-tanda hipoglikemi yaitu kejang, letargi, pernapasan tidak teratur, apnea, sianosis, pucat, menolak untuk minum ASI, tangis lemah dan hipotermi

Intervensi menurut (Marmi, 2012:306) adalah:

- a) Kaji bayi baru lahir dan catat setiap faktor risiko.
R/Bayi preterm, bayi ibu dari diabetes, bayi baru lahir dengan asfiksia, stres karena kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk berisiko mengalami hipoglikemi.
- b) Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan strip-kimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1–2 jam setelah kelahiran.

R/Bayi yang berisiko harus dikaji tidak lebih dari 2 jam setelah kelahiran, serta saat sebelum pemberian ASI, apabila terdapat tanda ketidaknormalan dan setiap 2–4 jam hingga stabil.

- c) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemi.

R/Tanda-tanda hipoglikemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

- d) Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10 % bagi bayi yang berisiko hipoglikemia.

R/Nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglikemia.

- e) Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat, dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal.

R/Tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energi bayi.

2) Masalah II : Hipotermi

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

Kriteria: a) Suhu bayi 36,5-37,5°C (Marmi, 2012:301)

- b) Tidak ada tanda-tanda hipotermi, seperti bayi tidak mau menetek, tampak lesu, tubuh terasa dingin, denyut jantung bayi menurun, kulit tubuh bayi mengeras/sklerema (Saifuddin, 2006:373)

Intervensi menurut Marmi (2012:302) adalah:

- a) Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksila atau kulit.

R/Penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh, yang dapat menjadi indikator awal stres dingin.

b) Kaji tanda-tanda hipotermi.

R/Selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kematian (Saifuddin, 2006:373).

c) Cegah kehilangan panas tubuh bayi, misalnya dengan mengeringkan bayi dan mengganti segera popok yang basah.

R/Bayi dapat kehilangan panas melalui evaporasi.

3) Masalah III : Ikterik

Tujuan : Ikterik tidak terjadi

Kriteria menurut Marmi (2012:279) adalah:

- a) Kadar bilirubin serum tidak kurang dari 12,5 mg/dL
- b) Tidak ada tanda-tanda ikterus, seperti warna kekuning-kuningan pada kulit, mukosa, sklera, dan urine

Intervensi menurut Marmi (2012:284) antara lain:

- a) Mengkaji faktor-faktor risiko.

R/Riwayat prenatal tentang imunisasi Rh, inkompatibilitas ABO, penggunaan aspirin pada ibu, sulfonamida, atau obat-obatan antimikroba, dan cairan amnion berwarna kuning (indikasi penyakit hemolitik tertentu) merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat.

- b) Mengkaji tanda dan gejala klinis ikterik.

R/Pola penerimaan ASI yang buruk, letargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya refleks moro merupakan tanda-tanda awal ensepalopati bilirubin (kern ikterus).

- c) Berikan ASI sesegera mungkin, dan lanjutkan setiap 2-4 jam.

R/Mekonium memiliki kandungan bilirubin yang tinggi dan penundaan keluarnya mekonium meningkatkan reabsorpsi bilirubin sebagai bagian dari pirau enterohepatik. Jika kebutuhan nutrisi terpenuhi, akan memudahkan keluarnya mekonium (Varney et al, 2007:943).

- d) Jemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit.

R/ Menjemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit akan mengubah senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah diekskresikan.

4) Masalah IV : Seborrhea

Tujuan : Tidak terjadi seborrhea

Kriteria:

- a) Tidak timbul ruam tebal berkeropeng berwarna kuning di kulit kepala.
- b) Kulit kepala bersih dan tidak ada ketombe

Intervensi menurut Marmi (2012:221-223) :

- a) Cuci kulit kepala bayi menggunakan shampo bayi yang lembut sebanyak 2-3 kali seminggu. Kulit pada bayi belum bekerja secara sempurna.

R/Shampo bayi harus lembut karena fungsi kelenjar

- b) Oleskan krim *hydrocortisone*.

R/Krim *hydrocortison* biasanya mengandung asam salisilat yang berfungsi untuk membasmi ketombe.

- c) Untuk mengatasi ketombe yang disebabkan jamur, cuci rambut bayi setiap hari dan pijat kulit kepala dengan sampo secara perlahan.

R/Pencucian rambut dan pijatan kulit kepala dapat menghilangkan jamur lewat seriphan kulit yang lepas.

- d) Periksa ke dokter, bila keadaan semakin memburuk.

R/Penatalaksanaan lebih lanjut.

5) Masalah V : Miliariasis

Tujuan : Miliariasis teratasi.

Kriteria : Tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi cairan diseluruh tubuh.

