

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Teori Kehamilan, Persalinan, Nifas, Bayi Baru Lahir, KB

2.1.1 Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan merupakan mata rantai yang bersinambungan dan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa, dan ovum, konsepsi, dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai atrem (Manuaba, 2010:75). Bila dihitung dari fase fertilitas hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan berlangsung dalam 3 trimester, trimester 1 berlangsung dalam 13 minggu, trimester 2 14 minggu (minggu ke 14 hingga ke 27), dan trimester ke 3 13 minggu (minggu ke 28 hingga ke 40). (Evayanti, 2015).

Pada kehamilan ada peningkatan permintaan energi dan oksigen. Sebagai tambahan, plasenta sebenarnya mengandung banyak mitokondria yang meningkatkan metabolisme oksidatif untuk

menghasilkan energi. Proses metabolisme ini meningkatkan penggunaan oksigen dan bila oksigen yang tersedia tidak maksimal, hal itu dapat menyebabkan terbentuknya stres oksidatif dan radikal bebas yang berlebihan yang mempengaruhi kelangsungan kehamilan. (*Wagey F. W, 2012*)

2. Proses Kehamilan

a. Spermatozoa

Sperma bentuknya seperti kecebong, terdiri atas : Kepala yang berbentuk lonjong agak gepeng berisi inti (mukleus), leher yang menghubungkan kepala dan bagian tengah dan ekor yang dapat bergetar sehingga sperma dapat bergerak dengan cepat. Panjang ekor kira-kira 10 x bagian kepala. Secara embrional, spermatogonium berasal dari sel-sel primitif tubulus testis. Setelah bayi laki-laki lahir, jumlah spermatogonium yang ada tidak mengalami perubahan sampai akhir masa akil baliq. Pada masa pubertas, dibawah pengaruh sel-sel interstisial leyding, sel-sel spermatogonium tadi mulai aktif mengadakan mitosis dan terjadilah spermatogenesis.

Urutan pertumbuhan sperma (spermatogenesis):

- 1) Spermatogonium, membelah dua.
- 2) Spermatisit pertama, membelah dua.
- 3) Spermatisit kedua, membelah dua.
- 4) Spermatid, kemudian tumbuh menjadi

5) Spermatozoon (sperma).

(Walyani, 2015:46).

b. Konsepsi

Pembuahan adalah suatu peristiwa penyatuan antara sel mani dengan sel telur dituba uterine. Hanya satu sperma yang dapat melintasi zona pelusida dan masuk ke vitellus ovum. Setelah itu zona pelusida mengalami perubahan sehingga tidak dapat dilalui oleh sperma lain. Proses tersebut diikuti oleh penyatuan ke dua pronuklei yang disebut zigot yang terdiri atas acuan genetik dari wanita dan pria. Pembuahan mungkin akan menghasilkan:

- 1) XX zigot menurunkan bayi perempuan atau
- 2) XY zigot yang dihasilkan bayi laki-laki.

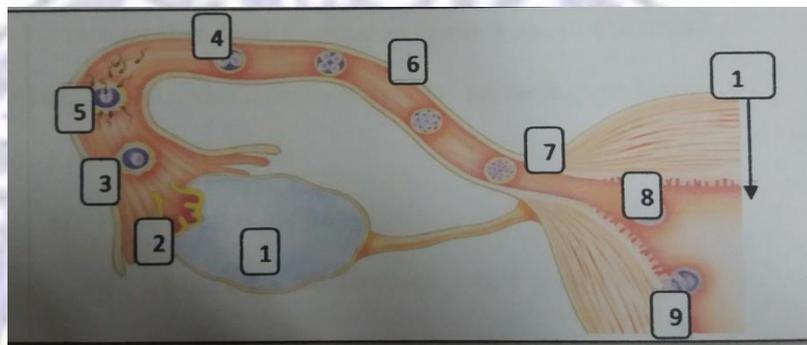
Dalam beberapa jam setelah pembuahan, mulailah pembelahan zigot selama 3 hari sampai stadium morula. Hasil konsepsi ini tetap digerakkan ke arah rongga rahim oleh:

- 1) Getaran rambut getar (silia).
- 2) Kontraksi tuba.
- 3) Hasil konsepsi tuba dalam kavum uteri pada tingkat blastula.

c. Nidasi atau implantasi

Nidasi adalah masuknya atau terbentuknya hasil konsepsi ke dalam endometrium. Blastula diselubungi oleh suatu simpai

disebut trofoblas yang mampu menghancurkan dan mencairkan jaringan. Ketika blastula mencapai rongga rahim jaringan endometrium berada dalam masa sekresi. Jaringan endometrium ini banyak mengandung sel-sel desidua yaitu sel-sel besar yang mengandung banyak glikogen serta mudah dihancurkan oleh trofoblas. Umumnya nidasi terjadi pada dinding depan atau belakang rahim (korpus) dekat fundus uteri.



Gambar 2.1
Proses terjadinya kehamilan
Sumber : Departement of Health. 2009.

Keterangan gambar :

- | | |
|--------------------|-------------------|
| 1 : Ovarium | 6 : Tua faloppi |
| 2 : Morula | 7 : Morulla |
| 3 : Blastula | 8 : Blastula |
| 4 : Proses ovulasi | 9 : Proses Nidasi |
| 5 : Ovum | 10 : Uterus |

d. Plasenta dan mukosa rahim

Mukosa rahim pada wanita yang tidak hamil terdiri atas stratum kompakum dan stratum spongiosum. Desidua adalah mukosa rahim pada kehamilan terdiri atas:

- 1) Desidua basalis: terletak diantara hasil konsepsi dan dinding rahim tempat terjadinya plasentasi.
- 2) Desidua kapsularis: meliputi hasil konsepsi kearah rongga rahim, lama kelamaan bersatu dengan desidua vera karena obliterasi.
- 3) Desidua vera (parietalis): meliputi lapisan dalam dinding rahim lainnya.

(Mochtar, Rustam. 2015 : 16-17).

e. Perkembangan janin

a) Minggu 0

Perkembangan janin

Sperma membuahi ovum yang kemudian membelah dan masuk ke dalam uterus menempel sekitar hari ke 11

(Walyani, 2015:48).



Gambar 2.2

Zigot

Sumber: <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembangan-janin-dalam-kandungan>.

b) Minggu ke 4

Perkembangan janin

Dari diskus embrionik, bagian tubuh pertama muncul yang kemudian akan menjadi tulang belakang, otak dan saraf tulang belakang, jantung, sirkulasi darah dan saluran pencernaan terbentuk. Embrio kurang dari 0,64 cm (Walyani, 2015:48-49)



Gambar 2.3
Janin 4 minggu

Sumber: <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembangan-janin-dalam-kandungan>.

c) Minggu 8-10

Perkembangan janin

- (1) Kepala kira-kira mempunyai ukuran sama dengan tubuh.
- (2) Leher lebih panjang sehingga dagu tidak menyentuh tubuh.
- (3) Pusat-pusat penulungan / osifikasi muncul pada tulang rawan / kartilago.
- (4) Terbentuk kelopak mata tetapi tetap menutup sampai minggu ke-25, usus mengalami penonjolan kedalam

funiculus umbilicus karena tidak tersedia cukup ruang didalam perut.

- (5) Inseri funiculus umbilicalis, sangat rendah pada abdomen. Apabila perut ibu diraba terlalu keras maka fetus akan bergerak menjauh. (Romaui, 2011:60-63).



Gambar 2.4 :
Janin 10 minggu

Sumber : <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembangan-janin-dalam-kandungan>.

d) Minggu 12

Perkembangan janin

- (1) Panjang tuba kira-kira 9 cm dan berat 14 gram.
- (2) Sirkulasi fetal telah berfungsi secara penuh.
- (3) Traktus renalis mulai berfungsi.
- (4) Terdapat rflex menghisap dan menelan.
- (5) Genetalia eksterna telah tampak dan dapat ditetapkan jenis kelaminnya. (Romaui, 2011:60).



Gambar 2.5
Janin 12 minggu
Sumber : Sulistyawati. A (2009:15).

e) Minggu 16

Perkembangan janin

Sistem muskuloskeletal sudah matang. Sistem saraf mulai melaksanakan control. Pembuluh darah berkembang dengan cepat. Tangan janin dapat menggenggam. Kaki menendang dengan aktif. Semua organ mulai berkembang. Berat janin sekitar 0,2 kg. Denyut jantung janin dapat didengar dengan Dopler. Pancreas memproduksi insulin
(Walyani, 2015:50)



Gambar 2.6
Janin 16 minggu

Sumber: <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembangan-janin-dalam-kandungan>.

f) Minggu ke 16-20

Perkembangan janin

- (1) Kecepatan pertumbuhan mulai berkurang
- (2) Kepala sekarang tegak dan merupakan separuh panjang badan
- (3) Gambaran wajah telah nyata, dengan telinga yang terletak pada tempatnya yang normal
- (4) Kelopak mata, alis mata dan kuku telah tumbuh dengan sempurna
- (5) Tungkai mempunyai proporsi relatif yang baik terhadap tubuh
- (6) Skeleton terlihat pada pemeriksaan sinar-x (walaupun sinar-x tidak digunakan untuk keperluan diagnosis)
- (7) Kelenjar minyak telah aktif dan vernix caseosa (zat seperti salep) akan melapisi tubuh fetus/janin.
- (8) Gerakan fetus dapat dirasakan oleh ibu setelah kehamilan minggu ke-18
- (9) Jantung fetus dapat didengar dengan stetoskop setelah minggu ke-20

(Romauli, 2011:61).



Gambar 2.7

Janin umur 20 minggu

Sumber : <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembangan-janin-dalam-kandungan>.

g) Minggu 21 – 24

Perkembangan janin

- (1) Kulit sangat berkeriput karena terdapat terlalu sedikit lemak subkutan.
- (2) Lanugo lebih menjadi gelap dan verniks caseosa meningkat.
- (3) Dari minggu ke-24 dan seterusnya, fetus akan menyepak dalam merespon rangsangan (stimulasi) misalnya bising yang keas dari luar.
- (4) Bayi tampak tenang apabila ibu mendengarkan music yang tenang dan merdu.
- (5) Semua organ telah tumbuh.
- (6) Pemberian sakarin (gula) dalam cairan ketuban memperlihatkan adanya kecepatan menelan dua kali lebih besar (Romauli, 2011:60-66)



Gambar 2.8

Janin umur 24 minggu

Sumber : <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembangan-janin-dalam-kandungan>.

h) Minggu 24 – 28

Perkembangan janin

- (1) Mata terbuka, alis dan bulu mata telah berkembang dengan baik.
- (2) Rambut menutupi kepala.
- (3) Lebih banyak deposit lemak subkutan yang menyebabkan kerutan kulit berkurang.
- (4) Testis mengalami penurunan abdomen ke dalam sekrotum pada minggu ke-28
- (5) Fetus lahir pada akhir masa ini mempunyai angka kematian atau mortalitas yang tinggi karena gangguan pernafasan atau respirasi. (Romauli, 2011:60-66)



Gambar 2.9
Janin umur 28 minggu
Sumber : Sulistyawati, A. (2009: 15).

i) Minggu 28 – 32

Perkembangan janin

- (1) Mata mulai membuka dan menutup
- (2) Janin dapat bernafas, menelan, dan mengatur suhu
- (3) Simpanan lemak coklat berkembang dibawah kulit untuk persiapan pemisahan bayi setelah lahir
- (4) Bayi sudah tumbuh 38 – 43 cm.
- (5) Mulai menyimpan zat besi, kalsium dan fosfor.

(Walyani, 2015:51).



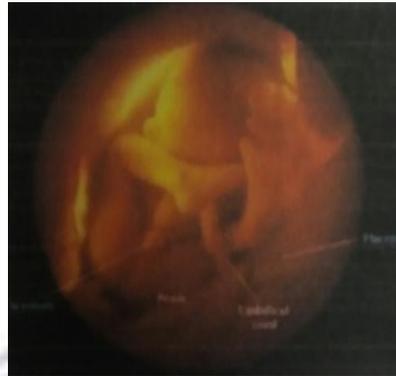
Gambar 2.10
Janin umur 32 minggu

Sumber : <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembangan-janin-dalam-kandungan>.

j) Minggu 32 -36

Perkembangan janin

- (1) Lanugo sebagian besar telah terlepas/ rontok tetapi kulit masih tertutup oleh vernix caseosa.
- (2) Testis fetus laki-laki terdapat dalam skrotum pada minggu ke-36.
- (3) Ovarium perempuan masih berada sekitar cavitas pelvic.
- (4) Kuku jari tangan dan kaki mencapai ujung jari.
- (5) Umbilicus sekarang terletak lebih di pusat abdomen.



Gambar 2.11
Janin umur 36 minggu
Sumber : Sulistyawati, A. (2009: 15).

k) Minggu ke 40

Perkembangan janin

- (1) Panjang janin 28-34 cm.
- (2) Berat Rahim 600 gram.
- (3) Tinggi rahim diatas pusat.
- (4) Kerangka berkembang cepat.
- (5) Berkemangnya sistem pernafasan.



Gambar 2.12
Janin umur 40 minggu
Sumber : <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembangan-janin-dalam-kandungan>.

3. Perubahan Fisiologis Kehamilan

a. Perubahan pada sistem reproduksi

1) Vagina

Vagina sampai minggu ke-8, mengalami peningkatan pembuluh darah karena pengaruh estrogen sehingga tampak makin bewarna meah kebiruan (tanda Chadwicks). (Manuaba, 2012:82). Respon lain pengaruh hormonal dalam sekresi sel-sel vagina meningkat, sekresi tersebut berwarna putih yang bersifat asam, dikenal dengan istilah “putih” atau *leucorrhea* (Sunarti, 2013:50).

2) Serviks

Perubahan serviks merupakan akibat pengaruh hormone estrogen sehingga menyebabkan massa dan kandungan air meningkat. Peningkatan vaskularisasi dan edema, hyperplasia dan hipertrofi kelenjar serviks menyebabkan serviks menjadi lunak (tanda goodell) serta serviks berwarna kebiruan (tanda Chadwick) akibat pelunakan isthmus maka terjadi antefleksi uterus berlebihan pada tiga bulan pertama kehamilan. (Kumalasari, 2015:4)

3) Uterus

a) Ukuran

Untuk akomodasi pertumbuhan janin, rahim membesar akibat hipertrofi dan hiperplasi otot polos rahim, serabut-

serabut kolagennya menjadi higroskopik, endometrium menjadi desidua. Ukuran pada kehamilan cukup bulan adalah 30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas lebih dari 4.000 cc.

b) Berat

Berat uterus naik secara luar biasa dari 30 gram menjadi 1.000 gram pada akhir kehamilan (40 minggu)

c) Bentuk dan Konsistensi

Pada bulan-bulan pertama kehamilan, bentuk rahim seperti buah alpukat. Pada kehamilan 4 bulan berbentuk bulat, sedangkan pada akhir kehamilan berbentuk bujur telur. Ukuran rahim kira-kira sebesar telur ayam, pada kehamilan 2 bulan sebesar telur bebek, dan kehamilan 3 bulan sebesar telur angsa, Pada minggu pertama, isthmus rahim hipertrofi dan bertambah panjang sehingga bila diraba terasa lebih panjang dan terasa lebih lunak (*soft*). Keadaan ini disebut tanda Hegar. Pada kehamilan 5 bulan, rahim teraba seperti berisi cairan ketuban dan dinding rahim terasa tipis. Hal itu karena bagian-bagian janin dapat diraba melalui dinding perut dan dinding rahim.

Tabel 2.1
Bentuk uterus menurut usia kehamilan

Usia Kehamilan	Bentuk dan Konsistensi Uterus
Bulan pertama	Seperti buah alpukat. Isthmus raahim menjadi hipertropi dan bertambah panjang, sehingga bila diraba terasa lebih lunak, yang disebut dengan tanda Hegar.
2 bulan	Sebesar telur
3 bulan	Sebesar telur angsa
4 bulan	Berbentuk bulat
5 bulan	Rahim teraba seperti berisicairan ketuban, rahim terasa tipis, sehingga bagian-bagian janin dapat dirasakan melalui inding peut.

Sumber : Sulistyawati, (2012:20).

d) Posisi Rahim

- (1) Pada permulaan kehamilan, dalam letak antefleksi atau retrofleksi.
- (2) Pada 4 bulan kehamilan, rahim tetap berada dalam rongga pelvis.
- (3) Setelah itu, melalui memasuki rongga perut yang dalam pembesarannya dapat mencapai batas hati.
- (4) Rahim yang hamil biasanya mobilitasnya, lebih mengisi rongga abdomen kanan atau kiri.

e) Vaskularisasai

Arteri uterin dan arteri ovarika bertambah dalam diameter panjang dan anak-anak cabangnya. Pembuluh darah balik (vena) mengembang dan bertambah.

f) Gambaran besarnya rahim dan tuanya kehamilan

(1) Pada kehamilan 16 minggu, kavum uteri seluruhnya diisi oleh amnion dimana desidua kapsularis dan desidua vera (parietalis) telah menjadi satu. Tinggi fundus uteri terletak antara pertengahan simpisis dan pusat. Plasenta telah terbentuk seluruhnya.

(2) Pada kehamilan 20 minggu, tinggi fundus uteri terletak 2-3 jari di bawah pusat.

(3) Pada kehamilan 24 minggu, tinggi fundus uteri terletak setinggi pusat.

(4) Pada kehamilan 28 minggu, tinggi fundus uteri terletak 2-3 jari di atas pusat. Menurut Spiegelberg, pada umur kehamilan ini, fundus uteri dari simpisis adalah 26,7 cm di atas simpisis.

(5) Pada kehamilan 36 minggu, tinggi fundus uteri terletak 3 jari di bawah prosesus sifoideus.

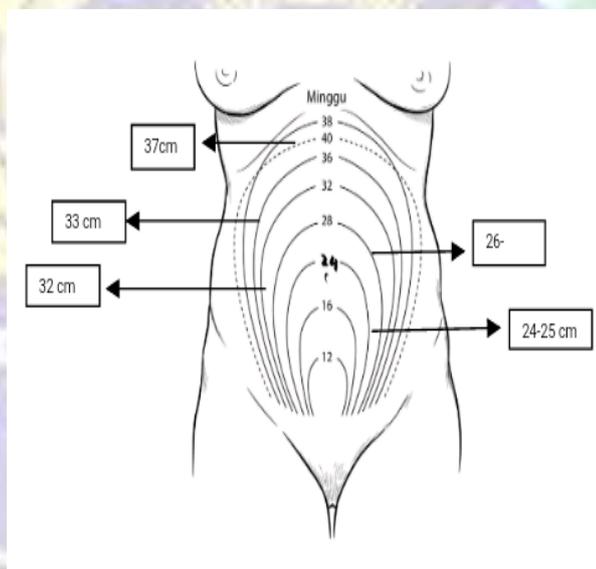
(6) Pada kehamilan 40 minggu, tinggi fundus uteri terletak sama dengan 8 bulan, tetapi melebar kesamping yaitu terletak diantara pertengahan pusat dan prosesus xifoideus.

(Vivian, dkk, 2011:90).

Tabel 2.2
Tinggi Fundus Uteri (TFU) menurut
Penambahan per tiga jari

Tinggi Fundus Uteri	Usia Kehamilan
3 diatas symphysis	12 minggu
Pertengahan pusat- simfisis	16 minggu
3 jari dibawah pusat	20 minggu
Setinggi pusat	24 minggu
3 jari diatas pusat	28 minggu
Pertengahan pusat-prosesus xifoideus (px)	32 minggu
3 jari dibawah prosesus xifoideus (px)	36 minggu
Pertengahan pusat-prosesus xifoideus (px)	40 minggu

(Sumber : Sulistyawati, 2012:21).



Gambar 2.13
Tinggi Fundus Uteri sesuai dengan usia kehamilan
Sumber : Marmi, 2014: 72.

4) Ovarium

Saat ovulasi terhenti masih terdapat korpus luteum graviditas sampai terbentuknya plasenta yang mengambil alih

pengeluaran hormon estrogen dan progesterone (kira-kira pada kehamilan 16 minggu dan korpus luteum graviditas berdiameter kurang lebih 3 cm). Kadar relaksin di sirkulasi maternal dapat ditentukan dan meningkat dalam trimester pertama. Relaksin mempunyai pengaruh menenangkan hingga pertumbuhan janin menjadi baik hingga aterm. (Vivian dkk, 2011:91).

b. Perubahan Kardiovaskuler 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 kurang lebih 30%, pompa jantung meningkat 30% setelah kehamilan tiga bulan dan kemudian melambat hingga umur kehamilan 32 minggu. Setelah itu volume darah menjadi relative 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, 2015:5).

c. Perubahan pada Sistem Pernafasan

- 1) Timbul keluhan atau sesak dan nafas pendek. Hal ini disebabkan karena usus yang tertekan ke arah diafragma akibat pembesaran rahim.
- 2) Volume tidal (volume udara yang diinspirasi/diekspirasi setiap kali bernafas normal) meningkat. Hal ini dikarenakan pernafasan cepat dan perubahan bentuk rongga thoraks sehingga O₂ dalam darah meningkat. (Kumalasari, 2015:5).

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 akan menghilang pada trimester III kehamilan dan di akhir kehamilan gangguan ini muncul kembali karena turunnya kepala janin ke rongga panggul yang menekan kandung kemih. (Kumalasari, 2015:5).

e. Sistem Endokrin

Kehamilan mempengaruhi hampir semua hormone di dalam tubuh

1) Ovarium dan plasenta

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

2) Kelenjar tiroid

Kelenjar tiroid menjadi lebih aktif. Kelenjar tiroid yang lebih aktif menyebabkan denyut jantung yang cepat, jantung berdebar-debar (palpitasi), keringat berlebihan, dan perubahan suasana hati, selain itu juga bisa terjadi pembesaran kelenjar tiroid. 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 itu hormone ini untuk mempertahankan kecukupan kalsium dalam darah, jadi tanpa hormone 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 mengalami gejala diabetes yang lebih buruk.

5) Kelenjar Pituitari

Pada lobus interior mengalami sedikit pembesaran dan terus menghasilkan semua hormon tropik, tetapi dengan jumlah yang sedikit berbeda. FSH di tekan 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).

6) Perubahan Sistem Integumen

(a) Payudara

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

(b) Pigmentasi

Mengalami pengumpulan pigmen di tiga area yaitu linea nigra (garis gelap mengikuti *midline* (garis tengah) abdomen), Topeng kehamilan (*Cloasma*) adalah bintik-bintik pigmen kecoklatan yang tampak di kulit kening dan pipi, dan peningkatan pigmentasi di sekitar puting susu (*areola*).

(c) Spider angioma

Spider angioma (pembuluh dara kecil yang memberi gambaran seperti laba-laba) biasa muncul di kulit, biasanya diatas pinggang. Sementara itu, pelebaran pembuluh darah kecil yang berdinding tipis sering kali tampak di tungkai bawah.

(d) *Striae gravidarum*

Striae gravidarum yaitu tanda regangan yang di bentuk akibat serabut-serabut elastic dari lapisan kulit terdalam terpisah dan putus. Hal ini mengakibatkan pruritus atau rasa gatal.

(e) Perspirasi dan sekresi keelenjar lemak

Kelenjar sebasea atau keringat menjadi lebih aktif, akibatnya ibu hamil mungkin mengalami gangguan bau badan, banyak mengeluarkan keringat, dan berminyak.

(Kumalasari, 2015:7)

(f) Sistem Muskuloskeletal

(1) Gigi, tulang, dan persendian membutuhkan kira-kira sepertiga lebih banyak kalsium dan fasfor pada masa kehamilan.

(2) Saliva yang asam pada saat hamil membantu aktivitas penghancuran bakteri email yang menyebabkan karies.

(3) Sendi pelvic sedikit dapat bergerak.

(4) Bahu tertarik lebih ke belakang dan tulang belakang lebih melengkung sebagai akibat dari penyesuaian diri

karena janin yang membesar dalam abdomen sehingga tulang belakang menjadi *kifosis*. (Kumalasari, 2015:7)

(g) Perubahan Sistem Gastrointestinal

(1) Rahim yang semakin membesar akan menekan rectum dan usus bagian bawah sehingga terjadi sembelit (konstipasi). Sembelit semakin berat karena gerakan otot di dalam usus di perlambat oleh tingginya kadar progesterone.