Intervensi menurut (Marmi, 2012:229) :

- a) Mandikan bayi secara teratur 2 kali sehari.

R/Mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat yang berlebihan

- b) Bila berkeringat, seka tubuhnya sesering ungkin dengan handuk, lap kering, atau washlap basah.

R/Meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat.

- c) Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa mengeringkan terlebih dahulu.

R/Pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat memperparah miliariasis.

- d) Kenakan pakaian katun untuk bayi.

R/Bahan katun dapat menyerap keringat.

- e) Bawa periksa ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal, luka/lecet, rewel dan sulit tidur.

R/Penatalaksanaan lebih lanjut.

6) Masalah VI : Muntah dan gumoh

Tujuan : Bayi tidak muntah dan gumoh setelah minum.

Kriteria : a) Tidak muntah dan gumoh setelah minum

b) Bayi tidak rewel

Intervensi menurut Marmi (2012:207-208) :

- a) Sendawakan bayi selesai menyusui.

R/Bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui.

- b) Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel atau menangis.

R/Mengurangi masuknya udara yang berlebihan.

7) Masalah VII : *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.

R/Mulut yang bersih dapat meminimalkan tumbuh kembang jamur *candida albicans* penyebab oral trush.

- 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.

R/Mematikan kuman dengan suhu tertentu

- c) Bila bayi menyusui ibunya, bersihkan puting susu sebelum menyusui.

R/Mencegah timbulnya oral trush

8) Masalah VIII : *Diaper rash*

Tujuan : Tidak terjadi *diaper rash*

Kriteria : Tidak timbul bintik merah pada kelamin dan bokong bayi.

Intervensi menurut Marmi (2012: 215) :

- a) Perhatikan daya tampung dari diaper, bila telah menggantung atau menggelembung ganti dengan yang baru.

R/Menjaga kebersihan sekitar genetalia sampai anus bayi.

- b) Hindari pemakaian diaper yang terlalu sering. Gunakan diaper disaat yang membutuhkan sekali.

R/Mencegah timbulnya *diaper rash*.

- c) Bersihkan daerah genetalia dan anus bila bayi BAB dan BAK, jangan sampai ada sisa urin atau kotoran dikulit bayi.

R/Kotoran pantat dan cairan yang bercampur menghasilkan zat yang menyebabkan peningkatah pH kulit dan enzim dalam kotoran. Tingkat keasaman kulit yang tinggi ini membuat kulit lebih peka, sehingga memudahkan terjadinya iritasi kulit.

- d) Keringkan pantat bayi lebih lama sebagai salah satu tindakan pencegahan.

R/Kulit tetap kering sehingga meminimalkan timbulnya iritasi kulit.

e. Implementasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan , Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya *promotif, preventif, kuratif* dan

rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Dengan kriteria :

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
 2. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien atau keluarga (*inform consent*).
 3. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*.
 4. Melibatkan klien atau pasien.
 5. Menjaga *privacy* klien atau pasien.
 6. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
 7. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
 8. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
 9. Melakukan tindakan sesuai standar.
 10. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.
- f. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan

dikomunikasikan pada klien atau keluarganya. Hasil evaluasi harus ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien. Menurut Kepmenkes RI (2007), evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu sebagai berikut :

S : Data subjektif, mencatat hasil anamnesis

O : Data objektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : Hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P :Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

2.5.1 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

1. Pengkajian Data
 - b. Data subyektif
 - a. Biodata
 - a) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan pelayanan (Ambarwati, 2011: 131).

b) Umur

Wanita usia < 20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk menjarangkan kehamilan, dan usia > 35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifuddin, 2013:U-9).

c) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Ambarwati, 2011: 132).

d) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontak, suntikan KB, susuk KB atau AKBK (alat susuk bawah kulit), AKDR (Manuaba, 2012:592).

e) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak diduga (Mochtar, 2011:194).

f) Alamat

Wanita yang tinggal ditempat yang terpencil mungkin memilih metode yang tidak mengharuskan mereka

berkonsultasi secara teratur dengan petugas keluarga berencana (Walsh, 2007:10).

2) Keluhan utama

Keluhan utama pada ibu pascasalin menurut Affandi (2012:U-9) adalah:

- a) Usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan.
- b) Usia >35 tahun tidak ingin hamil lagi.