(2) Wanita hamil sering mengalami *heartburn* (rasa panas di dada) dan sendawa, yang kemungkinan terjadi karena makanan lebih lama berada di dalam lambung dan arena relaksasi sfingter di krongkongan bagian bawah yang memungkinkan isi lambung mengalir kembali ke krongkongan.

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

4. Perubahan Psikologis Kehamilan

a. Trimester I

Trimester pertama sering diktakan sebagai masa penentuan. Penentuan untuk membuktikan bahwa wanita dalam keadaan hamil. Pada saat inilah tugas psikologis pertama sebagai calon ibu untuk dapat menerima kenyataan akan kehamilannya. Keadaan ini menciptakan kebutuhan untuk berkomunikasi

secara terbuka dengan suami. Banyak wanita merasa butuh dicintai dan merasakan kuat untuk mencintai namun tanpa berhubungan seks. Libido sangat di pengaruhi kelelahan, rasa mual, pembesaran payudara, keprihatinan, kekhawatiran. Semua ini bagian normal dari proses kehamilan pada trimester pertama. (Kumalasari, 2015:7).

b. Trimester II

Trimester kedua biasanya ibu merasa sehat dan sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi, serta rasa tidak nyaman akibat kehamilan sudah mulai berkurang. Perut ibu pun belum terlalu besar sehingga belum dirasakan ibu sebagai beban. Ibu sudah menerima kehamilannya dan dapat dimulai menggunakan energy dan pikiran secara lebih konstruktif. Pada trimester ini pula ibu dapat merasakan gerakan janinnya dan ibu mulai merasakan kehadiran bayinya sebagai seseorang diluar dirinya dan dirinya sendiri. Banyak ibu yang merasakan terlepas dari rasa kecemasan dan tidak nyaman seperti yang dirasakannya pada trimester pertama dan merasakan meningkatnya libido (Marjati, 2011 dalam Annisa Safitri 2017)

c. Trimester III

Trimester ke tiga ini sering disebut sebagai priode penantian. Priode ini wanita merasa kehadiran bayinya sebagai bagian dari dirinya, dia menjadi tidak sabar untuk segera melihat bayinya.

Trimester III adalah waktu untuk mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orang tua, seperti terpusatnya perhatian pada kehadiran bayi. Sejumlah ketakutan terlihat selama trimester ketiga. Wanita mungkin khawatir terhadap hidupnya dan bayinya, dia tidak akan tahu kapan dia akan melahirkan. (Kumalasari, 2015:8).

5. Tanda Gejala Kehamilan

a. Tanda tidak pasti (*Presumptive Sign*)

Tanda tidak pasti adalah perubahan-perubahan fisiologis yang dapat dikenali dari pengakuan atau yang dirasakan oleh wanita hamil. Tanda tidak pasti ini terdiri atas hal-hal berikut ini:

1) Amenorea (Berhentinya menstruasi)

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel de graaf dan ovulasi sehingga menstruasi tidak terjadi. Lamanya amenorea dapat dikonfirmasi dengan memastikan hari pertama haid terakhir (HPHT), dan digunakan untuk memperkirakan usia kehamilan dan tafsiran persalinan. Tetapi amenorea juga dapat disebabkan oleh penyakit kronik tertentu, tumor pituitary, perubahan dan factor lingkungan, malnutrisi, dan biasanya gangguan emosional seperti ketakutan akan kehamilan (Walyani, 2015:70).

2) Mual (*nausea*) dan muntah (*emesis*)

Pengaruh estrogen dan progesteron terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan menimbulkan mual muntah yang terjadi terutama pada pagi hari yang di sebut *morning sickness*. Dalam batas tertentu hal ini masih fisiologis, tetapi bila terlampau sering dapat menyebabkan gangguan kesehatan yang disebut dengan *hiperemesis gravidarum* (Hani dkk, 2011:73).

3) Ngidam (mengingini makanan tertentu)

Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian di sebut ngidam. Ngidam sering terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan dan akan menghilang dengan makin tuanya kehamilan (Hani dkk, 2011:73).

4) Syncope (pingsan)

Terjadi gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan *syncope* atau pingsan. Hal ini sering terjadi terutama jika berada di tempat yang rama, biasanya akan hilang setelah 16 minggu (Hani dkk, 2011:73).

5) Kelelahan

Sering terjadi pada trimester pertama, akibat dari kecepatan penurunan basal metabolisme (*basal metabolisme rate*

BMR) pada kehamilan, yang akan meningkat seiring pertambahan usia kehamilan akibat aktivitas metabolisme hasil konsepsi (Hani dkk, 2011:73).

6) Payudara tegang

Estrogen meningkatkan perkembangan system duktus pada payudara, sedangkan progesterone menstimulasi perkembangan sistem alveolar payudara. Bersama somatomotropin, hormon-hormon ini menimbulkan pembesaran payudara, menimbulkan perasaan tegang dan nyeri selama 2 bulan pertama kehamilan, pelebaran puting susu, serta pengeluaran kolustrum (Walyani, 2015:71).

7) Sering miksi

Desakan rahim ke depan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi. Frekuensi miksi yang sering, terjadi pada triwulan pertama akibat desakan uterus terhadap kandung kemih. Pada triwulan kedua umumnya keluhan ini akan berkurang karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul. Pada akhir triwulan, gejala bisa timbul karena janin mulai masuk ke rongga panggul dan menekan kembali kandung kemih (Hani, 2011:73).

8) Konstipasi atau obstipasi

Pengaruh progesterone dapat menghambat peristaltik usus (tonus otot menurun) sehingga kesulitan untuk BAB (Walyani, 2015:71).

9) Pigmentasi kulit

Pigmentasi terjadi pada usia kehamilan lebih dari 12 minggu, terjadi akibat pengaruh hormon kortikosterooid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit.

Pigmentasi ini meliputi tempat-tempat berikut ini

- (a) Sekitar pipi: *Cloasma gravidarum* (penghitaman pada daerah dahi, hidung, pipi, dan leher)
- (b) Sekitar leher tampak lebih hitam
- (c) Dinding perut: *Striae lividae/gravidarum* (terdapat pada seorang primi gravida, warnanya membiru), *striae nigra*, *linea alba* menjadi lebih hitam (*linea grisea/nigra*).
- (d) Sekitar payudara: Hiperpigmentasi areola mammae sehingga terbentuk areola sekunder. Pigmentasi areola ini berbeda pada tiap wanita, ada yang merah muda pada wanita kulit putih, coklat tua pada wanita kulit coklat, dan hitam pada wanita kulit hitam. Selain itu, kelenjar montgomeri menonjol dan pembuluh darah menifefes sekitar payudara.

(e) Sekitar pantat dan paha atas: Terdapat striae akibat pembesaran bagian tersebut (Hani dkk, 2011:74).

10) Epulis

Hipertropi papilla gingivae/ gusi, sering terjadi pada triwulan pertama (Walyani, 2015:72).

11) Varises/ penampakan pembuluh darah vena.

Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pelebaran pembuluh darah terutama bagi wanita yang mempunyai bakat. Varises dapat terjadi disekitar genetalia eksterna, kaki dan betis, serta payudara. Penampakan pembuluh darah ini dapat hilang setelah persalinan (Hani dkk, 2011:74)

b. Tanda Kemungkinan (*Probability sign*).

Tanda kemungkinan adalah perubahan-perubahan fisiologi yang dapat diketahui oleh pemeriksa dengan melakukan pemeriksaan fisik terhadap wanita hamil. Tanda kemungkinan ini terdiri atas hal-hal berikut ini:

1) Pembesaran Perut

Terjadi akibat pembesaran uterus. Hal ini terjadi pada bulan ke empat kehamilan.

2) Tanda Hegar

Tanda hegar adalah pelunakan dan dapat ditekannya isthmus uteri

3) Tanda Goodel

Adalah pelunakan serviks. Pada wanita yang tidak hamil serviks seperti ujung hidung, sedangkan pada wanita hamil melunak seperti bibir.

4) Tanda Chadwicks

Perubahan warna menjadi keunguan pada vulva dan mukosa vagina termasuk juga porsio dan serviks.

5) Tanda Piscaseck

Merupakan pembesaran uterus yang tidak simetris. Terjadi karena ovum berimplantasi pada daerah dekat dengan kornu sehingga daerah tersebut berkembang lebih dulu.

6) Kontraksi Braxton Hicks

Merupakan peregangan sel-sel otot uterus, akibat meningkatnya actomyosin di dalam otot uterus. Kontraksi ini tidak beritmik, seporadis, tidak nyeri, biasanya timbul pada kehamilan 8 minggu, tetapi baru dapat di amati dari pemeriksaan abdominal pada trimester ke 3. Kontraksi ini akan terus meningkat frekuensinya, lamanya, dan kekuatan sampai mendekati persalinan.

7) Teraba Ballotement

Ketukan yang mendadak pada uterus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dapat dirasakan oleh tangan pemeriksa. Hal ini harus ada pada pemeriksaan

kehamilan karena peraba bagian seperti bentuk janin saja tidak cukup karena dapat saja merupakan mioma uteri.

8) Pemeriksaan Test Biologis Kehamilan

Pemeriksaan ini adalah untuk mendeteksi adanya human chorionic gonadotropin (HCG) yang diproduksi oleh sinsiotropoblastik selama kehamilan. Hormon ini disekresi di peredaran darah ibu (pada plasma darah), dan diekskresi pada urin ibu. Hormon ini dapat mulai dideteksi pada 26 hari setelah konsepsi dan meningkat dengan cepat pada hari ke 30-60 . tingkat tertinggi pada hari 60-70 usia gestasi, kemudian menurun pada hari ke 100-130.

(Hani dkk, 2011:74-75).

c. Tanda Pasti (*Positive Sign*)

Menurut Walyani (2015:73-74) Tanda pasti adalah tanda yang menunjukkan langsung keberadaan janin, yang dapat dilihat langsung oleh pemeriksa.

Tanda pasti kehamilan terdiri atas hal-hal berikut :

1) Gerakan Janin dalam Rahim

Gerakan janin ini harus dapat diraba dengan jelas oleh pemeriksa. Gerakan janin baru dapat dirasa pada usia kehamilan sekitar 20 minggu.

2) Denyut Jantung Janin

Dapat didengar pada usia 12 minggu dengan menggunakan alat *fetal elektrokardiograf* (misalnya dopler). Dengan stethoscope laenec, DJJ baru dapat didengar pada usia kehamilan 18-20 minggu.

3) Bagian-bagian Janin

Bagian-bagian janin yaitu bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin (lengan dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada usia kehamilan lebih tua (trimester trakhir). Bagian janin ini dapat dilihat lebih sempurna lagi menggunakan USG.

4) Kerangka Janin

Kerangka janin dapat dilihat dari foto rontgen maupun USG.

6. **Kebutuhan Dasar Selama Kehamilan**

a. Oksigen

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

- 1) Latihan nafas melalui senam hamil
- 2) Tidur dengan bantal yang lebih tinggi
- 3) Makan tidak terlalu banyak
- 4) Kurangi atau hentikan merokok
- 5) Kontrol ke dokter bila ada kelainan atau gangguan pernafasan seperti asma dan lain-lain (Walyani, 2015:93).

b. Nutrisi

Pada saat hamil ibu hamil harus banyak makan-makanan yang mengandung nilai gizi bermutu tinggi meskipun tidak berarti makanan yang mahal. gizi pada waktu hamil harus di tingkatkan 300 kalori perhari, ibu hamil harus mengonsumsi makanan yang mengandung, protein, zat besi, dan menu cukup cairan (menu seimbang). (Kuswanti, 2014 : 117).

1) Kalori

Jumlah kebutuhan kalori untuk orang tidak hamil adalah 2000 kkal, sedangkan untuk orang hamil dan menyusui masing-masing adalah 2300-2800 kkal, kalori di pergunakan untuk produksi energi. Bila kurang energi akan diambil dari pembakaran protein yang mesti akan di pakai untuk pertumbuhan. (Kuswati, 2014 : 117).

2) Protein

Jumlah protein yang dibutuhkan ibu hamil adalah 85 gram per hari. Sumber-sumber tersebut diperoleh dari tumbuhan-

tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewani (ikan, ayam, telur, keju, susu). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran premature, anemia, dan odema. (Prawirohardjo, 2014:286).

3) Mineral

Pada prinsipnya semua mineral dapat dipenuhi dengan makan-makanan sehari-hari yaitu buah-buahan, sayuran dan susu. Hanya besi yang tidak dapat terpenuhi dengan makan sehari-hari. Kebutuhan akan besi pada pertengahan kedua kehamilan kira-kira 17 mg/hari. Untuk kebutuhan ini dibutuhkan suplemen besi 30 mg sebagai ferrous, ferofumarat atau feroglukonat per hari dan pada kehamilan kembar atau pada wanita yang sedikit anemia di butuhkan 60-100 mg/hari. Kebutuhan kalsium umumnya terpenuhi dengan minum susu. (Kuswati, 2014 : 117)

4) Zat besi

Zat besi yang diperlukan ibu hamil adalah 30 mg/hari. Berupa *ferrous fumarate*, atau *ferrous sulphate*. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi. (Prawirohardjo, 2014 : 286)

c. Personal hygiene

Kebersihan harus dijaga selama kehamilan. Mandi dianjurkan setidaknya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk

mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, lipatan bawah buah dada, daerah genitalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan.

1) Perawatan gigi

Kebersihan gigi dan mulut, perlu mendapat perhatian karena sering kali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium. Paling tidak dilakukan dua kali pemeriksaan gigi selama kehamilan, yaitu pada trimester pertama dan ketiga. Penjadualan untuk trimester pertama terkait dengan adanya hiperemesis dan pataalisme (produksi liur yang berlebihan) sehingga kebersihan rongga mulut harus selalu terjaga. Sementara itu, pada trimester ketiga, terkait dengan adanya kebutuhan kalsium untuk pertumbuhan janin sehingga perlu diketahui apakah terdapat pengaruh yang merugikan pada gigi ibu hamil. Ibu dianjurkan untuk selalu menyikat gigi setelah makan karena ibu hamil sangat rentan terhadap terjadinya *carries*. (Prawirohardjo, 2014 : 287)

2) Pakaian

Meskipun pakaian bukan hal yang berakibat langsung terhadap kesejahteraan ibu dan janin, namun perlu kiranya jika tetap dipertimbangkan beberapa aspek kenyamanan dalam berpakaian. Pemakaian pakaian dan kelengkapan yang kurang tepat akan mengakibatkan beberapa ketidak

nyamanan yang akan mengganggu fisik ibu. Gunakan Pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat pada bagian perut, Bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat, Memakai bra yang menyokong payudara, memakai sepatu dan hak yang rendah, pakaian dalam yang selalu bersih. (Kuswanti, 2014 : 117).

3) Seksual

Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti :

- a) Sering abortus dan kelahiran premature
- b) Perdarahan pervaginam
- c) Koitus harus dilakukan dengan hati-hati terutama pada minggu terakhir kehamilan
- d) Bila ketuban sudah pecah, koitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin intrauteri (Kuswanti, 2014 : 117).

4) Senam Hamil

Senam hamil bertujuan untuk mempersiapkan dan melatih otot sehingga dapat dimanfaatkan untuk berfungsi optimal dalam persalinan normal. Senam hamil ditunjukkan pada ibu hamil tanpa kelainan atau tidak terdapat penyakit yang menyertai kehamilan, yaitu penyakit ginjal, jantung, penyulit kehamilan (hamil dengan perdarahan, hamil dengan kelainan

letak), dan kehamilan disertai anemia. Senam hamil dimulai pada usia kehamilan 24 sampai 28 minggu (Manuaba dkk, 2010 : 132).

7. Tanda Bahaya Kehamilan

a. Perdarahan pervaginam

Perdarahan vagina dalam kehamilan adalah normal. Pada masa awal sekali kehamilan, ibu mungkin akan mengalami perdarahan yang sedikit atau *spotting* disekitar waktu pertama haidnya terlambat. Perdarahan ini adalah perdarahan implantasi dan normal. Pada waktu yang lain dalam kehamilan, perdarahan kecil mungkin pertanda dari *friable cervix* . Perdarahan semacam ini mungkin normal atau suatu pertanda adanya suatu infeksi. Pada awal kehamilan, perdarahan yang tidak normal adalah yang merah, perdarahan yang banyak, atau perdarahan yang sangat menyakitkan. Perdarahan ini dapat berarti abortus, kehamilan mola atau khamilan ektopik (Hani, 2011:108).

b. Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala pada saat kehamilan yang sering kali terjadi merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala yang hebat yang menetap dan tidak hilang dengan istirahat. Terkadang dengan sakit kepala yang hebat menjadikan

pandangan mata ibu menjadi kabur atau terbayang. Sakit kepala jenis ini menandakan gejala preeklamsi (Sulistyawati, 2009 : 88).

c. Masalah penglihatan

Pandangan kabur akibat pengaruh hormonal dalam kehamilan, Masalah penglihatan yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual secara mendadak, misalnya pandangan kabur, atau terbayang dan berbintik-bintik, perubahan penglihatan mungkin disertai dengan sakit kepala yang hebat (Yulifah dkk, 2010 : 102).

d. Bengkak pada muka dan tangan

Hampir separuh dari ibu-ibu akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat atau meletakkannya lebih tinggi. Bengkak dapat menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada permukaan muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan diikuti dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini bisa merupakan pertanda anemia, gagal jantung, atau preeklamsia (Hani, 2011 : 121).

e. Nyeri abdomen yang hebat

Nyeri perut akut (*acute abdomen*) merupakan keluhan yang sering didapatkan pada ibu hamil. Yang dimaksud dengan nyeri perut akut adalah setiap keadaan akut intra abdomen yang ditandai dengan rasa nyeri, otot perut tegang, nyeri tekan serta

memerlukan tindakan bedah emergensi (Prawirohardjo, 2014 : 659).

f. Gerakan janin tidak terasa

Ibu mulai merasakan gerakan janinnya selama bulan ke 5 atau ke 6, beberapa ibu dapat merasakan gerakan janinnya lebih. Jika janin tidur gerakannya akan melemah. Janin harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam priode jam, gerakan janin akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik. Yang termasuk tanda bahaya adalah bila gerakan janin mulai berkurang bahkan tidak ada sama sekali (Saifuddin, 2008 : 95).

g. Demam

Demam menunjukkan adanya infeksi, hal ini berbahaya bagi ibu maupun janin, oleh karena itu harus segera mendapatkan pertolongan dari bidan maupun dokter (Agustini, 2012).

h. Keluar cairan pervaginam secara tiba-tiba

Keluar cairan berupa air dari vagina setelah kehamilan 22 minggu, Ketuban dinyatakan pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada kehamilan preterm sebelum kehamilan 37 minggu maupun kehamilan aterm (Saifuddin, 2008 : 95).

8. Post Date

a. Pengertian

Kehamilan lewat waktu atau postdate adalah kehamilan yang berlangsung 41 minggu atau 42 minggu lengkap (Prawiroharjo 2008).

Kehamilan post date adalah suatu kehamilan yang berlangsung melebihi 40 minggu ditambah satu atau lebih hari (setiap hari yang melebihi tanggal perkiraan lahir). Nama lain kehamilan lewat waktu yaitu kehamilan serotinus, *prolonged pregnancy*, *postterm pregnancy* (Manuaba 2010).

Kehamilan Post date adalah suatu kehamilan yang berakhir antara 40 dan 42 minggu (Julie, *et.al*, 2010).

b. Etiologi

Menurut Saifuddin (2014), seperti halnya teori bagaimana terjadinya persalinan, sampai saat ini sebab terjadinya kehamilan post date belum jelas. Beberapa teori diajukan antara lain sebagai berikut :

1) Saraf Uterus

Tekanan pada ganglion servikalis dari pleksus Frankenhauser akan membangkitkan kontraksi uterus. Pada keadaan dimana tidak ada tekanan pada pleksus ini, seperti pada kelainan letak, tali pusat pendek, dan bagian bawah janin masih tinggi,

kesemuanya diduga sebagai penyebab dari kehamilan post date ini (Nugroho, 2008).

2) Teori Oksitosin

Pemakaian oksitosin pada induksi persalinan pada kehamilan post term memberi kesan atau dipercaya bahwa oksitosin secara fisiologis memegang peranan penting dalam menimbulkan persalinan dan pelepasan oksitosin dari neurohipofisis ibu hamil yang kurang pada usia kehamilan lanjut diduga sebagai salah satu factor penyebab kehamilan post date. (Prawirohardjo,2010)

3) Heriditer

Beberapa penulis menyatakan bahwa seorang ibu yang mengalami kehamilan post term mempunyai kecenderungan untuk melahirkan lewat bulan pada kehamilan berikutnya. Morgen (1999) mengatakan bahwa bilamana seorang ibu mengalami kehamilan postterm pada saat melahirkan anak perempuan, maka besar kemungkinan anak perempuannya akan mengalami kehamilan posterm juga (Kapita Selekt, 2008).

4) Pengaruh Progesteron

Penurunan hormon progesterone dalam kehamilan dipercaya merupakan kejadian perubahan endokrin yang penting dalam memecu proses biomolekular pada persalinan dan

meningkatkan sensitivitas pada uterus terhadap oksitosin, sehingga beberapa sumber menduga bahwa terjadinya kehamilan *post term* adalah karena masih tingginya hormon progesterone, sehingga uterus menjadi kurang sensitive terhadap oksotosin (Nugroho, 2012)

5) Teori Kortisol/ ACTH janin

Dalam teori ini diajukan bahwa sebagai “pemberi tanda” untuk dimulainya persalinan adalah janin, diduga akibat peningkatan tiba-tiba kadar kortisol plasma janin. Kortisol janin akan mempengaruhi plasenta sehingga produksi progesterone akan berkurang dan memperbesar sekresi estrogen, selanjutnya berpengaruh pada meningkatnya produksi prostaglandin. Pada cacat bawaan janin seperti anensefalus, hipoplasia adrenal janin, dan tidak adanya kelenjar hipofisis pada janin akan menyebabkan kortisol janin tidak diproduksi dengan baik sehingga kehamilan dapat berlangsung lewat bulan (Prawirohardjo, 2010).

6) Insufisiensi plasenta

Dalam kasus insufisiensi plasenta/adrenal janin, hormon prekursor yaitu *isoandrosteron sulfat* dikeluarkan dalam cukup tinggi konversi menjadi cukup tinggi konversi menjadi estradiol dan secara langsung estriol di plasenta, contoh klinik

mengenai defisiensi *prekursor* estrogen adalah *anencefalus* (Kapita Selekt, 2008).

c. Patofisiologi

Serviks yang akan mengalami persalinan normal secara bertahap akan melunak, menipis, mudah berdilatasi, dan bergerak ke arah anterior mendekati waktu persalinan. *Serviks* pada wanita multipara lebih cepat matang dibandingkan nulipara, dan pemahaman mengenai paritas penting dalam menentukan saat yang tepat untuk melakukan pemeriksaan *serviks* pada kehamilan lanjut (Varney, 2007).

Kehamilan lewat waktu yang disebabkan karena faktor hormonal, kurangnya produksi oksitosin akan menghambat kontraksi otot uterus secara alami dan adekuat, sehingga mengurangi respon *serviks* untuk menipis dan membuka. Akibatnya kehamilan bertahan lebih lama dan tidak ada kecenderungan untuk persalinan pervaginam (Varney, 2007).

d. Faktor Predisposisi

Beberapa faktor yang diduga sebagai penyebab kehamilan *postterem* antara lain :

- 1) Cacat bawaan (*anencefalus*)
- 2) Defisiensi *Sulfatase* plasenta
- 3) Pemakaian obat yang berpengaruh pula sebagai tokolitikanti prostaglandin (albutamol, progestin, asam mefenamat dsb)

4) Tidak diketahui penyebabnya (Nugroho, 2012)

e. Manifestasi Klinis

- 1) keadaan klinis yang dapat ditemukan jarang ialah gerakan janin yang jarang, yaitu secara subyektif kurang dari 7 kali per 30 menit atau secara obyektif dengan KTG kurang dari 10 kali per 30 menit.
- 2) pada bayi ditemukan tanda-tanda waktu yang terjadi menjadi:
 - a) Stadium I, kulit kehilangan varnik kaseosa dan terjadi maserasi sehingga kulit kering, rapuh dan mudah mengelupas.
 - b) Stadium II, seperti stadium I disertai pewarnaan mekonium (kehijauan) di kulit.
 - c) Stadium III, seperti stadium I disertai pewarnaan kekeringan pada kuku, kulit dan tali pusat.
- 3) Kehamilan dapat dinyatakan sebagai kehamilan *postterm* bila didapat 3 atau lebih 4 kriteria hasil pemeriksaan sebagai berikut :
 - a) Telah lewat 36 minggu sejak tes kehamilan positif
 - b) Telah lewat 32 minggu sejak DJJ pertama terdengar dengan *Doppler*
 - c) Telah lewat 24 minggu sejak dirasakan gerak janin pertama kali.

d) Telah lewat 22 minggu sejak terdengarnya DJJ pertama kali dengan stetoskop *leannec* (Prawirohardjo, 2014)

f. Diagnosis

Sering seorang tenaga medis kesulitan untuk menentukan diagnosis kehamilan *postterm* karena diagnosis ditegakkan bukan berdasarkan kondisi kehamilan, melainkan umur kehamilan.

Diperkirakan sebesar 22 % kasus kehamilan *postterm* tidak dapat ditegakkan secara pasti (Prawirohardjo, 2014)

g. Prognosis

Untuk mengetahui apakah kehamilan matuur atau tidak pemeriksaan yang dapat dilakukan menurut Nugroho (2012), antara lain :

- 1) Berat badan ibu turun dan lingkaran perut mengecil air ketuban berkurang
- 2) Pemeriksaan *rontgenologik* : dengan pemeriksaan ini pada janin matur dapat ditemukan pusat *osifikosi* pada os *cuboid* bagian *distal femur* dan bagian *proksimal tibia*, diameter biparental kepala 9.8 cm lebih. Keberatan pemeriksaan ini mungkin adalah pengaruh tidak baik sinar *rontgen* terhadap janin.
- 3) Pemeriksaan dengan USG : dengan pemeriksaan ini *diameter* biparental kepala janin dapat diukur dengan teliti tanpa bahaya

- 4) Periksa sitologi *liquoramnion amnioskopi* dan periksa pHnya di bawah 7 dianggap sebagai tanda gawat janin
- 5) Pemeriksaan sitologi vagina untuk menentukan *infusienisi* plasenta dinilai berbeda-beda,

h. Pemeriksaan Penunjang

- 1) USG untuk menilai usia kehamilan, oligidraminan, derajat maturitas plasenta.
- 2) KTG untuk menilai ada atau tidaknya gawat janin.
- 3) Penilaian warna air ketuban dengan amniotomi (tes tanpa tekanan dinilai) apakah reaktif atau tidak dengan tes tekanan oksitosin.
- 4) Pemeriksaan sitologi vagina dengan indeks kariopiknotik >20% (kapita selekta, 2008).

i. Pengaruh Terhadap Ibu dan Janin

- 1) Terhadap ibu : Partus lama, kesalahan letak, inersia uteri, perdarahan postpartum
- 2) Terhadap Janin : Jumlah kematian janin/bayi pada kehamilan 43 minggu 3 kali lebih besar dari kehamilan 40 minggu, karena postmaturitas akan menambah bahaya pada janin.

Pengaruh post maturitas pada janin bervariasi : Berat badan janin dapat bertambah besar, tetap, dan ada yang berkurang, sesudah kehamilan 42 minggu. Ada pula yang bisa terjadi kematian janin dalam kandungan. Bayi besar dapat

menyebabkan disproporsi sefalopelvik. Oligohidramnion dapat menyebabkan kompresi tali pusat, gawat janin sampai bayi meninggal, Keluarnya mekonium yang dapat menyebabkan aspirasi mekonium.

j. Penatalaksanaan

- 1) Setelah UK > 40 minggu yang penting adalah monitoring janin sebaik – baiknya, monitoring yang dilakukan antara lain monitoring gerak janin dan detak jantung janin.
- 2) Apabila tidak ada tanda – tanda insfusiensi plasenta persalinan spontan dapat ditunggu dengan pengawasan ketat.
- 3) Lakukan pemeriksaan dalam untuk menilai kematangan serviks, bila sudah matang boleh dilakukan induksi persalinan dengan atau tanpa amniotomi.
- 4) Ibu dirawat di RS bila :
 - a) Riwayat kehamilan yang lalu ada kematian janin dalam rahim.
 - b) Terdapat hipertensi, pre eklamsi berat atau ringan.
 - c) Kehamilan ini merupakan kehamilan anak pertama karena infertilitas.
 - d) Kehamilan memsuki 40-42 minggu atau lebih tanpa ada tanda persalinan.
- 5) Tindakan operasi Sectio Caesarea dipertimbangkan pada :
 - a) Insufisiensi plasenta dengan keadaan serviks belum matang

- b) Pembukaan yang belum lengkap, persalinan lama, dan terjadi tanda gawat janin
- c) Primigravida tua, kematian janin dalam kandungan, Pre Eklamsia, Hipertensi menahun, infertilitas dan kesalahan letak janin.

2.1.2 Persalinan

1. Pengertian persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir, dengan bantuan atau tanpa bantuan (Marmi, 2012:1)

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pelepasan dan pengeluaran plasenta serta selaput janin dari tubuh ibu. Persalinaan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah kehamilan 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit.

Proses persalinan dimulai dengan kontraksi uterus yang teratur dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhirnya dengan lahirnya plasenta secara lengkap (Kumalasari, 2015:97)

Persalinan adalah proses parasimpatis, Kondisi fisiologis yang perlu istirahat, ketenteraman, Rasa nyaman, percaya diri, terutama harus ada rasa Aman (reuwert dkk, 2009)

2. Tahapan Persalinan

a. KALA I (Pembukaan)

Pasien dikatakan dalam tahap persalinan kala I, jika sudah terjadi pembukaan serviks dan kontraksi terjadi teratur minimal 2 kali dalam 10 menit selama 40 detik. Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0-10 cm (pembukaan lengkap). Proses ini terbagi menjadi dua fase, yaitu fase laten (8 jam) dimana serviks membuka sampai 3 cm dan fase aktif (7 jam) dimana serviks membuka dari 3-10 cm. Kontraksi lebih kuat dan sering terjadi selama fase aktif. Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga parturient (ibu yang sedang bersalin) masih dapat berjalan-jalan. Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan pada multigravida sekitar 8 jam, Berdasarkan *Kurve Friedman*, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm per jam dan pembukaan multigravida 2 cm per jam. Dengan perhitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan. (Sulistyawati, 2010)

b. KALA II (Pegeluaran Bayi)

Kala II adalah pengeluaran bayi, dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir. Uterus dengan kekuatan hisnya ditambah kekuatan meneran akan mendorong bayi hingga lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Diagnosis persalinan kala II ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm,.

Gejala utama kala II adalah sebagai berikut:

- 1) His semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik.
- 2) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- 3) Ketuban pecah saat pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan meneran karena tertekannya *fleksus frankenhouser*.
- 4) Dua kekuatan, yaitu his dan meneran akan mendorong kepala bayi sehingga kepala bayi membuka pintu: Suboksiput bertindak sebagai *hipomochlion*, berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung, dan muka serta kepala seluruhnya.
- 5) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putaran paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.

6) Setelah putaran paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan jalan berikut:

a) Pegang kepala pada tulang oksiput dan bagian bawah dagu, kemudian ditarik curam ke bawah untuk melahirkan bahu depan, dan curam ke atas untuk melahirkan bahu belakang.

b) Setelah kedua bahu bayi lahir, ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan bayi.

c) Bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban.

7) Lamanya kala II untuk primigravida 50 menit dan multi gravid 30 menit.

(Sulistyawati dkk, 2010).

c. KALA III (Pengeluaran Plasenta)

Setelah kala II, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 menit. Dengan lahirnya bayi, mulai berlangsung pelepasan plasenta pada lapisan nitabusch, karena sifat retraksi otot rahim.

Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda uterus menjadi bundar, uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim, tali pusat bertambah panjang, terjadi perdarahan, melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara *crede* pada fundus uteri (Manuaba, 2010:147).

1) Ada 2 metode untuk pelepasan plasenta :

a) Metode schulze

Pelepasan plasenta mulai dari pertengahan, sehingga plasenta lahir diikuti oleh pengeluaran darah. Metode yang lebih umum terjadi, plasenta terlepas dari suatu titik pusat dan merosot ke vagina melalui lubang dalam kantung amnion, pembukaan fetal plasenta muncul pada vulva dengan selaput ketuban yang mengikuti dibelakang seperti payung terbalik saat terkelupas dari dinding uterus. Permukaan maternal plasenta tidak terlihat, dan bekuan darah berada dalam kantong yang terbalik, kontraksi dan retraksi otot uterus yang menimbulkan pemisahan plasenta juga menekan pembuluh darah dengan kuat dan mengontrol perdarahan (Marmi, 2016:257).

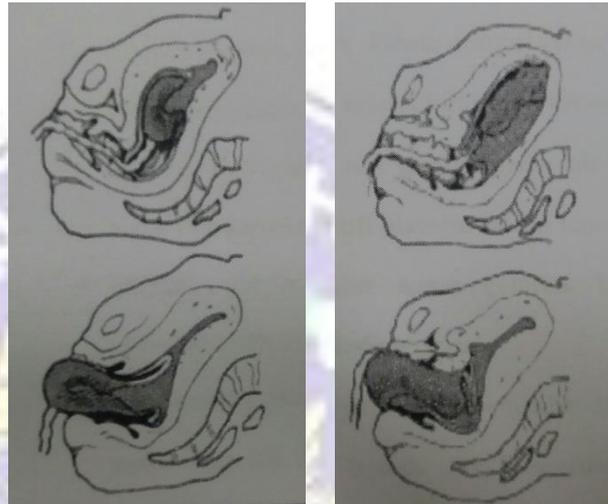
b) Metode Matthews Ducan

Pelepasan plasenta dari daerah tepi sehingga terjadi perdarahan dan diikuti pelepasan plasenta. Pada metode ini kemungkinan terjadi bagian selaput ketuban yang tertinggal lebih besar karena selaput ketuban tersebut tidak terkelupas semua selengkap metode schultze. Metode ini adalah metode yang berkaitan dengan plasenta letak rendah didalam uterus. Proses pelepasan

berlangsung lebih lama dan darah yang hilang sangat banyak karena hanya ada sedikit serta oblik dibagian bawah segmen (Marmi, 2016:257).

Schultze

Ducan



Gambar 2.14

Mekanisme Pelepasan Plasenta

Sumber : Daniel E, 2016. Pengeluaran dan pelepasan plasenta Schultze dan Ducan

Untuk mengetahui apakah plasenta telah lepas dari tempat implantasinya, dipakai beberapa perasat menurut Marmi (2016:258-259).

(1) Perasat Kustner

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat, tangan kiri menekan daerah di atas simfisis. Bila tali pusat ini masuk kembali dalam vagina berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus. Perasat ini hendaknya dilakukan secara hati-hati.

Apabila hanya sebagian plasenta terlepas, perdarahan banyak akan dapat terjadi.

(2) Perasat Strassman

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat, tangan kiri mengetok-ngetok fundus uteri.

Bila terasa ada getaran pada tali pusat yang diregangkan ini, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus. Bila tidak terasa getaran, berarti plasenta telah lepas dari dinding uterus.

(3) Perasat Klein

Wanita tersebut disuruh mengejan dan tali pusat tampak turun ke bawah. Bila pengedanannya dihentikan dan tali pusat masuk kembali kedalam vagina, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus.

(4) Perasat Crede

Dengan cara memijat uterus seperti memeras jeruk agar plasenta lepas dari dinding uterus hanya dapat dipergunakan bila terpaksa misalnya perdarahan.

Perasat ini dapat mengakibatkan kecelakaan perdarahan postpartum. Pada orang yang gemuk, perasat crede sukar atau tidak dapat dikerjakan.

d. KALA IV (Observasi)

Kala IV mulai 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, nadi, dan pernafasan.
- c) Kontraksi uterus.
- d) Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc.

(Sulistyawati, 2010).

3. Sebab Mulainya Persalinaan

Selama kehamilan dalam tubuh wanita terdapat dua hormone yang dominan:

a. Estrogen

Berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas otot rahim serta memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin dan mekanis.

b. Progesteron

Berfungsi untuk menurunkan sensitivitas otot rahim, menghambat rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin,

prostaglandin dan mekanis, serta menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi (Sulistyawati, 2010).

Adapun teori-teori tersebut diantaranya:

1) Teori Penurunan Hormon

Saat 1-2 minggu sebelum proses melahirkan dimulai, terjadi penurunan kadar estrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otol polos rahim, jika kadar progesteron turun akan menyebabkan tegangnya pembuluh darah dan menimbulkan his (Sulistyawati, 2010:4).

2) Teori Plasenta Menjadi Tua

Plasenta yang menjadi tua akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesterone yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim (Marmi, 2012).

3) Teori Distensi Rahim

a) Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu.

b) Setelah melewati batas tersebut, akhirnya terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.

c) Contohnya pada kehamilan gemeli, sering terjadi kontraksi karena uterus teregang oleh ukuran janin ganda, sehingga kadang kehamilan gemeli mengalami persalinan yang lebih dini (Sulistyawati, 2010:5).

4) Teori Iritasi Mekanis

Di belakang serviks terletak ganglion servikalis (fleksus frankenhauser), bila ganglion ini digeser dan ditekan (misalnya oleh kepala janin), maka akan timbul kontraksi uterus (Sulistyawati, 2010:5).

5) Teori Oksitosin

- a) Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior
- b) Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga terjadi kontraksi Braxton Hicks.
- c) Menurunnya konsentrasi progesteron karena magangnya usia kehamilan menyebabkan ok di fisik meningkatkan aktivitasnya dalam merangsang otot rahim untuk berkontraksi, dan akhirnya persalinan dimulai (Rohani, 2011:5)

6) Teori Hipotalamus-Pituitari Dan Glandula Suprenlis

- a) Grandula suprarenalis merupakan memicu terjadinya persalinan.
- b) Teori ini menunjukkan, pada kehamilan dengan bayi anensefalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuk nya hipotalamus (Sulistyawati, 2010:6)

7) Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua disangka sebagai salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F₂ dan E₂ yang diberikan secara intravena menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap usia kehamilan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu hamil sebelum melahirkan atau selama proses persalinan (Sulistyawati, 2010:6). Prostaglandin dihasilkan oleh lapisan dalam rahim diduga dapat menyebabkan kontraksi rahim. Pemberian prostaglandin dari luar dapat merangsang kontraksi otot rahim dan terjadi persalinan atau gugur kandung (Bandiyah, 2009:23).

8) Induksi Persalinan

Persalinan dapat juga di timbulkan dengan jalan sebagai berikut.

- a) Gagang laminaria : dengan cara laminaria dimasukkan ke dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang fleksus frankenhauser.
- b) Amniotomi : pemecahan ketuban
- c) Oksitosin drip : pemberian oksitosin menurut tetesan per infuse (Sulistyawati, 2010:6).

4. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

a. Power

Menurut Marmi (2016:51) power adalah kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan ialah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament, dengan kerja sama yang baik dan sempurna.

1) Kontraksi Uterus (HIS)

Otot rahim terdiri dari 3 lapis, dengan susunan berupa anyaman yang sempurna. Terdiri atas lapisan otot longitudinal dibagian luar, lapisan otot sirkular dibagian dalam, dan lapisan otot menyilang diantara keduanya. Dengan susunan demikian, ketika otot rahim berkontraksi maka pembuluh darah yang terbuka setelah plasenta lahir akan terjepit oleh otot dan perdarahan dapat berhenti (Sulistyawati, 2010:24).

2) Kontraksi dinding rahim.

3) Kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan.

4) Ketegangan dan kontraksi ligamentum retundum.

Tabel 2.3
Perbedaan antara His palsu dan His sejati

Jenis Perubahan	His Palsu	His Sejati
Karakteristik Kontraksi	Tidak teratur dan tidak semakin sering (disebut kontraksi Braxton Hicks).	Timbul secara teratur dan semakin sering, berlangsung selama 30-70 detik.
Pengaruh gerakan tubuh.	Jika ibu berjalan atau beristirahat atau jika posisi tubuh ibu berubah, kontraksi akan menghilang atau berhenti.	Meskipun posisi atau gerakan ibu berubah, kontraksi tetap dirasakan
Kekuatan Kontraksi	Biasanya lemah dan tidak semakin kuat (mungkin menjadi kuat lalu melemah).	Kontraksinya semakin kuat.
Nyeri karena kontraksi	Biasanya hanya dirasakan di tubuh bagian depan.	Biasanya berawal di punggung dan menjalar ke depan.

Sumber : Marmi, 2016:54).

b. Passage

Jalan lahir terdiri atas panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relative kaku, oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai. Jalan lahir dibagi atas :

- a) Bagian keras : Tulang-tulang panggul.
- b) Bagian lunak : Uterus, otot dasar panggul dan perineum
(Prawirohardjo, 2011:289).

Ruang panggul (Pelvic Cavity) dibagi menjadi 2, yaitu:

- (a) Pelvis mayor (false pelvic), diatas linea terminalis.
 - (b) Pelvis minor (true pelvic), dibawah linea terminalis
- (Rohani, 2011:23).

Bidang-bidang Panggul

Bidang hodge adalah bidang semua sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan, yaitu seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam atau vaginal toucher (VT). Bidang hodge terbagi empat antara lain sebagai berikut:

1) Bidang Hodge I

Bidang setinggi pintu atas panggul (PAP) yang dibentuk oleh promontorium, artikulasio sakro-illiaka, sayap sacrum, linea inominata, ramus superior os. Pubis, tepi atas simpisis pubis (Rohani dkk, 2011:23).

2) Bidang Hodge II

Bidang setinggi pinggir bawah simpisis pubis, berhimpit dengan PAP (Hodge I) (Rohani dkk, 2011:23).

3) Bidang Hodge III

Bidang setinggi spina ischiadica berhimpit dengan PAP (Hodge I) (Rohani dkk, 2011:23).

4) Bidang Hodge IV

Bidang setinggi ujung koksigis berhimpit dengan PAP

(Rohani dkk, 2011:23).

c. Pasanger

1) Janin

Hubungan janin dengan jalan lahir:

- a) Sikap : Menunjukkan hubungan bagian-bagian janin satu sama lain. Biasanya tubuh janin berbentuk lonjong (avoid) kira-kira sesuai dengan kavum uterus.
- b) Letak (situs) : Menunjukkan hubungan sumbu janin dengan sumbu jalan lahir. Bila kedua sumbunya sejajar disebut letak memanjang, bila tegak lurus satu sama lain disebut letak melintang.
- c) Presentasi dan bagian bawah : Presentasi menunjukkan bagian janin yang berada dibagian terbawah jalan lahir.
- d) Posisi dan Penyebutnya : Posisi menunjukan hubungan bagian janin tertentu (Penyebut, umpamanya ubun-ubun kecil, dagu atau sacrum) dengan bagian kiri, kanan, depan, lintang (lateral) dan belakang dari jalan lahir (Sulistyawati, 2010:32).

2) Plasenta

Karena plasenta juga harus melalui jalan lahir, ia juga dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin.

Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada persalinan normal. Dimana plasenta memiliki peranan berupa transport zat dari ibu ke janin, penghasil hormone yang berguna selama kehamilan, serta sebagai barier. Melihat pentingnya peranan dari plasenta maka bila terjadi kelaianan pada plasenta akan menyebabkan kelaianan pada janin ataupun mengganggu proses persalinan (Marmi, 2012).

3) Air ketuban

Merupakan elemen penting dalam proses persalinan. Air ketuban dapat dijadikan acuan dalam menentukan diagnose kesejahteraan janin (Sulistyawati, 2010:32).

d. Posisi

Ganti posisi secara teratur kala II persalinaan karena dapat mempercepat kemajuan persalinan. Bantu ibu memperoleh posisi yang paling nyaman sesuai dengan keinginannya.

e. Penolong persalinan

Kehadiran penolong yang berkesinambungan (bila diinginkan ibu) dengan memelihara kontak mata seperlunya, bantuan member rasa nyaman, sentuhan pijatan dan dorongan verbal, pujian serta penjelasan mengenai apa yang terjadi dan bernilai informasi.

f. Pendamping persalinan

Pendamping persalinan merupakan factor pendukung dalam lancarnya persalinan. Dorong dukungan berkesinambungan, harus ada seseorang yang menunggui setiap saat, memegang tangannya dan memberikan kenyamanan.

g. Psikologi ibu

Melibatkan psikologi ibu, emosi dan persiapan intelektual, pengalaman bayi sebelumnya, kebiasaan adat, dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu.

(Walyani, 2014:76-77).

5. Mekanisme Persalinan

Engagement dan penurunan merupakan dua mekanisme persalinan. Mekanisme persalinan adalah gerakan posisi yang dilakukan janin untuk menyesuaikan diri terhadap pelvis ibu. Ada tiga ukuran diameter kepala janin yang digunakan sebagai patokan dalam mekanisme persalinan normal, antara lain :

- a. Jarak biparenatl, merupakan diameter melintang terbatas dari kepala janin, dipakai di dalam definisi penguncian (engagement).
- b. Jarak suboksipito bregmatika, jarak antara batas leher dan oksiput ke anterior fontanel, ini adalah diameter yang bersangkutan dengan presentasi kepala.

- c. Jarak oksipitomental, merupakan diameter terbesar dari kepala janin, ini adalah diameter yang bersangkutan dengan hal presentasi dahi.

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

1) Penurunana kepala

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

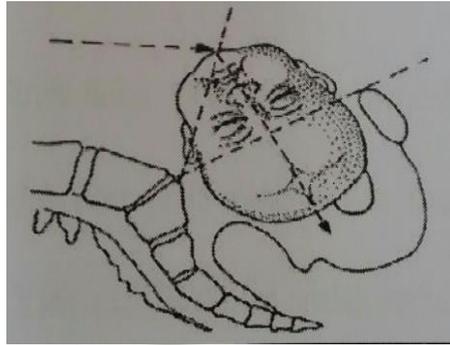


Gambar 2.15
Asinklitismus Anterior

Sumber : Wiknjosastro, Gulardi H, dkk. 2009:311.

2) Penguncian (engagement)

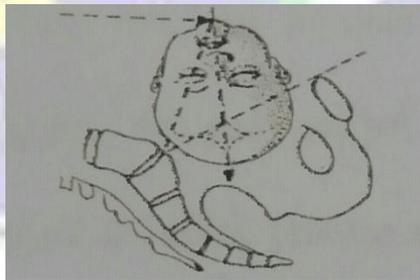
Tahap penurunan pada waktu diameter biparetal dari kepala janin telah melalui lubang masuk panggul pasien.



Gambar 2.16
Asinklitimus anteroposterior
Sumber : Wiknjosastro, Gulardi H, dkk, 2009:310.

3) 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. Pada saat kepala bertemu dengan dasar panggul, tahannya akan meningkatkan fleksi menjadi bertambah besar yang sangat diperlukan agar saat sampai di dasar panggul kepala janin sudah dalam keadaan fleksi maksimal.



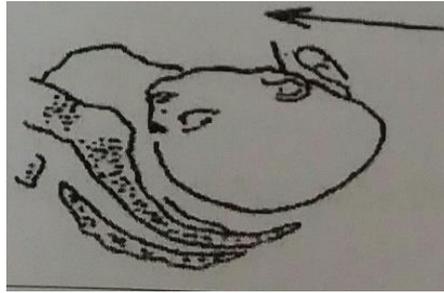
Gambar 2.17
Asinklitismus Posterior
Sumber : Wiknjosastro, Gulardi H, dkk. 2009:311.

4) Putaran paksi dalam

Putaran internal dari kepala janin akan membuat diameter anteroposterior (yang lebih panjang) dari kepala menyesuaikan dari dengan diameter *anteroposterior* dari panggul pasien. Pada umumnya rotasi penuh dari kepala ini akan terjadi ketika kepala telah sampai di dasar panggul atau segera setelah itu. Perputaran kepala yang dini kadang-kadang terjadi pada multipara atau pasien yang mempunyai kontraksi efisien.