3) Riwayat kesehatan

- a) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke (Affandi, 2012:MK-45).
- b) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (*sickle cell*) (Affandi,2012:MK-66).
- c) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin (Affandi,2012:U-52).
- d) Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan dan nifas, perlu diperlukan konseling prakonsepsi dengan memperhatikan

resiko masing-masing penyakit. Pasien dengan kelainan jantung derajat 3 dan 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilih cara kontrasepsi AKDR, tubektomi atau vasektomi pada suami (Hanafi, 2011:40).

e) Ibu dengan penyakit infeksi alat genital (vaginitis, servicitis), sedang mengalami atau menderita PRP atau abortus septik, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang mempengaruhi kavum uteri, penyakit trofoblas yang ganas, TBC pelvik, kanker alat genital tidak diperkenankan menggunakan AKDR dengan progestin (Anwar, 2012:32)

4) Riwayat Kebidanan

a) Haid

Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalinan insersi implan dapat dilakukan setiap saat. Bila menyusui penuh, klien tidak perlu memakai metode kontrasepsi lain. Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, insersi dapat dilakukan setiap saat tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja (Affandi,2012:MK-68).

Pada metode KB MAL, ketika ibu mulai haid lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan metode KB lainnya (Affandi,2012:MK-4).

Wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efek estrogen yang rendah (Manuaba, 2010:598).

b) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu

Pada klien pasca persalinan yang tidak menyusui, masa infertilitasnya rata-rata berlangsung sekitar 6 minggu. Sedangkan pada klien yang menyusui, masa infertilitasnya lebih lama. Namun kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan (Affandi.2012:U-52).

Riwayat kehamilan ektopik merupakan kontraindikasi penggunaan kontrasepsi mini pil (Affandi,2012:MK-52).

Pasien yang tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septik tidak boleh menggunakan kontrasepsi IUD (Affandi:MK-83).

c) Riwayat KB

Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada akseptor, pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implant, IUD) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2014:168).

Pasien yang pernah mengalami problem ekspulsi IUD, ketidakmampuan mengetahui tanda-tanda bahaya dari IUD, ketidakmampuan untuk memeriksa sendiri ekor IUD merupakan kontra indikasi untuk KB IUD (Hartanto, 2013:209).

5) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

DMPA merangsang pusat pengendali nafsu makan di hipotalamus, yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak dari biasanya (Hartanto, 2013:171).

b) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot (Hartanto, 2013:124).

c) Istirahat/tidur

Gangguan tidur yang dialami ibu akseptor KB suntik sering disebabkan karena efek samping dari KB suntik tersebut (mual, pusing, sakit kepala) (Saifuddin, 2010:MK-

35).

d) Kehidupan seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido (Saifuddin, 2010:MK-42).

e) Riwayat Ketergantungan

Merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah risiko terjadinya miokard infark, stroke dan keadaan trombo-embolik (Hartanto, 2013:123).

Ibu yang menggunakan obat tuberkulosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat) tidak boleh menggunakan pil progestin (Affandi, 2012:MK-55).

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan umum

a) Tanda-tanda vital

Suntikan progestin dan implan dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah < 180/110 mmHg (Affandi, 2012:MK-43).

Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Fraser, 2009:657).

2) Pemeriksaan antropometri

a) Berat badan

Umumnya penambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1 kg sampai 5 kg dalam tahun pertama. Penyebab penambahan berat badan tidak jelas. Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh (Hartanto, 2013:171).

Permasalahan berat badan merupakan efek samping penggunaan kontrasepsi hormonal, terjadi peningkatan atau penurunan berat badan (Affandi, 2012:MK-42).

3) Pemeriksaan fisik

a) Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Affandi, 2012:MK-50).

b) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin (Affandi, 2012:MK-52).

Akibat terjadi perdarahan hebat memungkinkan terjadinya anemia (Affandi, 2012:MK-75).

c) Payudara

Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma seperti karsinoma payudara atau serviks, namun progesteron termasuk DMPA, digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2013:164).

Keterbatasan pada penggunaan KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara (Affandi, 2012:MK-49, MK-55).

Terdapat benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implant (Affandi, 2012:MK-55).

d) Abdomen

Peringatan khusus bagi pengguna implant bila disertai nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010:MK-58).

e) Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenore (Hartanto, 2013:170).

Ibu dengan varises di vulva dapat menggunakan AKDR (Affandi, 2012:MK-77).

Efek samping yang umum terjadi dari penggunaan AKDR diantaranya mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (*spotting*) antar menstruasi, dan komplikasi lain dapat terjadi perdarahan hebat pada waktu haid (Affandi, 2012:MK-75).

f) Ekstremitas

Pada pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan (Affandi, 2012:MK-58).

Ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan AKDR (Affandi, 2012:MK-77).