5) 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 ke atas menuju lorong vulva. Bagian leher belakang di bawah oksiput akan bergeser ke bawah simpisis pubis dan bekerja sebagai titik poros (hipomoklion). Uterus yang berkontraksi kemudian memberikan tekanan tambahan di kepala yang menyebabkan ekstensi lebih lanjut saat lubang vulva-vagina membuka lebar.



Gambar 2.18
Kepala janin ekstensi
Sumber : Manuaba, dkk. 2010:185.

6) Restitusi

Restitusi adalah perputaran kepala sebesar 45 derajat baik ke kanan atau ke kiri bergantung kepada arah dimana ia mengikuti perputaran menuju posisi oksiput anterior.



Gambar 2.19
Ekspulsi kepala janin
Sumber : Manuaba, dkk. 2010:185.

7) Putaran paksi luar

Putaran ini terjadi bersama dengan putaran internal dari bahu. Pada saat kepala janin mencapai dasar panggul, bahu akan mengalami perputaran dalam arah yang sama dengan kepala, janin agar terletak dalam diameter yang besar dari rongga panggul. Bahu anterior akan terlihat pada lubang vagina-vulva,

dimana ia akan bergeser dibawah simpisis pubis. (Sulistyawati A, 2010:109-111).



Gambar 2.20
Rotasi eksternal
Sumber : Manuaba, dkk. 2010:185.

6. Kebutuhan Dasar Selama Persalinan

Beberapa kebutuhan dasar ibu selama proses persalinan antara lain :

- a. Kebutuhan fisiologis
 - a) Oksigen
 - b) Makan dan minum

Beberapa waktu yang lalu pemberian makanan padat pada pasien memungkinkan sewaktu-waktu memerlukan tindakan anastesi tidak disetujui, karena makanan yang tertinggal dilambung akan menyebabkan aspirasi pneumoni

(terdesak dan masuk dalam saluran pernafasan).

Penatalaksanaan yang tepat dan bijaksana yang dapat dilakukan bidan adalah melihat situasi pasien artinya intake cairan dan nutrisi tetap dipertimbangkan untuk diberikan

dengan konsistensi dan jumlah yang logis dan sesuai dengan kondisi pasien (Sulistyawati, 2010:41)

c) Istirahat

Istirahat sangat penting untuk pasien karena akan membuat rileks. Diawal persalinan sebaiknya anjurkan pasien untuk istirahat yang cukup sebagai persiapan untuk menghadapi persalinan yang panjang. Posisi dikombinasikan dengan aktivitas dalam ambulasi agar penurunan kepala janin dapat lebih maksimal (Nugraheny, 2010:47).

d) Buang Air kecil (BAK)

Selama proses persalinan, pasien akan mengalami poliuri sehingga penting untuk difasilitasi agar kebutuhan eliminasi terpenuhi (Sulistyawati, 2010:42)

e) Buang Air Besar (BAB)

Pasien akan merasa sangat tidak nyaman ketika merasakan dorongan untuk BAB. Dalam kondisi ini penting bagi keluarga serta bidan untuk menunjukkan respons yang positif dalam hal kesiapan untuk memberikan bantuan dan menyakinkan pasien bahwa ia tidak perlu merasa risih atau sungkan untuk melakukannya (Sulistyawati, 2010:43)

f) Posisi dan Ambulasi

Posisi yang aman selama persalinan sangat diperlukan bagi pasien. Selain mengurangi pada ketegangan dan rasa nyeri,

posisi tertentu justru akan membantu proses penurunan kepala janin sehingga persalinan akan berjalan lebih cepat (selama tidak ada kontra indikasi dari keadaan pasien). Beberapa posisi dapat diambil antara lain *Rekumben lateral* (miring), lutut-dada duduk, berdiri, berjalan, dan jongkok (Nugraheny, 2010:43)

g) Akses intravena

Ada 2 tujuan pemasangan infus, yakni:

- a) Sebagai jalur obat, cairan atau darah untuk mempertahankan keselamatan ketika terjadi kegawatdaruratan obstetric.
- b) Sebagai cara mempertahankan hidrasi maternal.

(Helen Varney, 2008:696)

7. Tanda dan Gejala persalinan

a. Perasaan Distensi Berkurang (Lightening)

Lightening yang mulai dirasa kira-kira dua minggu seelum persalinan, adalah penurunan bagian presentasi bayi kedalam pelvis minor (Varney, 2007:672).

b. Perubahan serviks

Perubahan serviks diduga terjadi akibat peningkatan intensitas Braxton hiks. Serviks menjadi matang selama periode yang berbeda-beda sebelum persalinan. Kematangan serviks mengindikasikan kesiapan untuk persalinan. Setelah

menentukan kematangan serviks, bidan dapat meyakinkan ibu bahwa ia akan berlanjut ke proses persalinan begitu muncul kontraksi persalinan dan bahwa waktunya sudah dekat (Asri dkk, 2013:24).

c. Persalinan palsu

Kontraksi uterus yang sangat nyeri, yang member pengaruh signifikan terhadap serviks. Kontraksi pada persalinan palsu sebenarnya sebenarnya timbul akibat kontraksi *Beaxton hicks yang tidak nyeri*, yang telah terjadi sekitar enam minggu kehamilan (Varney, 2007:673).

d. Ketuban pecah

Pada kondisi normal, ketuban pecah pada akhir kala I persalinan. Apabila terjadi sebelum awitan persalian, disebut ketuban pecah dini (KPD). Kurang lebih 80% wanita yang mendekati usia kehamilan cukup bulan dan mengalai KPD mulai mengalami persalinan spontan mereka dalam waktu 24 jam (Asri dkk, 2013:24).

e. Blood show

Plak lendir disekresi serviks sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan. Plak ini menjadi sawar pelindung dan menutup jalan lahir selama kehamilan. Pengeluaran plak inilah yang dimaksud sebagai *bloody show*. *Blody show* paling sering terlihat sebagai rabas lendir

bercampur darah yang lengket dan harus dibedakan dengan cermat dari perdarahan murni. Ketika melihat rabas tersebut, wanita seringkali berfikir bahwa ia melihat tanda persalinan. Kadang-kadang seluruh plak lendir dikeluarkan dalam bentuk masa. Plak yang keluar pada saat persalinan berlangsung dan terlihat pada vagina seringkali disangka tali pusat yang lepas. *Blody show* merupakan tanda persalinan yang akan terjadi, biasanya dalam 24 sampai 48 jam (Asri, 2013:25).

f. Lonjakan energi

Banyak wanita mengalami lonjakan energi kurang lebih 24 sampai 48 jam sebelum awitan persalinan. Setelah beberapa hari dan minggu merasa letih secara fisik dan lelah secara hamil, mereka terjaga pada suatu hari dan menemukan diri mereka bertenaga penuh. Para wanita ini merasa enerjik melakukan sebelum kedatangan bayi, selama beberapa jam sehingga mereka semangat melakukan berbagai aktivitas yang sebelumnya tidak mampu mereka lakukan, akibatnya mereka memasuki masa persalinan dalam keadaan letih.

Terjadinya lonjakan energi ini belum dapat dijelaskan selain bahwa hal tersebut terjadi alaminya, yang memungkinkan wanita tersebut memperoleh energi yang diperlukan untuk menjalani persalinan. Wanita tersebut harus di beri informasi tentang kemungkinan lonjakan energi ini dan diarahkan untuk

menahan diri menggunakannya dan menghematnya untuk persalinan (Asri, 2013:25).

8. Lima Benang Merah

a. Membuat Keputusan Klinik

Membuat keputusan klinik merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan merencanakan asuhan yang diperlukan 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 adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan ibu. Beberapa prinsip-prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikut sertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Banyak hasil penelitian menunjukkan bahwa jika para ibu diperhatikan dan diberi dukungan selama masa persalinan dan kelahiran bayi serta mengetahui dengan baik mengenai proses persalinan dan asuhan yang akan mereka terima, mereka akan mendapat rasa aman dan hasil yang lebih baik (APN, 2008).

c. Pencegahan Infeksi

Cara efektif untuk mencegah penyebaran penyakit dari orang ke orang dan atau dari peralatan atau sarana kesehatan ke orang dapat dilakukan dengan meletakkan penghalang diantara

mikroorganisme dan individu. Penghalang ini dapat berupa proses secara fisik, mekanik ataupun kimia yang meliputi meliputi:

- 1) Cuci tangan.
- 2) Pakai sarung tangan.
- 3) Penggunaan cairan antiseptic.
- 4) Pemrosesan alat bekas (Dekontaminasi, desinfeksi, desinfeksi tingkat tinggi, mencuci dan membilas, sterilisasi).

(Marmi, 2011).

a) Dekontaminasi

Dekontaminasi adalah tindakan yang dilakukan untuk memastikan bahwa petugas kesehatan dapat menangani secara aman benda-benda (peralatan medis, sarung tangan, meja pemeriksaan) yang terkontaminasi darah dan cairan tubuh. Cara memastikannya adalah segera melakukan dekontaminasi terhadap benda-benda tersebut setelah terpapar atau terkontaminasi darah atau cairan tubuh.

Rumus untuk membuat Larutan Klorin 0,5% dari larutan konsentrat berbentuk cair

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

Rumus untuk membuat larutan klorin 0,5% dari serbuk kering

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

b) Desinfeksi

Tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan hampir semua mikroorganisme penyebab penyakit pada benda mati atau instrumen.

c) Desinfeksi tingkat tinggi (DTT)

Suatu proses yang menghilangkan mikroorganisme kecuali beberapa endospora bakteri pada benda mati dengan merebus, mengukus, atau penggunaan desinfektan kimia.

d) Mencuci dan membilas

Suatu proses yang secara fisik menghilangkan semua debu, kotoran, darah, dan bagian tubuh lain yang tampak pada objek mati dan membuang sejumlah besar mikroorganisme untuk mengurangi resiko bagi mereka yang menyentuh kulit atau menganggi benda tersebut (proses ini terdiri dari pencucian dengan sabun atau detergen dan air, pembilasan dengan air bersih dan pengeringan secara seksama).

e) Sterilisasi

Adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme (bakteri, virus, jamur, parasit) termasuk endospora bakteri pada benda-benda mati atau instrumen.

Prinsip-prinsip pencegahan infeksi :

- 1) Setiap orang harus dianggap dapat menularkan penyakit.
- 2) Setiap orang harus dianggap beresiko terkena infeksi.
- 3) Permukaan benda disekitar kita, peralatan atau benda-benda lainnya yang akan dan telah bersentuh dengan permukaan kulit yang tak utuh, lecet selaput mukosa atau darah harus dianggap terkontaminasi, sehingga harus diproses secara benar.
- 4) Jika tidak diketahui apakah permukaan atau benda lainnya telah diproses 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 pencegahan infeksi secara benar dan konsisten.

d. Pencatatan (Dokumentasi)

Catat semua asuhan yang telah diberikan kepada ibu dan bayinya. Jika 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. (APN, 2008)

e. Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana yang lebih lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa lebih lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Meskipun sebagian besar dari 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 dan bayinya ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu (jika

penyulit terjadi) syarat bagi keberhasilan upaya penyelamatan. Setiap penolong persalinan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan yang mampu untuk menatalaksanakan kasus gawat darurat obstetric dan bayi baru lahir.

(APN, 2008:1-38).

Hal-hal yang penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu (BAKSOKUDA)

1) Bidan

Pastikan Bahwa ibu dan bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk melaksanakan gawat darurat obstetric dan BBL untuk dibawa ke fasilitas rujukan.

2) Alat

Bawa perlengkapan dan alat-alat untuk asuhan persalinan, masa nifas, dan BBL (tabung suntik, selang I.V, alat resusitasi, dll) bersama ibu ke tempat rujukan. Perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan dalam perjalanan ke fasilitas rujukan.

3) Keluarga

Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan bayi dan mengapa ibu dan bayi perlu dirujuk. Jelaskan

pada mereka alasan dan tujuan rujuk ibu ke fasilitas rujukan tersebut.

4) Surat

Berikan surat keterangan rujukan ke tempat rujukan. Surat ini memberikan identifikasi mengenai ibu dan BBL. Cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil penyakit, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu dan BBL.

5) Obat

Bawa obat-obat esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan.

6) Kendaraan

Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi yang nyaman.

7) Uang

Ingatkan keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan kesehatan lainnya selama ibu dan bayi difasilitas rujukan.

8) Darah

Persiapkan darah baik dari anggota keluarga maupun kerabat sebagai persiapan jika terjadi perdarahan. Dan doa sebagai kekuatan spiritual dan harapan yang dapat membantu proses persalinan (Sari EP dkk, 2014:27-29).

9. Partograf

Partograf digunakan 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 tindakan sebagai titik tolak evaluasi pertolongan persalinan (Manuaba, 2010:157).

- a) Denyut jantung janin, dicatat setiap 30 menit
- b) Air ketuban, dicatat setiap melakukan pemeriksaan vagina:
 - U : selaput utuh
 - J : selaput pecah, air ketuban jernih
 - M : air ketuban bercampur mekonium
 - D : air ketuban bernoda darah
 - K : tidak ada cairan ketuban/ kering
- c) Perubahan bentuk kepala janin (molding dan molase) :
 - 0 : Sutura terpisah
 - 1 : Sutura tepat bersesuaian
 - 2 : Sutura tumpang tindih tetapi dapat di perbaiki
 - 3 : Sutura tumpang tindih dan tidak dapat di perbaiki
- d) Pembukaan mulut rahim (serviks), dinilai setiap 4 jam dan di beri tanda silang (x).

- e) Penurunan, mengaju pada bagian kepala (di bagi 5 bagian) yang teraba (pada pemeriksaan abdomen/luar) di atas simpisis pubis, dicatat dengan tanda lingkaran (O).
 - f) Waktu, menyatakan berapa jam waktu yang telah dijalani sesudah pasien di terima.
 - g) Jam, dicatat jam sesungguhnya
 - h) Kontraksi, dicatat setiap 30 menit, melakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya tiap kontraksi dalam hitungan detik.
 - i) Oksitosin, apabila memakai oksitosin catatlah banyaknya oksitosin per volume cairan infuse dan dalam tetesan permenit
 - j) Obat yang diberikan, dicatat semua obat lain yang diberikan
 - k) Nadi, dicatat setiap 30-60 menit pada fase aktif serta ditandai dengan ebuah titik besar (.)
 - l) Tekanan darah, dicatat setiap 4 jam dan ditandai dengan anak panah
 - m) Suhu badan, dicatat setiap 4 jam pada fase laten, dan 2 jam pada fase aktif
 - o) Protein, aseton, volume urine, dicatat setiap kali ibu berkemih
- (Saifuddin, 2008: 104).

10. FETAL DISTRES

a. Pengertian Gawat Janin

Gawat janin adalah denyut jantung janin kurang dari 120 kali per menit atau lebih dari 160 kali per menit (Nugroho, 2012).

Gawat janin terjadi bila janin tidak menerima O₂ yang cukup, sehingga akan mengalami hipoksia. Situasi ini dapat terjadi kronik dalam jangka waktu yang lama atau akut. Disebut gawat janin bila ditemukan denyut jantung janin diatas 160 kali per menit atau dibawah 120 kali per menit. Denyut jantung tidak teratur atau keluarnya mekonium yang kental pada awal persalinan (Prawirohardjo, 2009). Gawat janin merupakan suatu reaksi ketika janin tidak memperoleh oksigen yang cukup (Dewi, 2010).

b. Penyebab gawat janin

Menurut Prawirohardjo (2007) penyebab gawat janin sebagai berikut :

- 1) Persalinan berlangsung lama
- 2) Induksi persalinan dengan oksitosin
- 3) Ada perdarahan
- 4) Infeksi
- 5) Insufisiensi plasenta
- 6) Kehamilan postterm
- 7) Preeklamsia

c. Faktor yang mempengaruhi *fetal distress*

Fetal distress kronis berhubungan dengan faktor sosial yang kompleks.

- 1) Status sosial ekonomi rendah
- 2) Umur maternal
- 3) Merokok
- 4) Penyalahgunaan obat terlarang
- 5) Riwayat obstetrik yang buruk
- 6) Kondisi plasenta
- 7) Kondisi fetal
- 8) Faktor resiko intrapartum

d. Penanganan Gawat Janin pada Persalinan

Menurut Prawirohardjo (2009) penanganan gawat janin saat persalinan adalah sebagai berikut :

- 1) Cara pemantauan
 - a) Kasus resiko rendah, auskultasi DJJ selama persalinan
 - (1) Setiap 15 menit kala I
 - (2) Setiap setelah his kala II
 - b) Kasus resiko tinggi, gunakan pemantauan DJJ elektronik secara berkesinambungan
 - c) Hendaknya sarana untuk pemeriksaan PH darah janin disediakan

2) Interpretasi data dan pengolahan

- a) Untuk memperbaiki aliran darah uterus : Pasien dibaringkan miring ke kiri, untuk memperbaiki sirkulasi plasenta
- b) Hentikan infus oksitosin (jika sedang diberikan)
- c) Berikan oksigen 6-8 L/menit

3) Untuk memperbaiki aliran darah umbilikus

- a) Pasien dibaringkan miring ke kiri, untuk memperbaiki sirkulasi plasenta
- b) Berikan ibu oksigen 6-8 L/menit
- c) Perlu kehadiran dokter spesialis anak. Biasanya resusitasi intrauterin tersebut diatas dilakukan selama 20 menit
- d) Tergantung terpenuhinya syarat-syarat, melahirkan janin dapat pervaginam atau perabdominal

11. SECTIO CAESAREA

a. Pengertian

Sectio Caesarea merupakan prosedur bedah untuk kelahiran janin dengan insisi melalui abdomen dan uterus. Masalah yang menyertai kelahiran pervaginam seperti inkontinensia rektal dan urine. Peningkatan keamanan seksio cesarea semakin besarnya jumlah ibu tua yang mengandung dan kesiapan penolong terhadap legitasi untuk komplikasi kelahiran operatif per

vaginam merupakan faktor-faktor yang menyebabkan peningkatan angka seksio cesarea (Liu, 2008:227).

Sectio Caesarea atau bedah sesar adalah sebuah bentuk melahirkan anak dengan melakukan sebuah irisan pembedahan yang menembus abdomen seorang ibu (laporotomi) dan uterus (hiskotomi) untuk mengeluarkan satu bayi atau lebih (Dewi Y, 2007:88).

Sectio Caesarea adalah suatu pembedahan guna melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus (William, 2010:634).

b. Indikasi

Indikasi *Sectio Caesarea* bisa indikasi absolut atau relatif. Setiap keadaan yang membuat kelahiran lewat jalan lahir tidak mungkin terlaksana merupakan indikasi absolut untuk *sectio abdominal*. Di antaranya adalah kesempitan panggul yang sangat berat dan neoplasma yang menyumbat jalan lahir. Pada indikasi relatif, kelahiran lewat vagina bisa terlaksana tetapi keadaan adalah sedemikian rupa sehingga kelahiran lewat *sectio caesarea* akan lebih aman bagi ibu, anak atau pun keduanya (William, 2010:634).

Indikasi *seksio cesarea* dapat dibagi ke dalam kategori efektif, darurat terencana, darurat yang tidak terencana dan kategori peri-mortem serta post mortem untuk memudahkan audit.

Komplikasi dan mortalitas yang jelas akibat prosedur bedah harus dibedakan dari akibat adanya komplikasi obstetric dan masalah medis ibu. Sectio Caesarea dilakukan untuk :

- 1) Mengatasi disproporsio sefalo-pelvik dan aktifitas uterus yang abnormal.
- 2) Mempercepat kelahiran untuk keselamatan ibu dan janin.
- 3) Mengurangi trauma janin (misalnya presentasi bokong prematur kecil) dan infeksi janin (misalnya resiko tertular infeksi herpetik atau HIV).
- 4) Mengurangi resiko pada ibu.
- 5) Memungkinkan ibu untuk menjalankan pilihan sesuai keinginannya.

Menurut Mochtar (2010:118-119) indikasi *Sectio Caesarea* adalah :

- 1) Plasenta previa sentralis dan lateralis (posterior).
- 2) Panggul sempit.
- 3) Disproporsi sefalo-pelvik yaitu ketidak seimbangan antara ukuran kepala dan panggul.
- 4) Ruptura uteri mengancam.
- 5) Partus lama.
- 6) Partus tak maju.
- 7) Distosia serviks.
- 8) Pre-eklamsi dan hipertensi.

9) Malpresentasi janin :

- a) Letak lintang
- b) Letak bokong
- c) Presentasi dahi dan muka (letak defleksi) bila reposisi dan cara-cara lain tidak berhasil
- d) Presentasi rangkap, bila reposisi tidak berhasil
- e) Gemelli (kehamilan kembar)

c. Tipe-Tipe Sectio Caesarea

Tipe-tipe *Sectio Caesarea* menurut Oxorn (2010:640-644) adalah :

1) Segmen Bawah : Insisi Melintang

Insisi melintang segmen bawah uterus merupakan prosedur pilihan abdomen dibuka di singkapkan, lipatan vesikula uterina peritoneum yang terlalu dekat dengan sambungan segmen atas dan bawah uterus di sayat melintang dilepaskan dan segmen bawah serta ditarik atas tidak menutupi lapangan pandangan.

2) Segmen Bawah : Insisi Membujur

Cara membuka abdomen dan menyingkapkan uterus sama seperti pada insisi melintang. Insisi membujur dibuat dengan skalpel dan dilebarkan dengan gunting tumpul untuk menghindari cedera pada bayi.

3) Sectio Caesarea Ekstraperitoneal

Pembedahan Ekstraperitoneal dikerjakan untuk menghindari perlunya histerektomi pada kasus-kasus yang mengalami infeksi luas.

4) Sectio Caesarea Klasik

Insisi longitudinal di garis tengah dibuat dengan skapal kedalam dinding anterior uterus dan dilebarkan dengan gunting berujung tumpul.

d. Komplikasi

Menurut Mochtar, (2010: 121) yaitu:

1) Komplikasi *Sectio Caesarea*

- a) Infeksi puerperal (nifas)
- b) Kenaikan suhu beberapa hari saja (komplikasi ringan)
- c) Kenaikan suhu lebih tinggi, disertai dehidrasi, perut sedikit kembung (komplikasi berat)
- d) Perinotis dan sepsis, hal ini sering dijumpai pada partus terlantar, dimana sebelumnya telah terjadi infeksi intrapartal karena ketuban yang telah pecah terlalu lama, penanganannya adalah pemberian cairan elektrolit dan antibiotik yang ada dan tepat (komplikasi berat)

e) Perdarahan, disebabkan karena :

- (3) Banyak pembuluh darah terputus dan terbuka

(4) Atonia Uteri

(5) Perdarahan pada plasenta bed

(6) Luka kandung kemih

(7) Kemungkinan rupture uteri pada kehamilan
mendatang

e. Penatalaksanaan Ibu Post Sc

1) Perawatan luka insisi

Luka insisi dibersihkan dengan larutan antiseptik lalu ditutup dengan kasa/penutup luka, secara periodik pembalut luka diganti dan luka dibersihkan. Dibuat catatan kapan benang akan dicabut atau di bawah luka terdapat eksudat

2) Tempat perawatan pasca SC

Setelah tindakan di kamar operasi selesai, pasien dipindahkan ke kamar rawat khusus dan dilengkapi alat pendingin kamar udara beberapa hari. Dan bila pasca SC keadaan penderita gawat, segera pindahkan ke unit perawatan darurat untuk perawatan bersama-sama dengan unit anastesi. Setelah beberapa hari dirawat dalam kamar rawat khusus atau pada unit perawatan darurat dan keadaan pasien mulai pulih, barulah dipindah ke tempat pasien semula dirawat, disini perawatan luka dan pengukuran TTV pasien dilanjutkan seperti biasa.

3) Diet

Pemberian cairan perinfus biasanya dihentikan setelah pasien flaxtus lalu dimulailah pemberian makanan dan minuman peroral, pemberian sedikit minuman adalah diperbolehkan setelah 6-10 jam pasca bedah. Jumlahnya dapat dinaikkan pada hari pertama dan kedua pasca bedah. Kemudian bubur saring, minuman dari buah dan susu selanjutnya secara bertahap makan bubur akhirnya makan biasa sejak boleh minum pada hari pertama obat-obatan peroral sudah dapat diberikan

4) Nyeri

Sejak pasien sadar dalam 24 jam pertama rasa nyeri masih dirasakan didaerah operasi. Untuk mengurangi rasa nyeri tersebut diberikan obat-obatan anti sakit dan penenang atau obat-obatan lainnya. Setelah hari pertama atau kedua rasa nyeri akan menghilang dengan sendirinya

5) Mobilisasi

Mobilisasi secara bertahap sangat berguna membantu jalannya penyembuhan luka penderita. Miring ke kanan dan ke kiri sudah sapat dimulai setelah 6-10 jam. Setelah penderita sadar latihan pernafasan dapat dilakukan pasien sambil tidur terlentang.

6) Perawatan rutin

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemeriksaan dan pengukuran adalah : Tekanan darah, Jumlah nadi/ menit, Frekuensi pernafasan, Jumlah cairan masuk dan keluar, Suhu badan, Pemeriksaan lainnya menurut jenis dan kasus.

2.1.3 Konsep Dasar Nifas

1. Pengertian Nifas

Masa nifas (puerperium) adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari (Ambarwati, 2010).

Periode postpartum terdiri dari periode *immediate postpartum*, *early postpartum* dan *late postpartum*. *Immediate postpartum* yaitu masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan dua puluh empat jam pertama. Periode *early postpartum* mulai dari dua puluh empat jam sampai satu minggu dan periode *late postpartum* mulai satu minggu pertama sampai lima minggu (Mardiatun, 2015).

2. Proses Masa Nifas

a. Pengecilan rahim atau involusi

Rahim adalah organ tubuh yang spesifik dan unik karena dapat mengecil serta membesar dengan menambah atau mengurangi jumlah selnya. Bentuk otot rahim mirip jala berlapis 3 dengan

serat-seratnya, yang melintang kanan, kiri dan transversal. Diantara otot-otot itu ada pembuluh darah yang mengalir darah ke plasenta. Setelah plasenta lepas, otot rahim akan berkontraksi atau mengerut, sehingga pembuluh darah terjepit dan pendarahan berhenti. Setelah bayi lahir, umumnya berat rahim menjadi sekitar 1000 gram dan dapat diraba kira-kira 2 jari dibawah umbilikus. Setelah 1 minggu beratnya sekitar 300gr dan tidak dapat diraba lagi. Jadi, secara alamiah rahim akan kembali mengecil perlahan—lahan kebentuknya semula. Setelah 6 minggu beratnya sudah sekitar 40-60 gr. Pada saat ini dianggap bahwa masa nifas sudah selesai. Namun sebenarnya rahim akan kembali keposisi yang normal, tapi juga kondisi tubuh ibu secara keseluruhan.

b. Kekentalan darah (hemokonsentrasi) kembali normal

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

c. Proses laktasi 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 dipayudara sudah terbentuk kolostrum yang sangat baik untuk bayi, karena mengandung zat kaya gizi, dan anti bodi pembunuh kuman (Saleha,2009:2-4).

3. Tahapan Masa Nifas

Tahapan yang terjadi pada masa nifas adalah sebagai berikut (Saleha, 2009:5).

a. Priode immediate postpartum

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini sering terdapat banyak masalah, misalnya pendarahan karena Antonia uteri. Oleh karena itu, bidan dengan teratur harus melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lokia, tekanan darah, dan suhu.

b. Priode early postpartum (24 jam- 1 minggu)

Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lokia tidak berbau busuk, tidak

deman, ibu cukup mendapat makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik (Saleha, 2009:5).

c. Priode late postpartum (1 minggu-3 minggu)

Pada priode ini bidan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling KB (Saleha, 2009:5).

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

1) Puerperium Dini

Puerperium dini merupakan masa kepulihan, yang dalam hal ini ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam, dianggap bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari (Sulistyawati, 2009:12).

b) Puerperium intermedial

Puerperium intermedial merupakan masa pemulihan menyeluruh dari organ-organ ggenetal, kira-kira antara 6-8 minggu (Suherni, 2009:2).

c) Remote Puerperium

Remote puerperium yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat semourna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna mungkin beberapa minggu, bulan, atau tahun (Walyani, 2015:121).

4. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

A. Perubahan Sistem Reproduksi

1) Uterus

Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana TFU-nya (Tinggi Fundus Uteri).

- a) Pada saat bayi lahir, fundus uteri setinggi pusat dengan berat 1000 gram.
- b) Pada akhir kala III, TFU teraba 2 jari dibawah pusat.
- c) Pada 1 minggu post partum, TFU teraba pertengahan pusat simpisis dengan berat 500 gram.
- d) Pada 2 minggu post partum, TFU teraba diatas simpisis dengan berat 350 gram.
- e) Pada 6 minggu post partum, tinggi fundus uteri mengecil (tak teraba) dengan berat 50 gram.

Tabel 2.4
Perubahan Uterus Masa Nifas

Evolusi materi	Tinggi fundus uteri	Berat Uterus	Diameter uterus	Palpasi cervik
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gr	12,5 cm	Lembut/lunak
7 hari (minggu 1)	Pertengahan antara pusat dan symphysis	500 gr	7,5 cm	2 cm
14 hari (minggu 1)	Tidak teraba	350 gr	5 cm	1 cm
6 minggu	Normal	60 gr	2,5 cm	Menyempit

Sumber : Ambarwati (2010:77).

2) Lochea

Lochea adalah eksresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Lochea mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lochea mempunyai bau amis/anyir seperti darah menstruasi, meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Lochea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lochea mempunyai perubahan karena proses involusi.

Proses keluarnya darah nifas atau lochea terdiri atas 4 tahapan :

(a) Lochea Rubra/merah (kruenta)

Lochea ini muncul pada hari ke 1 sampai hari ke 4 masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanungo (rambut bayi) dan mekonium. (Ambarwati, 2010:79).

(b) Lochea Sanguiloenta

Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Berlangsung dari hari ke 4 sampai hari ke 7 postpartum. (Ambarwati, 2010:79).

(c) Lochea Serosa

Lochea ini berwarna kuning kecoklaan karena mengandung serum, leukosit dan robekan/laserasi plasenta. Keluar pada hari ke 7 sampai hari ke 14 postpartum (Sulistyawati, 2009:76).

(d) Lochea Alba / Putih

Mengandung leokosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender serviks dan serabut jaringan yang mati. Lochea alba bisa berlangsung selama 2 sampai 6 minggu postpartum. (Ambarwati dkk, 2010:79).

Tabel 2.5
Perbedaan masing-masing lokia

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

Sumber : (Anggraini, 2010:28).

3) Cervik

Serviks mengalami involusi bersama-sama dengan uterus.

Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi/perluasan kecil. Karena robekan kecil yang terjadi selama dilatasi, serviks tidak pernah

kembali pada keadaan sebelum hamil. (Ambarwati, 2010:79).

Bentuknya seperti corong karena di sebabkan oleh korpus uteri yang mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga pada perbatasan antara korpus uteri dan serviks terbentuk cincin. Muara serviks yang berdilatasi 10 cm pada waktu persalinan, menutup secara bertahap. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga rahim, setelah 2 jam dapat dimasuki 2-3 jari, pada minggu ke 6 postpartum serviks menutup. (Ambarwati, 2010:79)

4) Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6 sampai 8 minggu postpartum. Penurunan hormone ekstrogen pada masa postpartum berperan dalam penyisipan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Rugae akan terlihat kembali pada sekitar minggu ke 4. (Ambarwati, 2010:80)

B. Perubahan Sistem Pencernaan

Seorang wanita dapat merasa lapar dan siap menyantap makanannya dua jam setelah persalinan. Kalsium sangat penting untuk gigi pada kehamilan dan masa nifas, dimana pada masa

ini terjadi penurunan konsentrasi ion kalsium karena meningkatnya kebutuhan kalsium pada ibu, terutama pada bayi yang di kandungnya untuk proses pertumbuhan janin juga pada ibu dalam masa laktasi. Mual dan muntah terjadi akibat produksi saliva meningkat pada kehamilan trimester I, gejala ini terjadi 6 minggu setelah HPHT dan berlangsung kurang lebih 10 minggu juga terjadi pada ibu nifas. Pada ibu nifas terutama yang partus lama dan terlantar mudah terjadi ileus paralitikus, yaitu adanya obstruksi usus akibat tidak adanya peristaltik usus. Penyebabnya adalah penekanan buah dada dalam kehamilan dan partus lama, sehingga membatasi gerak peristaltik usus, serta bisa juga terjadi karena pengaruh psikis takut BAB karena ada luka jahitan perineum. (Saleha, 2009:58)

C. Perubahan Sistem Perkemihan

Pelvis ginjal dan ureter yang teregang dan berdilatasi selama kehamilan kembali normal pada akhir minggu keempat setelah melahirkan. Pemeriksaan sistoskopik segera setelah melahirkan menunjukkan tidak saja edema dan hiperemia dinding kandung kemih, tetapi sering kali terdapat ekstrasvasasi adarh pada submukosa. Kurang lebih 40% wanita nifas mengalami proteinuria yang nonpatologis sejak pasca melahirkan sampai dua hari postpartum agar dapat di kendalikan. Oleh karena itu, contoh specimen diambil melalui katerisasi agar tidak

terkontaminasi dengan lochea nonpatologis. Hal ini dapat diwujudkan hanya bila tidak ada tanda dan gejala infeksi saluran kemih atau preeklamsi. Diuresis yang normal dimulai segera setelah bersalin sampai hari kelima setelah persalinan. Jumlah urine yang keluar dapat melebihi 3.000 ml per harinya. Hal ini diperkirakan merupakan salah satu cara untuk menghilangkan peningkatan cairan ekstraseluler yang merupakan bagian normal dari kehamilan. Selain itu juga di dapatinya adanya keringat yang banyak pada beberapa hari pertama setelah persalinan. Di samping itu, kandung kemih pada puerperium mempunyai kapasitas yang meningkat secara relatif. Oleh karena itu, distensi yang berlebihan, urine residual yang berlebihan, dan pengosongan yang tidak sempurna, harus diwaspadai dengan seksama. Ureter dan pelvis renalis yang mengalami distensi akan kembali normal pada dua sampai delapan minggu setelah persalinan (Saleha, 2009:59).

D. Sistem Muskuloskeletal

Ligamen-ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang sewaktu kehamilan dan persalinan berangsur-angsur kembali seperti sediakala. Tidak jarang ligament rotundum mengendur, sehingga uterus jatuh ke belakang. Fasial jaringan menunjang alat genitalia yang mengendur dapat diatasi dengan latihan-

latihan tertentu. Mobilitas sendi berkurang dan posisi lordosis kembali secara perlahan-lahan. (Saleha, 2009:59).

E. Sistem Endokrin

Selama proses kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem endokrin, terutama pada hormon-hormon yang berperan dalam proses tersebut:

1) Oksitosin

Oksitosin disekresikan dari kelenjar otak bagian belakang. Selama tahap ketiga persalinan, hormone oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin. Hal tersebut membantu uterus kembali ke bentuk normal (Saleha, 2009:60).

2) Prolaktin

Menurunnya kadar estrogen menimbulkan terangsangnya kelenjar pituitary bagian belakang untuk mengeluarkan prolaktin, hormone ini berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu. Pada wanita yang menyusui bayinya, kadar prolaktin tetap tinggi dan pada permulaan ada rangsangan folikel dalam ovarium yang ditekan. Pada wanita yang tidak menyusui bayinya tingkat sirkulasi prolaktin menurun dalam 14-21 hari setelah

persalinan, sehingga merangsang kelenjar bawah depan otak yang mengontrol ovarium ke arah permulaan pola produksi estrogen dan progesteron yang normal, pertumbuhan folikel, ovulasi, dan menstruasi (Saleha, 2009:60).

3) Estrogen dan Progesteron

Selama hamil volume darah normal meningkat walaupun mekanismenya secara penuh belum di mengerti. Di perkirakan bahwa tingkat estrogen yang tinggi memperbesar hormon antidiuretik yang meningkatkan volume darah. Di samping itu, progesterone mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah. Hal ini sangat mempengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum dan vulva, serta vagina. (Saleha, 2009:60)

F. Perubahan Tanda-tanda Vital

Tanda-tanda vital yang harus dikaji pada masa nifas adalah sebagai berikut :

1) Suhu

Suhu tubuh wanita inpartutidak lebih dari 37,2 derajat Celsius. Sesudah partus dapat naik kurang lebih 0,5 derajat Celsius dari keadaan normal, namun tidak akan melebihi 8 derajat Celsius. Setelah dua jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal. Bila sudah

lebih dari 38 derajat Celsius, mungkin terjadi infeksi pada klien. (Saleha, 2009:61).

2) Nadi

Denyut nadi normal orang dewasa adalah 60-80 kali permenit. Denyut nadi setelah melahirkan biasanya akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100 kali permenit adalah abnormal dan hal ini akan menunjukkan adanya kemungkinan infeksi (Sulistyawati, 2009:80).

3) Tekanan Darah

Pada beberapa kasus ditemukan keadaan hipertensi postpartum akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak terdapat penyakit-penyakit lain yang menyertainya dalam ½ bulan tanpa pengobatan (Saleha, 2009:61).

G. Sistem Kardiovaskuler

Cardiac output meningkat selama persalinandan peningkatan lebih lanjut setelah kala III ketika besarnya volume darah dari uterus terjepit di dalam sirkulasi. Penurunan terjadi setelah hari pertama puerperium dan kembali normal pada akhir minggu ketiga (Kumalasari, 2015:159).

5. Perubahan Psikologis Masa Nifas

a. Taking in period

Masa ini terjadi pada 1-2 hari setelah persalinan, ibu masih pasif dan sangat bergantung pada orang lain, focus perhatian terhadap

tubuhnya, ibu lebih mengingat pengalaman melahirkan dan persalinan yang dialami, serta kebutuhan tidur dan nafsu makan meningkat (Saleha, 2009:63). Ketidaknyamanan fisik yang dialami ibu pada fase ini seperti mules, nyeri pada jahitan, kurang tidur dan kelelahan merupakan sesuatu yang tidak dapat dihindari. Hal tersebut membuat ibu perlu istirahat yang cukup untuk mencegah gangguan psikologis yang mungkin dialami, seperti menangis, dan mudah tersinggung. Pada fase ini petugas kesehatan harus menggunakan pendekatan yang empatik agar ibu dapat melewati fase ini dengan baik. Ibu hanya ingin didengarkan dan diperhatikan. Kemampuan mendengarkan dan menyediakan waktu yang cukup merupakan dukungan yang tidak ternilai bagi ibu. Kehadiran suami sangat diperlukan pada fase ini (Walyani, 2015:124).

b. Taking hold period

Berlangsung 3-4 hari postpartum, ibu lebih berkonsentrasi pada kemampuannya dalam menerima tanggung jawab sepenuhnya terhadap perawatan bayi. Pada masa ini ibu menjadi sangat sensitive sehingga membutuhkan bimbingan dan dorongan perawat untuk mengatasi kritikan yang dialami ibu (Saleha, 2009:63). Bagi petugas kesehatan fase ini merupakan kesempatan yang baik untuk memberikan berbagai penyuluhan dan pendidikan kesehatan yang diperlukan ibu nifas. Tugas kita

adalah mengajarkan cara merawat bayi, cara menyusui yang benar, cara merawat luka jahitan, senam nifas, memberikan pendidikan kesehatan yang dibutuhkan ibu seperti gizi, istirahat, kebersihan diri dan lain-lain (Suherni, 2009:85).

c. Letting go period

Periode ini biasanya terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Periode ini sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga. Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi dan ia harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi yang sangat tergantung padanya. Hal ini menyebabkan berkurangnya hak ibu, keterbatasan dan hubungan sosial (Sulistiyawati, 2009).

6. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

- a. Pada masa nifas masalah diet perlu mendapat perhatian yang serius, karena dengan nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat mempengaruhi susunan air susu. Diet yang diberikan harus bermutu, bergizi tinggi, cukup kalori, tinggi protein, dan banyak mengandung cairan.

Ibu yang menyusui harus memenuhi kebutuhan akan gizi sebagai berikut :

- a) Mengonsumsi tambahan 500 kalri tiap hari
- b) Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup.

- c) Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari.
- d) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari pascapersalinan.
- e) Minum kapsul vitamin A 200.000 unit agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI (Saleha, 2009:71).

b. Ambulasi Dini (Early Ambulation)

Ambulasi dini adalah kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing pasien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya untuk berjalan. Menurut penelitian, ambulasi dini tidak mempunyai pengaruh yang buruk, tidak menyebabkan perdarahan yang abnormal, tidak mempengaruhi penyembuhan luka *episiotomy*, dan tidak memperbesar kemungkinan terjadinya *prolaps uteri* atau istirahat.

Adapun keuntungan dari 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 kepada ibu mengenai cara merawat bayinya.
- 4) Lebih sesuai dengan keadaan Indonesia (lebih ekonomis)
- 5) Ambulasi awal dilakukan dengan melakukan gerakan dan jalan-jalan ringan sambil bidan melakukan observasi perkembangan pasien dari jam demi jam sampai hitungan

hari. Kegiatan ini dilakukan secara meningkat secara berangsur-angsur frekuensi dan intensitas aktivitasnya sampai pasien dapat melakukannya sendiri tanpa pendampingan sehingga tujuan memandirikan pasien dapat terpenuhi. (Sulistyawati, 2009:100)

c. Eliminasi : BAK dan BAB

a) BAK

Pengeluaran urine akan meningkat pada 24-48 jam pertama sampai hari ke lima post partum karena volume darah ekstra yang dibutuhkan waktu hamil tidak diperlukan lagi setelah persalinan. Ibu harus berkemih seponan dalam 6-8 jam post partum. Pada ibu yang tidak bisa berkemih motivasi ibu untuk berkemih dengan membasahi bagian vagina atau melakukan kateterisasi (Kumalasari, 2015:162).

b) BAB

Dalam 24 jam pertama, pasien juga sudah harus dapat buang air besar karena semakin lama feses tertahan dalam usus maka akan semakin sulit baginya untuk buang air besar secara lancar. Feses yang tertahan dalam usus semakin lama akan mengeras karena cairan yang terkandung dalam feses akan selalu terserap oleh usus. Bidan harus dapat meyakinkan pasien untuk tidak takut buang air besar karena buang air besar tidak akan menambah parah luka jalan lahir.

Untuk meningkatkan volume feses, anjurkan pasien untuk makan makanan yang berserat dan banyak minum air putih.

(Sulistyawati, 2009:101)

d. Kebersihan Diri

Pada ibu postpartum, seorang ibu sangat 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.

Langkah-langkah yang dapat dilakukan untuk menjaga kebersihan diri ibu postpartum adalah sebagai berikut.

- 1) Anjurkan kebersihan seluruh tubuh, terutama perineum.
- 2) Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah di sekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Nasehati ibu untuk membersihkan daerah vulva setiap kali selesai buang air kecil dan besar.
- 3) Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik dan dikeringkan di bawah matahari dan disetrika.

- 4) Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.
- 5) jika ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah tersebut.

(Saleha, 2009)

e. Istirahat dan Tidur

Hal yang biasa dilakukan pada ibu hamil untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur adalah berikut:

- 1) Anjurkan ibu agar istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.
- 2) Sarankan ibu untuk kembali pada kegiatan-kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan, serta untuk tidur sering atau beristirahat selagi bayi tidur.
- 3) Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal:
 - (a) Mengurangi jumlah asi yang diproduksi.
 - (b) Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan.
 - (c) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri .

(Saifuddin, 2012).

f. Seksual

Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa 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. (Sulistyawati, 2009:103).

g. Pemberian ASI/LAKTASI

- 1) Menyusui bayi segera setelah lahir minimal 30 menit bayi telah disusukan.
- 2) Ajarkan cara menyusui yang benar.
- 3) Memberikan ASI secara penuh 6 bulan tanpa makanan lain (ASI Eksklusif).
- 4) Menyusui tanpa dijadwal, sesuka bayi (*on demand*).
- 5) Diluar menyusui jangan memberikan dot/empeng pada bayi, tapi berikan ASI dengan sendok.
- 6) Penyapihan terhadap meningkatkan frekuensi makanan dan menurunkan frekuensi pemberian ASI.

(Suherni, 2009:118).

h. Latihan / Senam Nifas

Setelah persalinan terjadi involusi pada hampir seluruh organ tubuh wanita. Involusi ini sangat jelas terlihat pada alat-alat

kandungan. Sebagai akibat kehamilan dinding perut menjadi lembek dan lemas disertai adanya striae gravidarum yang membuat keindahan tubuh akan sangat terganggu. Oleh karena itu, mereka akan selalu berusaha untuk memulihkan dan mengencangkan keadaan dinding perut yang sudah tidak indah lagi. Cara untuk mengembalikan bentuk tubuh menjadi indah dan langsing seperti semula adalah dengan melakukan latihan dan senam nifas. Untuk itu beri penjelasan pada ibu tentang beberapa hal berikut ini:

- 1) Diskusikan pentingnya otot-otot perut dan panggul agar kembali normal, karena hal ini akan membuat ibu merasa lebih kuat dan ini juga menjadikan otot perutnya menjadi kuat, sehingga mengurangi rasa sakit pada punggung.
- 2) Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu.
- 3) Dengan tidur terlentang dan lengan di samping, tarik otot perut selagi menarik nafas, tahan nafas dalam, angkat dagu ke dada, tahan mulai hitungan 1 sampai 5. Rileks dan ulangi sebanyak 10 kali. Untuk memperkuat tonus otot jalan lahir dan dasar panggul lakukanlah latihan kegel.
- 4) Berdiri dengan tungkai dirapatkan. Kencangkan otot bokong dan pinggul, tahan sampai 5 hitungan. Relaksasi otot dan ulangi latihan sebanyak 5 kali.

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

(Saleha, 2009:76).

7. Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan masa nifas dilakukan paling sedikit empat kali, kunjungan ini bertujuan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir juga untuk mencegah, mendeteksi, serta menangani masalah-masalah yang terjadi (Saleha, 2009:84).



Tabel 2.6
Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> • Mencegah terjadinya perdarahan pada masa nifas • Mendeteksi dan merawat penyebab dari perdarahan dan member rujukan bila perdarahan berlanju. • Membeikan konseling kepada ibu atau salah satu keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena Antonia uteri. • Membei ASI pada masa awal mejadi ibu. • Mengajarkan cara mempercepat hubungan antara ibu dengan bayi bau lahir. • Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi. Jika bidan enolong persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi stabil.
3	2 minggu setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> • Sama seperti diatas (6 hari setelah persalinan)
4	6 minggu setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> • Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami ibu atau bayinya

Sumber : Saleha, (2009:84).

8. Komplikasi masa nifas

a. Infeksi Nifas

Infeksi masa nifas adalah infeksi bakteri pada *traktus genitalia*, terjadi sesudah melahirkan, ditandai kenaikan suhu sampai 38⁰C atau lebih selama dua hari dalam sepuluh hari pertama pascapersalinan, dengan pengecualian 24 jam pertama (Marliandiani, 2015:101).

b. Komplikasi lain dalam masa nifas

1) Perdarahan pervaginam

Perdarahan lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir. Perdarahan postpartum primer (early postpartum hemorrhage) yang terjadi pada 24 jam pertama. Sedangkan perdarahan postpartum sekunder (late postpartum hemorrhage) yang terjadi setelah 24 jam. Penyebab perdarahan postpartum primer adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta, laserasi jalan lahir dan inversion uteri. Sedangkan penyebab perdarahan postpartum sekunder adalah sub involusi, retensi sisa plasenta, infeksi nifas (Ambarwati, 2010:126).

2) Robekan jalan lahir

Robekan atau laserasi bisa disebabkan oleh robekan spontan atau memang sengaja dilakukan episiotomy, robekan jalan lahir dapat terjadi di tempat seperti robekan serviks,

perluasan pervagina, robekan perineum. Faktor resiko robekan jalan lahir yaitu persalinan pervaginam dengan tindakan, makrosomia janin, tidakan episiotomy. Gejala pada robekan jalan lahir adalah darah segar yang mengalir segera setelah bayi lahir, uterus berkontraksi keras, dan plasenta lengkap. Penyulit robekan jaalan lahir yaitu pucat, lemah dan menggigil (Marliandiani, 2015:99).