Untuk kontrasepsi IUD, selain dilakukan pemeriksaan fisik juga dilakukan pemeriksaan inspekulo dan bimanual untuk penapisan, sebagaimana diuraikan oleh Siswishanto (2013:19) sebagai berikut :

a) Pemeriksaan inspekulo

Dilakukan untuk mengetahui adanya lesi atau keputihan pada vagina. Selain itu juga untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda-tanda kehamilan.

b) Pemeriksaan bimanual

Pemeriksaan bimanual dilakukan untuk :

- (1) Memastikan gerakan serviks bebas
- (2) Menentukan besar dan posisi uterus

(3) Memastikan tidak ada tanda kehamilan

(4) Memastikan tidak ada tanda infeksi atau tumor pada adneksa

c. Diagnosa Kebidanan

P_{APIAH} usia 15-49 tahun, anak terkecil usia tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik, dengan kemungkinan masalah mual, sakit kepala, *amenorhea*, perdarahan/bercak, nyeri perut bagian bawah, perdarahan pervaginam. Prognosa baik (Saifuddin, 2010:U-3)

d. Perencanaan

Diagnosa : P_{APIAH} usia 15-49 tahun, anak terkecil usia tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik. Prognosa baik.

Tujuan:

- 1) Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif.
- 2) Pengetahuan ibu tentang macam-macam, cara kerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah.
- 3) Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya.

Kriteria:

- 1) Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas.
- 2) Ibu memilih salah satu KB yang sesuai.

3) Ibu terlihat tenang.

Intervensi menurut Saifuddin(2010:U-3-U-4) :

1) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.

R/Meyakinkan klien membangun rasa percaya diri.

2) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).

R/Dengan mengetahui informasi tentang diri klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien.

3) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontraindikasi.

R/Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang dia inginkan

4) Bantulah klien menentukan pilihannya.

R/Klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

5) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.

R/Penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien

6) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.

R/Penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

- 7) Pesankan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang.

R/Kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan alat kontrasepsi.

- 1) Masalah 1: *Amenorhea*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria : Ibu bisa beradaptasi dengan keadaanya

Intervensi menurut Affandi (2012:MK-49) :

- a) Kaji pengetahuan pasien tentang *amenorhea*

R/Mengetahui tingkat pengetahuan pasien

- b) Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul di dalam rahim

R/Ibu dapat merasa tenang dengan keadaan kondisinya

- c) Bila terjadi kehamilan hentikan penggunaan KB, bila kehamilan ektopik segera rujuk.

R/Penggunaan KB pada kehamilan dapat mempengaruhi kehamilan dan kehamilan ektopik lebih besar pada pengguna KB.

2) Masalah 2 : Pusing

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, pusing dapat teratasi dan ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya.

Kriteria : Tidak merasa pusing dan mengerti efek samping dari KB hormonal

Intervensi menurut Affandi (2012:MK-35) :

a) Kaji keluhan pusing pasien

R/Membantu menegakkan diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya untuk pengobatan.

b) Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara

R/Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal.

c) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

R/Teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri.

3) Masalah 3: Perdarahan bercak/*spotting*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya

Kriteria : Keluhan ibu terhadap masalah bercak/*spotting* berkurang

Intervensi menurut Affandi (2012:MK-49) adalah:

- a) Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah dan biasanya tidak memerlukan pengobatan.

R/Klien mampu mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek menggunakan KB hormonal adalah terjadinya perdarahan bercak/*spotting*.

- b) Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya

4) Masalah 4 : Perdarahan pervaginam yang hebat

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi penggunaan KB

Kriteria : Perdarahan berkurang dan ibu tidak khawatir dengan kondisinya

Intervensi menurut Affandi (2012:MK-79) :

- a) Pastikan dan tegaskan adanya infeksi pelvik dan kehamilan ektopik
R/Tanda dari kehamilan ektopik dan infeksi pelvik adalah berupa perdarahan yang banyak.
- b) Berikan terapi ibuprofen (800mg, 3 kali sehari selama 1 minggu) untuk mengurangi perdarahan dan berikan tablet besi (1 tablet setiap hari selama 1-3 bulan)

R/Terapi ibuprofen dapat membantu mengurangi nyeri dan karena perdarahan yang banyak maka diperlukan tablet tambah darah.

- c) Lepasakan AKDR jika klien menghendaki

R/Perdarahan yang banyak merupakan komplikasi dari penggunaan AKDR.

e. Implementasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya *promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan kriteria :

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
2. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*Inform consent*).
3. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*.
4. Melibatkan klien/pasien.
5. Menjaga privacy klien/pasien.
6. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
7. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
8. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
9. Melakukan tindakan sesuai standar.
10. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

f. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria:

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan /keluarga
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
4. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

g. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI No. 133 (2007:7). Evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut :

S: Adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa.

O : Adalah obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A :Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P :Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan

antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi atau *follow up* dan rujukan.