3) Sub involusi uteri

Involusi adalah keadaan uterus mengecil oleh kontraksi rahim dimana berat rahim dari 1000 gram saat setelah bersalin, menjadi 40-60 gram 6 minggu kemudian. Pada beberapa keadaan terjadi proses involusi rahim tidak berjalan sebagaimana mestinya, sehingga proses pengecilan terlamabat. Keadaan demikian disebut sub involusi uteri (Ambarwati, 2010:126).

4) Nekrosis hipofisis lobus anterior post partum

Sindroma Sheehan atau nekrosis lobus depan dari hipofisis karena syok akibat perdarahan persalinan. Hipofisis ikut berinvolusi setelah persalinan karena syok akibat perdarahan hebat pada hipofisis terjadilah nekrosis pada pars anterior. Mungkin pula nekrosis ini terjadi karena pembekuan intravaskuler menyebabkan trombosis pada sinusoid

hipofisis. Gejala timbul agalaksia, amenore, dan insufisiensi hormone pars anterior hipofisis (Ambarwati, 2010:128).

9. Perawatan Masa Nifas

a. Kebersihan diri

- 1) Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan kelamin, yaitu terlebih dahulu dari depan kebelakang kemudian daerah anus.
- 2) Menyarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya 2x/hari.
- 3) Menyarankan ibu untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah membersihkan kemaluannya.
- 4) Jika ibu mempunyai luka episiotomi/laserasi, sarankan ibu untuk menghindari daerah luka.

b. Istirahat

- 1) Mengajarkan pada ibu untuk istirahat cukup, bertujuan untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.
- 2) Menyarankan untuk kembali beraktifitas secara perlahan-lahan serta tidur siang atau istirahat selagi bayi tidur.

c. Gizi (Nutrisi)

- 1) Mengajarkan ibu untuk mengkonsumsi tambahan 500 kalori setiap hari.
- 2) Makan dengan diet berimbang cukup protein, mineral dan vitamin.

- 3) Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (anjurkan untuk minum setiap kali menyusui).
- 4) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya 40 hari pasca post partum.

d. Senggama

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri, begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan setengah jari kedalam vagina tanpa rasa nyeri, maka aman untuk memulai hubungan suami istri kapan saja ibu siap.

e. Keluarga Berencana

Idealnya pasangan harus menunggu sekurang-kurangnya 2 tahun sebelum ibu hamil lagi. Setiap pasangan harus menentukan sendiri kapan dan bagaimana mereka ingin merencanakan tentang keluarganya (Manuaba, 2010).

2.1.4 Konsep Bayi Baru Lahir

1. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari. BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan *intrauterine* ke kehidupan *ekstrauterin*) dan toleransi bagi BBL untuk dapat bertahan hidup (Marmi, 2012 : 5).

Bayi baru lahir disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran

serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ektrauterin (Vivian, 3013).

2. Proses Bayi Baru Lahir

a. Periode transisi

Pada saat lahir, bayi baru lahir akan mengalami masa yang paling dinamis dari seluruh siklus kehidupan. Bayi mengalami suatu proses perubahan dikenal sebagai periode transisi yaitu periode yang dimulai ketika bayi keluar dari tubuh ibu harus beradaptasi dari keadaan yang sangat bergantung menjadi mandiri secara fisiologis, selama beberapa minggu untuk sistem organ tertentu. Adaptasi ini merupakan suatu penyesuaian bayi baru lahir dari dalam uterus ke luar uterus, prosesnya disebut periode transisi atau masa transisi. Secara keseluruhan, adaptasi diluar uterus merupakan proses berkesinmbungan yang terjadi pada bayi baru lahir (Setyorini dkk, 2015:28-30).

3. Fisiologis Bayi Baru Lahir

a. Sistem Pernafasan

Berikut adalah tabel mengenai perkembangan sistem pulmonal sesuai dengan usia kehamilan.

Tabel 2.7
Perkembangan Sistem Pulmonal

Usia kehamilan	Perkembangan
24 hari	Bakal paru-paru terbentuk
26-28 hari	Kedua bronkus membesar
6 minggu	Segmen bronkus terbentuk
12 minggu	Lobus terdiferensial
24 minggu	Alveolus terbentuk
28 minggu	Surfaktan terbentuk
34-36 minggu	Struktur paru matang

Sumber : (Dewi, 2011:12).

Ketika struktur matang, ranting paru-paru sudah bisa mengembangkan sistem alveoli. Selama dalam uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta dan setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi. Rangsangan gerakan pernafasan pertama terjadi karena beberapa hal berikut:

- 1) Tekanan mekanik dari torak sewaktu melalui jalan lahir (stimulasi mekanik).
- 2) Penurunan PaO_2 dan peningkatan PaCO_2 merangsang kemoreseptor yang terletak di sinus karotikus (stimulasi kimiawi).
- 3) Rangsangan dingin di daerah muka dan perubahan suhu di dalam uterus (stimulasi sensorik).
- 4) Refleks deflasi Hering Breuer

Pernafasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir. Usaha bayi pertama kali

untuk mempertahankan tekanan alveoli, selain karena adanya surfaktan, juga karena adanya tarikan nafas dan pengeluaran nafas dengan merintih sehingga udara bisa tertahan di dalam. Cara neonatus bernafas dengan cara bernafas diafragmatik dan abdominal, sedangkan untuk frekuensi dan dalamnya bernafas belum teratur. Apabila surfaktan berkurang, maka alveoli akan kolaps dan paru-paru kaku, sehingga terjadi atelektasis. Dalam kondisi seperti ini (anoksia), neonatus masih dapat mempertahankan hidupnya karena adanya kelanjutan metabolisme anaerobic. (Nanny dkk, 2010:12)

b. Peredaran Darah

Pada masa fetus, peredaran darah dimulai dari plasenta melalui vena umbilikal lalu sebagian ke hati dan sebagian lainnya langsung ke serambi kiri jantung, kemudian ke bilik kiri jantung. Dari bilik kiri darah di pompa melalui aorta ke seluruh tubuh, sedangkan yang dari bilik kanan darah di pompa sebagian ke paru sebagian melalui duktus arteriosus ke aorta. Setelah bayi lahir, paru-paru berkembang yang akan mengakibatkan tekanan arteriol dalam paru menurun yang diikuti dengan menurunnya tekanan pada jantung kanan. Kondisi ini menyebabkan tekanan jantung kiri lebih besar dibandingkan dengan tekanan jantung kanan, dan hal

tersebutlah yang membuat foramen ovale secara fungsional menutup. Hal ini terjadi pada jam-jam pertama setelah kelahiran. Oleh karena tekanan dalam paru turun dan tekanan dalam aorta desenden naik dan juga karena rangsangan biokimiawi (PaO_2 yang naik) serta duktus arteriosus yang berobliterasi. Hal ini terjadi pada hari pertama. Aliran darah paru pada hari pertama kehidupan adalah 4-5 liter per menit/ m^2 (Gessner, 1965). Aliran darah sistolik pada hari pertama rendah yaitu 1,96 liter/menit/ m^2 dan bertambah pada hari kedua dan ketiga (3,54 liter/ m^2) karena penutupan duktus arteriosus. Tekanan darah pada waktu lahir di pengaruhi oleh jumlah darah yang melalui transfuse plasenta yang pada jam-jam pertama sedikit menurun, untuk kemudian naik lagi dan menjadi konstan kira-kira 85/40 mmHg (Nanny, 2010:13).

c. Suhu Tubuh

Empat kemungkinan mekanisme yang dapat menyebabkan bayi baru lahir kehilangan panas tubuhnya.

1) Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi (pemindahan panas dari tubuh bayi ke objek lain melalui kontak langsung). Sebagian contoh, konduksi bisa terjadi ketika menimbang bayi tanpa alas timbangan, memegang bayi

saat tangan dingin, dan menggunakan stetoskop dingin untuk memeriksa BBL.

2) Konveksi

Panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang bergantung pada kecepatan dan suhu udara) sebagai contoh, konveksi dapat terjadi ketika membiarkan atau menempatkan BBL dekat jendela, atau membiarkan BBL di ruangan yang terpasang kipas angin.

3) Radiasi

Panas di pancarkan dari BBL keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara 2 objek yang mempunyai suhu berbeda). Sebagai contoh, membiarkan BBL dalam ruangan AC tanpa diberikan pemanas (*radiant warmer*), membiarkan BBL dalam keadaan telanjang, atau menidurkan BBL berdekatan dengan ruangan yang dingin (dekat tembok).

4) Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan yang bergantung pada kecepatan dan kelembabapan udara (perpindahan panas dengan cara mengubah cairan menjadi uap).

(Muslihatun, 2010:12-13).

d. Metabolisme

Luas permukaan tubuh neonatus relative lebih luas dari tubuh orang dewasa, sehingga metabolisme basal per kg berat badan akan lebih besar. Oleh karena itulah, BBL harus menyesuaikan diri dengan lingkungan baru sehingga energy dapat diperoleh dari metabolisme karbohidrat dan lemak. Pada jam-jam pertama kehidupan, energy di dapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua, energy berasal dari pembakaran lemak. Setelah mendapat susu, sekitar dihari keenam energy diperoleh dari lemak dan karbohidrat yang masing-masing sebesar 60 dan 40%. (Muslihatun, 2010:14).

e. Keseimbangan Air dan Fungsi Ginjal

Tubuh BBL mengandung relative banyak air. Kadar natrium juga relative lebih besar dibandingkan dengan kalium karena ruangan ekstraseluler yang luas. Fungsi ginjal belum sempurna karena :

- 1) Jumlah nefron masih belum sebanyak orang dewasa
- 2) Ketidakseimbangan luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal
- 3) *Renal blood flow* relative kurang bila di bandingkan dengan orang dewasa.

(Dewi, 2011:15).

f. **Imunoglobulin**

Bayi baru lahir tidak memiliki sel plasma dan sumsum tulang juga tidak memiliki lamina propia ileum dan apendiks. Plasenta merupakan sawar, sehingga fetus bebas dari antigen dan stress imunologis. Pada BBL hanya terdapat gamaglobulin G, sehingga imunologi dari ibu dapat berpindah melalui plasenta karena berat molekulnya kecil. Akan tetapi, bila ada infeksi yang dapat melalui plasenta (lues, toksoplasma, herpes simpleks, dan lain-lain) reaksi imunologis dapat terjadi dengan pembentukan sel plasma serta antibody gama A, G, dan M (Muslihatun, 2010:15).

g. **Traktus Digestivus**

Traktus digestivus relative lebih berat dan lebih panjang dibandingkan dengan orang dewasa. Pada neonatus, traktus digestivus mengandung zat berwarna hitam kehijauan yang terdiri atas mukopolisakarida atau disebut juga dengan mekonium. Peneluaran mekonium biasanya pada 10 jam pertama kehidupan dan dalam 4 hari setelah kelahiran, biasanya feses sudah terbentuk dan berwarna biasa. Enzim dalam traktus digestivus biasanya sudah terdapat pada neonatus, kecuali enzim amylase pancreas (Dewi, 2011:15).

h. Hati

Segera setelah lahir, hati menunjukkan perubahan kimia dan morfologis yang berupa kenaikan kadar protein dan penurunan kadar lemak serta glikogen. Sel hemopoetik juga mulai berurang, walaupun dalam waktu yang agak lama. Enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir, daya detoksifikasi hati pada neonatus juga belum sempurna, contohnya pemberian obat kloramfenikol dengan dosis lebih dari 50 mg/kgBB/hari dapat menimbulkan *grey baby syndrome*. (Nanny dkk, 2010:15).

i. Keseimbangan Asam Basa

Tingkat kesamaan (PH) darah pada waktu lahir umumnya rendah karena glikolisis anaerobik. Namun, dalam waktu 24 jam, neonatus telah mengompensasi asidosis ini (Dewi, 2011:15)

4. Masalah-masalah Pada Bayi Baru Lahir

a. Asfiksia

Asfiksia neonaturum adalah keadaan dimana bayi tidak dapat segera bernafas secara spontan dan teratur setelah lahir. Hal ini disebabkan oleh hipoksia janin dalam uterus dan hipoksia ini berhubungan dengan factor-faktor yang timbul dalam kehamilan, persalinan, atau segera setelah bayi lahir (Prawirohardjo, 2007).

b. Infeksi

Infeksi pada bayi baru lahir lebih sering ditemukan pada BBLR dan bayi yang dilahirkan dirumah sakit. Setelah lahir, bayi terpapar dengan kuman yang juga berasal dari orang lain dan terhadap kuman dari orang lain, dalam hal ini bayi tidak mempunyai imunitas.

Penanganannya :

- 1) Pertahankan yubuh bayi tetap hangat.
- 2) ASI tetap diberikan
- 3) Diberi injeksi antibiotic berspektrum luas.
- 4) Perwatan sumber infeksi, misalnya pada infeksi tunggal tali pusat (omfalitis) diberi salep yang mengandung neomisin dan basitrasin (Prawirohardjo, 2009).

c. Ikterus

Ikterus adalah perubahan warna kulit yang sering ditemukan pada bayi baru lahir. Macam-macam ikterus menurut Prawirohardjo:2009):

- 1) Ikterus fisiologis

Ikterus yang timbul pada hari kedua dan ketiga, tidak mempunyai dasar patologi, keadaan tidak melampaui potensi menjadi *kern-icterus*, tidak menyebabkan suatu morbiditas pada bayi.

2) Ikterus patologis

Ikterus yang mempunyai asar patologis, kadar bilirubinnya mencapai nilai hiperbilirubinemia.

Penilaian kadar bilirubin, sebaiknya dilakukan secara laboratories, apabila fasilitas tidak memungkinkan dapat dilakukan secara klinis.



Gambar: 2.21

Daerah kulit bayi yang berwarna kuning untuk penerapan rumus Kamer

Sumber : Saifuddin, 2009:382.

Tabel 2.8
Rumus Kramer

Daerah (Lihat gambar)	Luas ikterus	Kadar bilirubin (mg%)
1	Kepala dan leher	5
2	Daerah 1 (+) Badan bagian atas	9
3	Daerah 1.2 (+) Badan bagian bawah dan tungkai	11
4	Daerah 1.2.3 (+) Lengan dan kaki dibawah dengkul	12
5	Daerah 1,2,3,4 (+) Tangan dan kaki	16

Sumber : (Saifuddin, 2009 :383).

Contoh 1 : Kulit bayi kuning di kepala, leher dan badan bagian atas, berarti bilirubin kira-kira 9mg%.

Contoh 2: Kulit bayi kuning seluruh badan sampai kaki dan tangan, berarti jumlah bilirubin $\geq 16\text{mg}\%$.

d. Kejang

Kejang pada bayi baru lahir sering tidak dikenali karena bentuknya berbeda dengan kejang pada anak atau orang dewasa. Manifestasi kejang pada bayi baru lahir dapat berupa tremor, hiperaktif, kejang-kejang, tiba-tiba menangis melengking, tonus otot hilang disertai atau tidak dengan hilangnya kesadaran, gerakan tidak menentu, mata mengedip-

ngedip paroksimal, gerakan seperti mengayuh dan menelan, bahkan apnu. Gerakan kejang berlangsung berulang-ulang dan periodic (Prawirohardjo, 2009).

5. Tanda-tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

- a. Pernafasan sulit atau lebih dari 60 kali / menit, retraksi dada inspirasi
- b. Kulit, bibir biru atau pucat, memar atau sangat kuning (terutama pada 24 jam pertama)
- c. Suhu terlalu panas lebih dari 38°C atau terlalu dingin atau kurang dari 36°C .
- d. Pemberian ASI sulit (hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah)
- e. Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan (pus), bau busuk, berdarah
- f. Mekonium tidak keluar setelah 3 hari pertama setelah kelahiran, urine tidak keluar dalam 24 jam pertama, muntah terus menerus, distensi abdomen, feses hijau/berlendir/darah.
- g. Mata bengkak dan mengeluarkan cairan.
- h. Adanya infeksi yang ditandai dengan suhu tubuh meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (pus), bau busuk, pernafasan sulit.

- i. Bayi menggigil atau menangis tidak seperti biasanya, lemas, mengantuk, lunglai, kejang halus, tidak bisa tenang.
 - j. Menangis terus-menerus.
- (Muslihatun, 2010:46-47).

6. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal

- a. Berat badan 2.500-4.000 gram.
- b. Panjang badan 48-52 cm.
- c. Lingkar dada 30-38 cm.
- d. Lingkar kepala 33-35 cm.
- e. Pernafasan 40-60 kali/menit.
- f. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup.
- g. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- h. Kaku agak panjang dan lemas.
- i. Genetalia

Pada bayi perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora, pada bayi laki-laki testis sudah turun, sekrotum sudah ada.
- j. Reflex isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- k. Reflex moro atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik.

1. Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan (Kumalasari, 2015:210).

Tabel 2.9
APGAR SKOR

Tanda	Nilai : 0	Nilai : 1	Nilai : 2
<i>Appearance</i> (warna kulit)	Pucat/biru seluruh tubuh	Tubuh merah Ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
<i>Pulse</i> (Denyut Jantung)	Tidak ada	<100	>100
<i>Grimace</i> (Reflex)	Tidak bereaksi	Sedikit gerakan	Reaksi melawan, menangis
<i>Activity</i> (Tonus Otot)	Lumpuh	Ekstermitas sedikit fleksi	Gerakan aktif, ekstermitas fleksi dengan baik.
<i>Respiration</i> (Pernapasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis Kuat.

Sumber : (Muslihatun, 2010:29).

Interpretasi :

- 1) Nilai 1-3 asfiksia berat
- 2) Nilai 4-6 asfiksia sedang
- 3) Nilai 7-10 asfiksia ringan (normal).

(Dewi, 2011:3).

7. Pelayanan Kesehatan Neonatus

- a. Kunjungan neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir. Hal yang dilakukan :
 - a) Jaga kehangatan tubuh bayi.
 - b) Berikan ASI eksklusif
 - c) Rawat tali pusat.
- b. Kunjungan neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke-3 sampai dengan hari ke-7 setelah lahir.
 - 1) Jaga kehangatan tubuh bayi.
 - 2) Berikan ASI eksklusif.
 - 3) Cegah infeksi.
 - 4) Rawat tali pusat.
- c. Kunjungan neonatal ke-3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke 8 sampai dengan hari ke-28 setelah lahir.
 - 1) Periksa ada atau tidak tanda bahaya atau gejala sakit.
 - 2) Lakukan :
 - a) Jaga kehangatan tubuh.
 - b) Beri ASI eksklusif
 - c) Rawat tali pusat.

(Walyani, 2014:48).

8. Kebutuhan Dasar Bayi Baru Lahir

a. Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua energy berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6. Kebutuhan energy bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energy sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marmi, 2012:379).

Tabel 2.10
Kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonates

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 lebih 10	150-200 ml	Lebih 120 kal

Sumber : (Saifuddin, 2009:163).

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 ini berwarna hijau kehitaman, lengket serta mengandung

empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel. Sejak hari ketiga hingga ke lima kelahiran, feses mengalami tahap transisi dan menjadi berwarna kuning kecoklatan (Fraser, 2009:711). Urin pertama dikeluarkan dalam 24 jam pertama dan setelahnya dengan frekuensi yang semakin sering seiring meningkatnya asupan cairan. Urin encer, berwarna kuning dan tidak berbau (Fraser, 2009:711).

c. Istirahat dan tidur

Bayi baru lahir tidur 16-18 jam sehari, paling sering blog waktu 45 menit sampai 2 jam. Bayi dapat menangis setidaknya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari (Walsh, 2007:103).

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. Pencucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urin dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah (Walsh, 2007:103).

e. 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, 2006:173). Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari, bergantung pada temperamen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok basah, suhu ekstrim, dan stimulasi berlebihan (Walsh, 2007:104).

f. Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga didapat pola tidur yang lebih baik. Bayi baru lahir waspada dan sadar terhadap lingkungannya saat ia terbangun. Jauh dari pasif, bayi bereaksi terhadap rangsang dan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya (Fraser, 2009:27).

2.1.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana

1. Pengertian

Kontrasepsi berasal dari kata “kontra” berarti mencegah atau melawan, sedangkan “konsepsi” adalah pertemuan antar sel telur (sel wanita) yang matang dan sel sperma (sel pria) yang mengaktifkan kehamilan. Kontrasepsi adalah menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma. (Kumalasari, 2015: 277).

Program Keluarga Berencana (KB) merupakan upaya pemerintah untuk menekan pertumbuhan penduduk dan meningkatkan kesehatan ibu dan anak. Keberhasilan program KB dapat dilihat dari adanya peningkatan peserta KB aktif dan penurunan TFR (*Total Fertility Rate*). (SDKI,2007 dalam Indrawati,2012).

2. Jenis-jenis kontrasepsi

a. Susuk KB/ Implan

1) Pengertian

Kontrasepsi implan adalah sistem Norplant dari implan subdermal levonogestrel yang terdiri atas enam skala kapsul *dimethylsiloxane* yang dibuat dari bahan silastik, masing-masing kapsul berisi 36 mg levonogestrel dalam format kristal dengan masa kerja lima tahun (Kumalasari, 2015:278).



Gambar 2.22

KB Implan

Sumber : Affandi, 2009: 89.

2) Macam-macam KB implant

i. Norplant

Terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm dengan diameter 2,4 mm, yang berisi dengan 36 mg levonorgestrel dan lama kerjanya 5 tahun (Saifuddin, 2006).

ii. Implanon

Terdiri atas dua batang yang diisi dengan 75 levonogestrel dengan lma kerja tiga tahun. (Kumalasari, 2015:279).

iii. Jadena dan indoplant

Terdiri dari 2 batang yang berisi dengan 75 mg levonorgestrel dengan lama kerja 3 tahun (Saifuddin, 2006).

3) Cara Kerja KB Implant

- a) Lendir serviks menjadi kental
- b) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit menjadi implantasi.
- c) Mengurangi transportasi sperma.
- d) Menekan ovulasi (Hidayati R, 2012)

4) Indikasi

- a) Usia reproduksi.
 - b) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang.
 - c) Ibu menyusui.
 - d) Pasca keguguran/abortus.
 - e) Tidak menginginkan anak lagi, tetapi tidak mau menggunakan metode kontrasepsi mantap (vasektomi/tubektomi).
 - f) Wanita dengan kontraindikasi hormone estrogen.
 - g) Sering lupa mengkonsumsi pil
- (Kumalasari2015:280).

5) Kontraindikasi

- a) Hamil/diduga hamil.
- b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas sebabnya.
- c) Kanker payudara atau riwayat kangker payudara.
- d) Tidak dapat menerima perubahan pola menstruasi yang terjadi.

- e) Diabetes melitus.
 - f) Penyakit jantung/darah tinggi.
 - g) Varises (Hidayat R, 2012).
- 6) Keuntungan
- a) Daya guna tinggi.
 - b) Perlindungan jangka panjang (sampai lima tahu).
 - c) Pengembalian kesuburan yang cepat.
 - d) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam.
 - e) Bebas dari prngsrh estrogen.
 - f) Tidak mengganggu kegiatan senggama.
 - g) Tidak mengganggu ASI.
 - h) Pasien hanya kembali ke klinik bila ada keluhan.
 - i) Dapat di cabut setiap saat.
 - j) Mengurangi jumlah darah menstruasi.
 - k) Mengurangi atau memperbaiki anemia.
- 7) Kerugian
- a) Menimbulkan gangguan menstruasi, yaitu tidak mendapat menstruasi dan terjadi perdarahan yang tidak teratur.
 - b) Berat badan bertambah.
 - c) Menimbulkan akne, ketegangan payudara.
 - d) Liang senggama terasa kering (Manuaba, 2010:603).

8) Cara Pemasangan dan Pencabutan Implan

a) Cara Pemasangan

- (1) Siapkan peralatan, susun alat, periksa kelengkapan alat dan tempatkan pada tempat yang mudah dijangkau.
- (2) Beri penjelasan pada klien atas tindakan yang akan dilakukan.
- (3) Minta klien untuk membersihkan lengannya yang akan dipasang implant dengan sabun dan air bersih.
- (4) Posisikan klien.
- (5) Cuci tangan dengan sabun dibawah air mengalir sesuai dengan standart pencegahan infeksi.
- (6) Pakai sarung tangan steril.
- (7) Usap tempat pemasangan implant dengan larutan antiseptic dan pasang duk berlubang yang steril. Usap tempat yang akan dilakukan insisi kearah luar dengan gerakan melingkar, sekitar 8-13 cm dan biarkan kering.
- (8) Buat insisi pada lengan. Buat insisi dangkal selebar 2 mm hanya untuk menembus kulit.
- (9) Tusukkan trokar dan pendorongnya. Masukkan trokar jangan dengan paksaan. Jika terdapat

tahanan, coba dari sudut lainnya (batas masuknya trokar sampai tanda strip ke dua).

- (10) Angkat trokar ke atas. Trokardi angkat ke atas untuk meletakkan kapsul tepat dibawah kulit, sehingga kulit terangkat.
- (11) Tarik pendorong keluar dan masukkan kapsul implant.
- (12) Tahan pendorong dan menarik trokar keluar, raba ujung kapsul dengan jari, untuk memastikan kapsul sudah keluar seluruhnya dari trokar.
- (13) Memutar ujung trokar, pastikan kapsul pertama bebas.
- (14) Fiksasi kapsul pertama dengan jari telunjuk. Geser trokar sekitar 15 derajat untuk memasang kapsul berikutnya. Keluarkan trokar setelah kedua kapsul terpasang.
- (15) Tekan tempat insisi dengan jari selama 1 menit untuk menghentikan perdarahan.
- (16) Cuci tangan dengan sabun dibawah air mengalir.
- (17) Bereskan alat yang telah digunakan, mencuci dan mengembalikan ketempat semula.
- (18) Beritahu klien tentang hasilnya dan beritahu rencana selanjutnya dengan jelas dan lengkap.

(Sulistyawati, 2011).

b) Cara Pencabutan

- (1) Cuci lengan akseptor, lakukan tindakan antiseptis.
- (2) Tentukan lokasi dari impian dengan jari-jari tangan dan dapat diberi tanda dengan tinta atau apa saja.
- (3) Suntikkan anastesi local dibawah implant
- (4) Buat satu insisi 4 mm sedekat mungkin pada ujung-ujung implant pada daerah alas kipas
- (5) Keluarkan implant pertama yang terletak paling dekat dengan insisi atau yang terletak paling dekat dengan permukaan.
- (6) Sampai saat ini dikenal 3 cara pengeluaran /pencabutan norplant.

Cara pop-out :

Merupakan teknik pilihan bila memungkinkan karena tidak traumatis, sekalipun tidak selalu mudah untuk mengeluarkannya. Dorong ujung proksimal “kapsul” kearah distal dengan ibu jari sehingga mendekati lubang insisi sementara jari telunjuk menahan bagian tengah kapsul, sehingga ujung distal kapsul menekan kulit. Bila

perlu, bebaskan jaringan yang menyelubungi ujung kapsul dengan scapel. Tekan dengan lembut ujung kapsul melalui lubang insisi sehingga ujung tersebut akan menyembut/pop out melalui lubang insisi. Kerjakan prosedur yang sama untuk semua kapsul yang tertinggal.

Cara standard:

Bila cara pop-out tidak berhasil atau tidak mungkin dikerjakan, maka dapat dipakai cara standar. Jepit ujung distal kapsul dengan klem masquito, sampai kira kira 0.5-1 cm dari ujung klemnya masuk dibawah kulit melalui lubang insisi. Putar pegangan klem pada posisi 180 disekitar sumbu utamanya mengarah ke bahu akseptor. Bersihkan jaringan-jarinan yang menempel disekeliling klem dan kapsul dengan scapel atau kasa sterril sampai kapsul terlihat jelas. Tangkap ujung kapsul yang sudah terlihat dengan klem crille, lepaskan klem masquito, dan keluarkan kapul dengan klem crille. Cabut atau keluarkan kapsul-kapsul lainnya dengan cara yang sama.

Cara “u”

Teknik ini dikembangkan oleh Dr. Untung Prawirohardjo dari Semarang dibuat insisi memanjang selebar 4 mm, kira-kira 5 mm proksimal dari ujung distal kapsul, diantara kapsul ke 3 dan kapsul 4. Kapsul yang akan dicabut difiksasi dengan meletakkan jari telunjuk tangan kiri sejajar di samping kapsul. Kapsul dipegang kurang lebih 5 mm dari ujung distalnya. Kemudian klem diputar ke arah pangkal lengan atas atau bahu akseptor sehingga kapsul terlihat dibawah lubang insisi dan dapat dibersihkan dari jaringan-jaringan yang menyelubunginya dengan scapel, untuk seterusnya dicabut keluar (Hartanto, 2009).

b. Metode Kontrasepsi Alami (MAL)

1) Pengertian

Metode Amenorea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya ASI hanya diberikan kepada bayinya tanpa makanan atau minuman tambahan hingga usia 6 bulan (Mulyani, 2013:29).

2) Cara Kerja

Konsentrasi prolaktin meningkat sebagai respons terhadap stimulus penghisapan berulang ketika menyusui. Dengan intensitas dan frekuensi yang cukup, kadar prolaktin akan tetap tinggi. Hormon prolaktin yang merangsang produksi ASI juga mengurangi kadar hormone LH yang diperlukan untuk memelihara dan melangsungkan siklus menstruasi. Kadar prolaktin yang tinggi menyebabkan ovarium menjadi kurang sensitive terhadap perangsangan gonadotropin yang memang sudah rendah, dengan akibat timbulnya inaktivasi ovarium, kadar estrogen yang rendah dan an-ovulasi. Bahkan pada saat aktivitas ovarium mulai pulih kembali, kadar prolaktin yang tinggi menyebabkan fase luteal yang singkat dan fertilitas menurun. Jadi, intinya cara kerja amenore laktasi (MAL) ini dengan penundaan atau penekanan ovulasi (Hidayati R, 2012:5).

3) Keuntungan

- a) Efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada 6 bulan pasca persalinan).
- b) Segera efektif.
- c) Tidak mengganggu senggama.
- d) Tidak ada efek samping secara sistemik.
- e) Tidak perlu pengawasan medis.

- f) Tidak perlu obat atau alat.
- g) Tanpa biaya (Hidayati R, 2012:5).

4) Indikasi penggunaan MAL

- a) Ibu yang menyusui secara eksklusif dan bayinya berusia kurang dari usia 6 bulan.
- b) Belum mendapatkan menstruasi setelah melahirkan.
- c) Kita dapat mendorong ibu untuk memilih metode lain dengan tetap menganjurkan untuk melanjutkan ASI (Hidayati R, 2012:7).

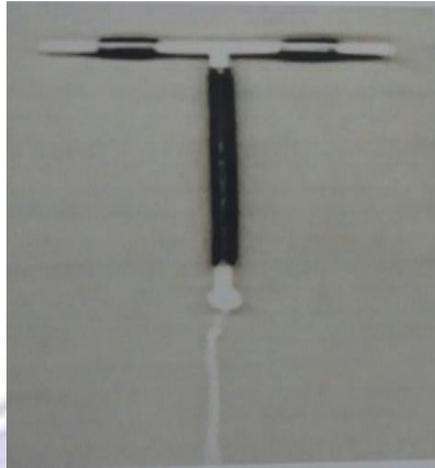
5) Kontraindikasi penggunaan MAL

- a) Sudah dapat menstruasi setelah persalinan.
- b) Tidak menyusui secara eksklusif.
- c) Bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan.
- d) Bekerja dan terpisah dari bayi lebih lama dari 6 jam (Hidayati R, 2012:8).

c. Kontrasepsi Bawah Rahim (AKDR/IUD)

1) Pengertian

AKDR atau IUD adalah suatu benda kecil yang terbuat dari plastic yang lentur, mempunyai lilitan tembaga atau juga mengandung hormone dan dimasukkan kedalam rahim melalui vagina serta mempunyai benang (Handayani, 2010).



Gambar 2.23

KB IUD

Sumber: Wash *et al*, 2012: 128.

2) Jenis-jenis IUD/AKDR

(1) Coppe-T

IUD berbentuk T, terbuat dari bahan polyethelene dimana pada bagian verticalnya diberi lilitan kawat tembaga halus.

(2) Copper-7

Berbentuk angka 7 dengan maksud untuk memudahkan pemasangan.

(3) Multi load

Terbuat dari plastik dengan dua tangan kiri dan kanan berbentuk sayap yang fleksibel.

(4) Lippes loop

Berbentuk dari bahan polyethelene, bentuknya seperti spiral atau huruf S bersambung.

3) Cara Kerja KB IUD/AKDR

- a) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi.
- b) Mempengaruhi fertilisasi sebelum mencapai kavum uteri.
- c) IUD bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun IUD membuat sperma sulit masuk kedalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi sperma untuk fertilisasi.

4) Efektifitas

IUD sangat efektif (92-92%) dan tidak perlu diingatkan setiap hari seperti halnya pil. Tipe multiload dapat dipakai selama sampai 4 tahun, nova T dan copper T 200 (Cut-T 200) dapat di pakai 3-5 tahun, cut T 380 dapat untuk 8 tahun, kegagalan rata-rata 0.8 kehamilan per 100 pemakai wanita pada tahun pertama pemakaian.

5) Indikasi

- a) Usia reproduksi.
- b) Keadaan nulipara.

- c) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang.
 - d) Perempuan menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi.
 - e) Setelah melahirkan dan tidak menyusui.
 - f) Setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi.
 - g) Resiko rendah dari IMS.
 - h) Tidak menghendaki metoda hormonal.
 - i) Tidak menyukai mengingat-ingat seperti minum pil.
 - j) Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari senggama.
 - k) Perokok.
 - l) Gemuk ataupun kurus.
 - m) Pemasangan dapat dilakukan bidan dan dokter yang telah dilatih secara khusus (Hidayati, 2012).
- 6) Kontraindikasi
- a) Sedang hamil (diketahui hamil atau kemungkinan hamil).
 - b) Perdarahan vagina yang tidak diketahui.
 - c) Sedang menderita infeksi alat genitalia (vaginitis, servicitis).

- d) Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus.
 - e) Kelainan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi cavum uteri
 - f) Penyakit trofoblas yang ganas.
 - g) Diketahui menderita TBC pelvic.
 - h) Kanker alat genital.
 - i) Ukuran rongga rahim kurang dari 5cm (Sifuddin, 2013).
- 7) Keuntungan
- a) Efektif dengan segera.
 - b) Tidak ada interaksi obat.
 - c) Reversible dan sangat efektif.
 - d) Tidak terkait dengan koitus (Hidayati, 2012).
- 8) Kerugian
- a) Mengalami keterlambatan datang bulan, yang disertai tanda kehamilan, mual pusing, muntah-muntah.
 - b) Terjadi perdarahan lebih banyak, dari haid biasanya.
 - c) Sakit, misalnya di perut pada saat melakukan senggama.
- 9) Efek samping dan komplikasi
- a) Efek samping umum terjadi:

Perubahan siklus haid, haid lebih lama dan banyak, perdarahan antar menstruasi dan saat haid lebih sakit.

b) Komplikasi

Merasa sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan, perdarahan berat pada waktu haid atau diantaranya yang memungkinkan penyebab anemia, perforasi dinding uterus (sangat jarang jika pemasangan benar) (sukarni dkk,2013:370-375).

10) Cara Pemasangan AKDR / IUD

a) Konseling Awal

- (1) Sapa klien
- (2) Beri informasi umum KB
- (3) Informasi mengenai KB
- (4) Jelaskan apa yang diperoleh

b) Konseling Metode Khusus

- (5) Jamin kerahasiaan klien
- (6) Kumpulan data klien
- (7) Tanya tujuan KB
- (8) Tanya agama
- (9) Kebutuhan dan Kekhawatiran
- (10) Bantu klien memilih KB
- (11) Jelaskan efek samping IUD

c) Konseling Pra Pemasangan dan Konseling

- (12) Solusi klien anamnesa
- (13) Melakukan pemeriksaan fisik dan panggul
- d) Pemeriksaan Perut – Inspekulo – Bimanual
 - (14) BAK – Cuci Kemaluan
 - (15) Pakai pelindung – Cuci Tangan
 - (16) Bantu klien naik tempat tidur
 - (17) Palpasi perut
 - (18) Kenakan penutup
 - (19) Atur cahaya lampu
 - (20) Pakai sarung tangan
 - (21) Atur alat
 - (22) Inspeksi Alat Genetalia Eksterna
 - (23) Palpasi Klenjar skene bartholini
 - (24) Pasang speculum
 - (25) Inspekuloid
 - (26) Keluarkan speculum
 - (27) Periksa bimanual
 - (28) Periksa vagina
 - (29) Celup sarung tangan
- e) Tindakan Pra Pemasangan
 - (30) Jelaskan proses pemasangan
 - (31) Masukkan lengan IUD

f) Tindakan Pemasangan

- (32) Pakai sarung tangan
- (33) Pasang speculum
- (34) Usap serviks vagina
- (35) Jepit serviks
- (36) Masukkan sonde
- (37) Ukur uterus keluarkan sonde
- (38) Ukur sonde dikemas IUD
- (39) Keluarkan IUD dari kemasan
- (40) Masukkan IUD posisi horizontal (Tarik Lembut Tanukulum)
- (41) Tahan / pegang tenakulum
- (42) Lakukan "WITHDRAWEL"
- (43) Keluarkan pendorong, dorong tabung ke partio sampai batang biru
- (44) Keluarkan tabung dan buang ke tempat sampah
- (45) Keluarkan tabung 3-4 cm, gunting benang
- (46) Lepas tenakulum
- (47) Tekan partio 30-60⁰
- (48) Keluarkan speculum, pasien istirahat 15 menit

g) Tindakan pasca pemasangan

- (49) Rendam alat dekontaminasi
- (50) Buang bahan / sampah

(51) Celup sarung tangan

(52) Cuci tangan

(53) Lepas pelindung

(54) Ajari klien

h) Konseling pasca pemasangan

(55) Ada efek samping- control

(56) Kapan harus control

(57) IUD dalam 5-8 tahun

(58) Boleh control setiap ada keluhan

(59) Minta klien untuk ulangi penjelasan

(60) Dokumentasi

11) Pencabutan AKDR (IUD)

a) Tindakan Pra Pencabutan

(1) Pastikan klien sudah mengkosongkan kandung kencingnya dan mencuci kemaluannya menggunakan sabun.

(2) Bantu klien ke meja pemeriksaan.

(3) Cuci tangan dengan air sabun, keringkan dengan air bersih.

(4) Pakai sarung tangan baru yang telah di DTT.

(5) Atur peralatan dan bahan-bahan yang akan dipakai dalam wadah steril atau DTT.

b) Tindakan Pencabutan

- (1) Lakukan pemeriksaan bimanual :
- (2) Pastikan gerakan serviks bebas
- (3) Tentukan besar dan posisi uterus
- (4) Pastikan tidak ada infeksi atau tumor pada adneska.
- (5) Pasang speculum vagina untuk melihat serviks.
- (6) Usap vagina dan serviks dengan larutan antiseptik 2 sampai 3 kali.
- (7) Jepit benang yang dekat dengan klem.
- (8) Tarik keluar benang dengan mantap tetapi hati-hati untuk mengeluarkan AKDR.
- (9) Tunjukkan AKDR tersebut tersebut pada klien, kemudian rendam dalam larutan klorin 0,5%.
- (10) Keluarkan speculum dengan hati-hati.

d) Tindakan Pasca Pencabutan

- (1) Rendam semua peralatan yang sudah dipakai dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit untuk dekontaminasi.
- (2) Buang bahan-bahan yang sudah tidak terpakai lagi (kas, sarung tangan sekali pakai) ke tempat yang sudah disediakan.
- (3) Celupkan kedua tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%,

kemudian lepaskan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin tersebut.

(4) Cuci tangan dengan air dan sabun.

(5) Amati selama 5 menit sebelum memperbolehkan klien pulang.

(6) Diskusikan apa yang harus dilakukan bila klien mengalami masalah (seperti perdarahan yang lama atau rasa nyeri pada perut / panggul).

(7) Buat rekam medik tentang pencabutan AKDR (Tahir, dkk. 2015:8-9).

d. Kontrasepsi Pil

1) Pengertian

Pil kontrasepsi mencakup pil kombinasi yang berisi hormone esterogen dan progesterone yang biasa di sebut dengan pil, sedangkan yang hanya berisi progestin disebut dengan "mini pil" (Hidayati, 2012).



Gambar 2.24
KB PIL

Sumber : Hartanto, 2010: 104

2) Cara Kerja

a) Menekan ovulasi

Pencegahan ovulasi disebabkan gangguan pada sekresi luteinizing hormone (LH) oleh kelenjar hipofise, sehingga tidak terjadi puncak mid-siklus (pada keadaan normal terjadi puncak sekresi LH di pertengahan siklus dan ini menyebabkan pelepasan ovum dari folikelnya).

b) Mencegah implantasi

Mini pil terdapat mengganggu perkembangan siklus endometrium dan berada dalam fase yang salah atau menunjukkan ketidakteraturan atau atrofis, sehingga endometrium tidak dapat menerima ovum yang telah di buahi.

c) Mengentalkan lendir serviks

Progestin mencegah penipisan lendir serviks pada pertengahan siklus, sehingga lendir serviks, tetap kental dan sedikit, tidak memungkinkan spermatozoa untuk penetrasi.

d) Mengubah motilitas tuba

Transpor ovum melalui saluran tuba mungkin di percepat, sehingga mengurangi kemungkinan terjadinya fertilisasi (Hidayati, 2012).

3) Kerugian

- a) Perlu di minum secara teratur, secara cermat dan konsisten.
- b) Tidak ada perlindungan terhadap penyakit menular seksual (PMS) dan HIV.
- c) Peningkatan resiko gangguan sirkulasi, seperti hipertensi, penyakit arteri dan tromboembolisme.
- d) Peningkatan resiko adenoma hati, ikterus kolestasik, batu ginjal.
- e) Efek pada kanker payudara.
- f) Tidak cocok untuk perokok diatas usia 35 tahun (Hidayati, 2012).

4) Keuntungan

- a) Tidak mempengaruhi ASI.
- b) Kesuburan cepat terjadi.
- c) Nyaman dan mudah digunakan.
- d) Sedikit efek samping.
- e) Tidak mengandung estrogen (Irianto, 2014).

5) Indikasi

- a) Usia reproduksi, baik bagi yang telah memiliki anak atau belum memiliki anak.
- b) Pasca persalinan dan menyusui.
- c) Pasca keguguran.

- d) Hipertensi ($< 180/110$ mmhg) atau memiliki masalah dengan pembekuan darah.
 - e) Tidak boleh menggunakan estrogen (Hidayati, 2012).
- 6) Kontraindikasi
- a) kehamilan/diduga hamil.
 - b) Riwayat kanker payudara.
 - c) Sering lupa menggunakan pil.
 - d) Miom uterus.
 - e) Riwayat stroke (Affandi, 2010).
- 7) Cara pemakaian
- a) minum pil pertama pada hari 1-5 siklus menstruasi.
 - b) Minum pil setiap haru pada saat yang sama.
 - c) Bila menyusui antara 6 minggu dan 6 bulan pasca persalinan dan tidak menstruasi, mini pil dapat di minum setiap saat. Mini pil dapat di berikan setelah pasca keguguran.
 - d) Bila lupa 1 atau 2 pil, minum segera pil yang terlupakan dan gunakan metode pelindung sampai akhir bulan.
 - e) Walau belum menstruasi, mulailah paket baru sehari setelah paket terakhir habis (Hidayati, 2012).

e. Suntik progestin

1) Pengertian

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



Gambar 2.25
KB Suntik 3 bulan
Sumber : Mulyani, 2013: 93.

2) Cara kerja

- a) Menghalangi terjadinya ovulasi dengan jalan menekan pembentukan relase factor dan hipotalamus.
- b) Leher serviks bertambah kental, sehingga menghambat penetrasi sperma melalui serviks uteri.
- c) Menghambat implantasi ovum dalam endometrium (Mulyani, 2013:93).

3) Keuntungan

- a) Tidak terpengaruh pada hubungan seksual.
- b) Pencegahan kehamilan jangka panjang.
- c) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah.
- d) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI.
- e) Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul.
- f) Menurunkan krisis anemia bulan sabit (*sickle cell*).

(Affandi, 2011:44).

4) Keterbatasan

Sering ditemukan gangguan haid, seperti:

- a) Siklus haid yang memanjang atau memendek.
- b) Perdarahan yang banyak atau sedikit.
- c) Perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak (*spotting*).
- d) Tidak haid sama sekali.
- e) Harus kembali untuk suntikan.
- f) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya.
- g) Permasalahan berat badan merupakan efek tersering.

- h) Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian (karena belum habisnya pelepasan obat suntikan dari depo).
- i) Penggunaan jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang (densitas).
- j) Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, sakit kepala, jerawat (Affandi, 2011:44).

5) Indikasi

- a) Nulipara dan yang telah memiliki anak.
- b) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang.
- c) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai.
- d) Setelah abortus atau keguguran.
- e) Perokok.
- f) Hipertensi dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit.
- g) Anemia defisiensi besi.
- h) Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi.

(Saifuddin, 2005:346).

6) Kontraindikasi

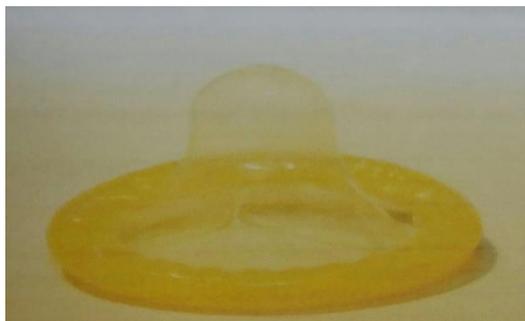
- a) Hamil atau dicurigai hamil (resiko cacat pada janin 7 per 100.000 kelahiran).

- b) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenorea.
- c) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
- d) Diabetes mellitus disertai komplikasi (Affandi, 2011:45).

f. Kondom

1) Pengertian

Menurut Affandi (2010:17) kondom merupakan selubung/sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastic (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat hubungan seksual. Kondom terbuat dari karet sintesis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muarannya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu. Berbagai bahan telah ditambahkan pada kondom baik untuk meningkatkan efektivitasnya (misalnya penambahan spermisida) maupun sebagai aksesoris aktivitas seksual.



Gambar 2.26
KB Kondom

Sumber : Affandi, 2009:18.

2) Tipe kondom

- a) Kondom biasa.
- b) Kondom berkontur (bergerigi).
- c) Kondom beraroma.
- d) Kondom tidak beraroma.

(Saifuddin, 2013:17).

3) Cara kerja

- a) Menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma diujung slubung karet yang dipasang dipenis.
- b) Mencegah penularan mikroorganisme (IMS dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan yang lain (Dewi, 2011:62).

4) Keterbatasan

- a) Cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi.

- b) Agak mengganggu hubungan seksual (mengurangi sentuhan langsung).
- c) Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual.
- d) Pembuangan kondom bekas mungkin menimbulkan masalah dalam hal limbah (Walsh, 2007:233).

5) Indikasi

- a) Ingin segera mendapatkan kontrasepsi.
- b) Ingin kontrasepsi tambahan.
- c) Pria yang ingin berpartisipasi dalam program KB.
- d) Pria yang mempunyai riwayat penyakit genetalia.
- e) Sensitivitas penis terhadap secret vagina.
- f) Ejakulasi premature (Saifuddin, 2013:19).

6) Kontraindikasi

- a) Menginginkan kontrasepsi jangka panjang.
- b) Alergi terhadap bahan dasar kondom.
- c) Pria mempunyai pasangan yang beresiko tinggi apabila terjadi kehamilan.
- d) Tidak mau terganggu dengan berbagai persiapan untuk melakukan hubungan seksual (Saifuddin, 2013:19).

g. Coitus Interuptus (Senggama terputus)

1) Pengertian

Senggama terputus adalah mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi (Saifuddin, 2013:15).

2) Cara kerja

Alat kelamin (penis) dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina sehingga tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum, dan kehamilan dapat dicegah (Saifuddin, 2013:15).

3) Manfaat

- a) Efektif bila dilakukan dengan benar
- b) Tidak mengganggu produksi ASI
- c) Dapat digunakan sebagai pendukung metode KB lainnya
- d) Tidak ada efek samping
- e) Dapat digunakan setiap waktu
- f) Tidak membutuhkan biaya

(Saifuddin, 2013:15).

4) Keterbatasan

Kenikmatan seksual berkurang bagi suami istri, sehingga mempengaruhi kehidupan perkawinan (Hartanto, 2015:58).

5) Efektifitas

- a) Adanya cairan pra-ejakulasi (yang sebelumnya sudah tersimpan dalam kelenjar prostat, uretra, kelenjar cowper) yang dapat keluar setiap saat, dan setiap tetes dapat mengandung berjuta-juta spermatozoa.
- b) Kurangnya control diri pria, yang pada metode ini justru sangat penting (Hartanto, 2015:58).

6) Indikasi

- a) Suami yang erpartisipasi aktif dalam keluarga berencana.
- b) Pasangan yang taat beragama atau mempunyai alasan filosofi untuk tidak memakai metode-metode lain.
- c) Pasangan yang memerlukan kontrasepsi dengan segera.
- d) Pasangan yang memerlukan metode sementara, sambil metode yang lain.
- e) Pasangan yang membutuhkan metode pendukung.
- f) Pasangan yang melaakukan hubungan seksual tidak teratur.

(Saifuddin, 2013:16).

7) Kontraindikasi

Suami yang sulit melakukan senggama terputus, suami yang memiliki kelainan fisik atau psikologis, istri yang

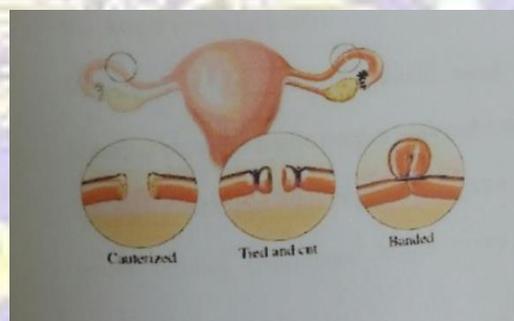
mempunyai pasangan yang sulit bekerjasama, pasangan yang tidak bersedia melakukan senggama terputus, Ejakulasi premature pada pria (Hartanto, 2015:58).

h. Kontrasepsi mantap

1) Tubektomi (pada perempuan)

(1) Pengertian

Tubektomi adalah boleh sukarela untuk menghentikan fertilisasi (Kesuburan) seorang perempuan secara permanen. Mekanisme kerja tubektomi dengan mengoklusi tuba falopii (mengikat dan memotong atau memasang cincin) sehingga tidak dapat bertemu ovum (Saifuddin, 2006:90-92).



Gambar 2.27
Tubektomi

Sumber: Wash *et al*, 2012:165-166.

(2) Mekanisme kerja

Dengan mengoklusi tuba falopi (mengikat dan memotong/ memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum (Affandi, 2010).

(3) Keuntungan

- (1) Tekniknya mudah, sehingga dapat dilakukan oleh dokter umum.
- (2) Peralatan dan perlengkapan bedah sederhana.
- (3) Dapat dilakukan pada pasca persalinan, pasca keguguran dan masa interval.
- (4) Kegagalan sangat rendah dan keberhasilan hampir 100%.
- (5) Waktu pembedahan singkat dan biaya relative murah.

(Suratun dkk, 2009:91-98).

e) Keterbatasan

- (1) Rasa sakit atau ketidaknyaman dalam jangka pendek setelah tindakan.
- (2) Dapat menyesal dikemudian hari.
- (3) Tidak dapat melindungi diri dari penyakit menular (Hani, 2008:90).

f) Indikasi

- (1) Usia lebih dari 26 tahun.
- (2) Paritas lebih dari 2 anak.
- (3) Yakin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai dengan kehendaknya.

- (4) Pada kehamilan akan menimbulkan resiko kesehatan yang serius.
- (5) Pasca persalinan.
- (6) Pasca keguguran.
- (7) Paham dan suka rela setuju dengan prosedur ini
(Wiknjosastro, 2006:241).

g) Kontraindikasi

- (1) Hamil
- (2) Infeksi sistemik atau pelvic yang akut (hingga masalah itu disembuhkan atau dkontrol).
- (3) Tidak boleh menjalani proses pembedahan.
- (4) Kurang pasti keinginannya untuk fertilisasi di masa depan.
- (5) Belum memberikan persetujuan tertulis.
(Sulistyawati, 2009:432).



2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.2.1 Konsep dasar asuhan kebidanan pada Kehamilan

1. Pengkajian

a. Data Subyektif

1) Biodata

a) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak kliru dalam memberikan penanganan. (Ambarwati, 2010 : 89).

b) Umur

Dalam kurun reproduksi sehat dikenal usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia dibawah 20 tahun ternyata 2-5 kali lebih tinggi dari pada kematian maternal yang terjadi pada usia 20-29 tahun. Kematian maternal meningkat kembali setelah usia 30-35 tahun (Winknjosastro, 2006 : 23).

c) Pendidikan

Penelitian menunjukkan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin baik pula pengetahuannya tentang sesuatu. Pada ibu hamil dengan pendidikan rendah, kadang ketika tidak mendapatkan cukup informasi mengenai kesehatannya maka ia tidak

tahu mengenai bagaimana cara melakukan perawatan kehamilan yang baik. (Romauli, 2011: 124).

d) Pekerjaan

Mengetahui pekerjaan klien adalah penting untuk mengetahui apakah klien berada dalam keadaan utuh dan untuk mengkaji potensi kelahiran, premature dan pajanan terhadap bahaya lingkungan kerja, yang dapat merusak janin (Walyani, 2015 : 119).

e) Penghasilan

Tingkat social ekonomi terbukti sangat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan fisik dan psikologis ibu hamil. Pada ibu hamil dengan tingkat sosial yang baik otomatis akan mendapatkan kesejahteraan fisik dan psikologis yang baik pula. Status gizi pun akan meningkatkan karena gizi yang didapatkan berkualitas, selain itu ibu tidak akan terbebani secara psikologis mengenai biaya persalinan dan pemenuhan kebutuhan sehari-hari setelah bayinya lahir (Marmi, 2011 : 106).

f) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Ambarwati, 2010 : 90).

2) Keluhan utama

Menurut Varney (2007 : 538-543), untuk mengetahui yang mendorong pasien datang ke petugas. Pada ibu hamil trimester III keluhan-keluhan yang sering dijumpai yaitu:

a) Nokturia

Terjadi peningkatan Frekuensi berkemih. Aliran balik vena dari ekstermitas difasilitasi saat wanita sedang berbaring pada posisi lateral rekumben karena uterus tidak lagi menekan pembuluh darah panggul dan vena cava inferior.

b) Varises

Varises disebabkan oleh gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada panggul saat wanita duduk atau berdiri dan penekanan pada vena kava inferior saat ia berbaring. Pakaian yang ketat juga menghambat aliran vena balik dari ekstermitas bagian bawah, atau posisi berbaring yang lama memperberat masalah tersebut. Relaksasi dinding vena dan katup serta otot polos sekeliling karena induksi juga turut menyebabkan timbulnya varises. Varises yang terjadi selama kehamilan paling menonjol pada area kaki atau vulva.

c) Hemoroid

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

d) Edema Dependen

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

e) Kram tungkai

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

f) Sesak nafas

Uterus telah mengalami pembesaran hingga terjadi penekanan 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 terjadi perubahan yang disebabkan karena berat uterus yang semakin membesar.

h) Kecemasan menghadapi Persalinan

Sejumlah kecemasan muncul pada trimester ketiga. Wanita akan merasakan kecemasan berlebihan dengan kehidupannya dan bayinya, seperti apakah nanti bayinya akan abnormal, terkait dengan persalinan (nyeri, kehilangan kendali, dan hal yang tidak diketahui), apakah ia mampu bersalin dengan 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) Riwayat Kesehatan

a) Penyakit jantung

Kehamilan dikontraindikasikan untuk penyakit jantung tertentu dan pada kondisi ini keputusan tentang apakah

kehamilan dapat dipertahankan atau tidak sebaiknya dibuat berdasarkan saran spesialis perinatologi dan jantung (Manuaba, 2010:333)

b) Anemia

Bahaya anemia Selama kehamilan yaitu terjadi abortus, persalinan premature, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah terjadi infeksi ancaman dekomposisi kordis ($Hb < 6 \text{ gr\%}$), mola hidatidosa, hiperemesis gravidarum, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini (Manuaba, 2010:240)

c) Sifilis

Penyebab penyakit ini adalah *Treponema pallidum* yang dapat menembus plasenta setelah usai kehamilan 16 minggu. Pengaruh terhadap kehamilan dapat dalam bentuk persalinan prematuritas atau kematian dalam rahim dan infeksi bayi dalam bentuk konginetal (Manuaba, 2010:338)

d) Asma

Selama kehamilan, gejala asma mungkin memburuk karena ruang paru tertekan janin yang berkembang. Wanita dengan asma sedang sampai berat sebaiknya dirujuk pada seorang dokter untuk dievaluasi (Varney, 2007:135).

e) TORCH

Semua infeksi TORCH meliputi komponen toksoplasmosis, sitomegalovirus, herpes simpleks dan rubella dapat menimbulkan abortus, persalinan premature, pertumbuhan janin terhambat (Manuaba, 2010:340)

f) HIV/AIDS

Kehamilan dapat memperberat kondisi klinis wanita dengan infeksi HIV/AIDS. Transmisi vertical merupakan penyebab tersering infeksi HIV pada bayi dan anak-anak. Transmisi AIDS dari ibu kepada janin dapat terjadi intrauterine (95-10%), saat persalinan (10-20%), pasca persalinan (5-20%). Kelainan dapat terjadi pada janin adalah berat badan bayi rendah, bayi lahir mati, dan abortus spontan (Saifuddin, 2011:933)

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Informasi tentang keluarga pasien penting untuk mengidentifikasi wanita yang beresiko menderita penyakit genetic yang dapat mempengaruhi hasil akhir kehamilan atau beresiko memiliki bayi yang menderita penyakit genetic (Romauli, 2011:167).

5) Riwayat Kebidanan

a) Menstruasi

Menurut Marmi (2011:157), gambaran riwayat menstruasi klien yang akurat biasanya membantu penetapan tanggal perkiraan kelahiran. Dengan menggunakan rumus Neagele $h+7 \quad b-3 \quad th+1$ untuk siklus 28 hari. Informasi tambahan tentang siklus menstruasi yang harus diperoleh mencakup frekuensi haid dan lama perdarahan. Jika menstruasi lebih pendek atau lebih panjang dari normal, kemungkinan wanita tersebut telah hamil saat terjadi perdarahan, dan tentang haid meliputi menarche, banyaknya darah, haid teratur atau tidak, siklusnya, lamanya haid sifat darah (cair atau beku-bekuan, warnanya, baunya) serta nyeri haid atau tidak dan kapan haid terakhir.

b) Riwayat kehamilan yang lalu

Informasi esensial tentang kehamilan terdahulu mencakup bulan dan tahun kehamilan tersebut berakhir, usia gestasi saat kehamilan berakhir ataupun komplikasi-komplikasi yang menyertai kehamilan (Marmi, 2011:158)

c) Riwayat persalinan yang lalu

Informasi esensial tentang persalinan terdahulu mencakup tipe persalinan apakah spontan, forsep, ekstraksi vakum, atau boleh sesar, lama persalinan, penology persalinan,

atrem atau premature, berat lahir, jenis kelamin, serta komplikasi-komplikasi yang menyertai (Marmi, 2011:158)

d) Riwayat nifas yang lalu

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38⁰C. Bila terjadi peningkatan terus menerus selama 2 hari, kemungkinan terjadi infeksi (Manuaba, 2010:201)

e) Kehamilan sekarang

Menurut saifuddin (2006:60) jadwal pemeriksaan hamil dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan yaitu satu kali dalam trimester pertama, satu kali pada trimester kedua, dua kali pada trimester ketiga. Pelayanan asuhan kehamilan standart minimal 7T yaitu: Timbang, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, pemberian minimal TT lengkap (5x TT yaitu TT₅), pemberian tablet zat besi minimum 90 tablet selama kehamilan, tes terhadap penyakit menular seksual, dan temu wicara dalam persiapan rujukan.

6) Riwayat Kontrasepsi

Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi *Estimated Date of Delivery (EDD)* dan karena penggunaan metode lain dapat membantu “menggali kehamilan”. Riwayat penggunaan IUD terdahulu meningkatkan resiko kehamilan ektopik, dan tanyakan kepada klien lamanya

pemakaian alat kontrasepsi dan jenis kontrasepsi yang digunakan (Marmi, 2011:158).

7) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

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

(1) Kalori

Jumlah kalori yang dibutuhkan ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2.500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas dan hal ini merupakan factor predisposisi untuk terjadinya preeklamsia. Jumlah pertambahan 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 tersebut dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewani (ikan, ayam, keju, susu, telur). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran premature, anemia dan oedema.

(3) Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama

bagi pengembangan otak dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, keju, yogurt, dan kalsium bikarbonat. Defisiensi kalsium dapat menyebabkan riketsia pada bayi atau osteomalasia pada ibu.

b) Eliminasi

(1) Buang Air Kecil (BAK)

Peningkatan frekuensi berkemih pada TM III paling sering dialami oleh wanita primigravida setelah *lightening*. *Lightening* menyebabkan bagian presentasi (terendah) janin akan menurun masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih (Marmi, 2011:134).

(2) Buang Air Besar (BAB)

Konstipasi diduga akibat penurunan pristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan hormon progesterone. Konstipasi juga dapat terjadi sebagai akibat dari efek samping penggunaan zat besi, hal ini akan memperberat masalah pada wanita hamil (Marmi, 2011:137).

c) Istirahat dan tidur

Secara anatomi, ligamen sendi putar tdpat meningkatkan pelebaran/ pembesaran rahim pada ruang abdomen. Nyeri

pada ligament ini terjadi karena pelebaran dan tekanan pada ligament karena adanya pembesaran rahim. Istirahat dengan posisi duduk lazim dipilih ibu hamil. Paha harus tertopang kursi, kaki dalam posisi datar di lantai. Bila perlu kaki sedikit ditinggikan di atas bangku kecil (Romauli, 2011:154).

d) Aktivitas

Senam hamil bertujuan mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dimanfaatkan untuk berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Senam hamil dimulai pada usia kehamilan sekitar 24-28 minggu. Beberapa aktivitas yang dapat dianggap sebagai senam hamil yaitu jalan-jalan saat hamil terutama pagi hari (Manuaba, 2012:132).

e) Personal Hygiene

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya 2x sehari karena ibu hamil cenderung mengeluarkan banyak keringat. Kebersihan mulut dan gigi perlu mendapat perhatian karena sering kali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium (Romauli, 2011:138). Kebersihan yang perlu diperhatikan selama kehamilan meliputi:

- (1) Pakaian yang dikenakan ibu hamil harus nyaman, mudah menyerap keringat, mudah dicuci, tanpa sabuk

atau pita yang menekan dibagian perut/ pergelangan tangan leher, Desain BH harus disesuaikan agar menyangga payudara agar mengurangi rasa tidak nyaman karena pembesaran payudara.

(2) Memakai sepatu dengan hak lebih rendah (Romauli, 201:138).

(3) Pemeliharaan payudara

Pada kehamilan 12 minggu, dari puting susu dapat mengeluarkan kolustrum yang berasal dari asinus yang mulai bersekresi. Pada trimester III, pertumbuhan kelenjar *mammae* membuat ukuran payudara semakin meningkat. Sejak kehamilan 32 minggu sampai anak lahir, kromosom yang keluar lebih kental. Berwarna kuning, dan banyak mengandung lemak. Pemakaian bra dengan ukuran yang terlalu ketat dan menggunakan busa akan mengganggu penyerapan kringat payudara (Marmi, 2011:128).

(4) Kebersihan genetalia

Yang harus diperhatikan adalah celana dalam harus kering, jangan menggunakan obat atau menyemprot ke dalam vagina, sesudah BAK dan BAB dilap dengan lap khusus (Marmi, 2011:132).

f) Riwayat seksual

Pada trimester III libido ibu menurun sehingga jarang melakukan hubungan seksual (Romauli, 2011). Pada kehamilan tua sekitar 14 hari menjelang persalinan hubungan seksual perlu dihindari karena dapat membahayakan keinginan seksual ibu hamil trimester III sudah berkurang karena berat perut yang semakin membesar dan tekniknya pun sudah sulit dilakukan. Posisi diatur untuk menyesuaikan pembesaran perut (Marmi, 2011:201).

g) Riwayat ketergantungan

(1) Merokok

Ibu hamil yang merokok menyebabkan bayi kekurangan oksigen dan racun yang dihisap melalui rokok bisa ditransfer melalui plasenta ke dalam tubuh bayi, Kandungan nikotin di dalam rokok dapat meningkatkan tekanan darah, frekuensi jantung, peningkatan epinefrin dan CO₂ (meningkatkan resiko kasus terjadinya abortus spontan, plasenta abnormal, preeklamsia, BBLR) (Marmi, 2011:112).

(2) Obat terlarang

Mengidentifikasi penggunaan obat pada masa hamil sangat penting, paling tidak untuk membantu wanita

yang ingin merokok, mengidentifikasi bayi dan janin beresiko, dan mengidentifikasi wanita beresiko terinfeksi HIV (Marmi, 2011:156-156).

(3) 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).

h) Latar Belakang Sosial Budaya

Hal penting yang biasanya berkaitan dengan masa hamil yaitu menu untuk ibu hamil, misalnya ibu hamil harus pantang terhadap makanan yang berasal dari daging, ikan, telur, dan gorengan-gorengan karena kepercayaan akan menyebabkan kelainan pada janin. Adat ini sangat merugikan pasien dan janin karena hal tersebut akan membuat pertumbuhan janin tidak optimal dan pemulihan kesehatannya akan lambat. Dengan banyaknya jenis makanan yang harus ia pantangi, maka akan mengurangi nafsu makannya, sehingga asupan makanan malah jadi semakin berkurang, produksi ASI juga akan berkurang karena volume ASI dipengaruhi oleh asupan nutrisi dengan

kualitas dan kuantitas yang cukup (Romauli, 2011:169-170).

i) Psikososial dan Spiritual Ibu Hamil Trimester III

Trimester ketiga sering disebut priode penantian dengan penuh kewaspadaan. Ibu hamil tidak sabar menantikan kelahiran bayi, berjaga-jaga dan menunggu tanda gejala persalinan, merasa cemas dengan kehidupan bayi dan diri 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

Setelah data subyektif kita dapatkan, untuk melengkapi data kita dalam menegakkan diagnosis, maka kita harus melakukan pengkajian data obyektif melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi yang dilakukan berurutan.

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

Untuk mengetahui data ini kita cukup dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan kita laporkan dengan criteria 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 dimasukkan dalam criteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respons yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan sendiri.

(Sulistyawati A, 2011:174-175).

(3) Kesadaran

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

b) Tanda-tanda Vital

(1) Tekanan Darah

Tekanan darah dalam batas normal, yaitu 100/70-130/90 mmHg (Romauli, 2011:136). Wanita yang

tekanan darahnya sedikit meningkat diawal pertengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika waita nulipara dengan sistolik ≥ 120 mmHg, ia beresiko, mengalami preeklamsia (Marmi, 2011:99).

(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 eksoftalmia dan hiperrefleksia yang menyertai (Marmi, 2011:163).

(3) Suhu

Suhu sedikit meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan.Dianggap normal adalah peningkatan suhu yang tidak lebih dari $0,5-1^{\circ}$ C yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan. Peningkatan suhu sedikit adalah normal. Namun apabila persalinan berlangsung lebih lama, peningkatan suhu dapat mengindikasikan dehidrasi dan parameter lain harus dicek. Pada kasus ketuban pecah dini, peningkatan sushu dapat mengindikasikan infeksi dan tidak dapat dianggap normal pada kondisi ini (Varney, 2007:217).

(4) Pernafasan

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

c) Antropometri

(1) Tinggi Badan

Tinggi badan kurang dari rata-rata merupakan faktor resiko bagi ibu hamil/ibu bersalin, jika tinggi badan kurang dari 145 cm kemungkinan sang ibu memiliki panggul sempit. Tujuan pemeriksaan tinggi badan adalah untuk mengetahui tinggi badan ibu sehingga bisa mendeteksi faktor resiko. Faktor resiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan tinggi badan adalah keadaan rongga panggul. Sering dijumpai pada ibu yang pendek, rongga panggulnya sempit. Ada juga ibu hamil yang pendek tapi rongga panggulnya normal (Mandriawati, 2008:39).

(2) Berat Badan

Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5 sampai 15 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar 0,5 kg/ minggu (Manuaba, 2012:117). Sedangkan menurut Saifuddin (2010) rekomendasi penambahan berat badan selama kehamilan berdasarkan indeks massa tubuh yaitu dapat dilihat dalam tabel 2.3:

Tabel 2.11
Rekomendasi Penambahan Berat Badan Berdasarkan
Indeks Masa Tubuh

Kategori	IMT	Rekomendasi
Rendah	$\leq 19,8$	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, 2010:180).

(3) Lingkar Lengan Atas (LILA)

Pada bagian kiri lila kurang dari 23,5 cm merupakan indikator kuat untuk status gizi ibu yang kurang atau buruk, sehingga ia beresiko untuk melahirkan BBLR.

Dengan demikian bila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan, petugas dapat memotivasi ibu agar lebih memperhatikan kesehatannya serta jumlah dan kualitas makannya (Romauli, 2011:173).

2) Pemeriksaan Fisik

a. Kepala

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

b. Muka

Tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, tidak sembab, bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romauli,

2011:174). Oedema wajah, kaki dan tangan merupakan salah satu gejala preeklamsia (Manuaba, 2010:261).

c. Mata

Bengkak atau tidak (apabila kelopak mata sudah bengkak kemungkinan terjadi pre eklamsi berat), conjungtiva merah muda atau pucat, sclera putih/kuning (Beaty, 2012: 122).

d. Mulut

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah, maka perlu perawatan mulut agar selalu bersih (Romauli, 2011:174).Adanya *caries* atau keropos yang menandakan ibu kekurangan kalsium. Saat hamil sering terjadi *caries* yang berkaitan dengan *emesis* atau *hiperemesis gravidarum*, hal lain yang sering terjadi pada wanita hamil yaitu *gingivitis* (Saifuddin, 2010:287).

e. Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tiroid,, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011:174).

f. Payudara

Adanya hiperpigmentasi areola, putting susu bersih dan menonjol. Pada kehamilan setelah 12 minggu, dari outing

susu dapat mengeluarkan kolustrum. Kolustrum ini berasal dari asinus yang mulai bersekresi (Romauli, 2011:177).

g. Abdomen

Bentuk, bekas luka operasi, terdapat linea nigra, striae livida dan terdapat pembesaran abdomen (Romauli, 2011:174).

h. Genetalia

Pada pemeriksaan genetalia dilakukan dengan mencari adanya lesi, eritema, perubahan warna, pembengkakan, ekskoriasi, dan memar. Pemeriksaan menyelueuh biasanya dilakukan dengan memisah labia mayora, dari minora dan dengan perlahan menarik ujung klitoris (Marmi, 2014:170).

i. Anus

Ibu hamil sangat rentan menderita hemoroid karena meningkatkan kadar hormone yang melemahkan dinding vena dibagian anus. Banyak ibu hamil yang menderita hemoroid setelah 6 bulan usia kehamilan karena adanya peningkatan tekanan vena diarea panggul. Hemoroid dibagian 4 yaitu:

Drajat 2 : Benjolan kecil, masuk sendiri dengan ibu disuruh seperti menahan BAB

Drajat 2 : Benjolan besar, kita masukkan dan tidak keluar

Drajat 3: Benjolan besar, tidak bisa masuk sendiri, apabila dimasukkan keluar lagi.

Drajat 4 : Benjolan besar, disertai darah (Saifuddin, 2010:94).

j. Ekstermitas

Pada ibu hamil trimester III sering terjadi edema dependen, yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstermitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas kapiler, tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvic ketika duduk atau pada vena cava inferior ketika berbaring. Jika edema muncul pada muka, tangan dan kaki disertai protein urin serta hipertensi perlu diwaspadai adanya preeklamsia (Marmi, 2011). Edema dapat mengidentifikasi penyakit kardiovaskuler. Varises dapat meningkatkan resiko flebitis dalam kehamilan (Walsh, 2012:208).

3) Pemeriksaan khusus

a) Palpasi

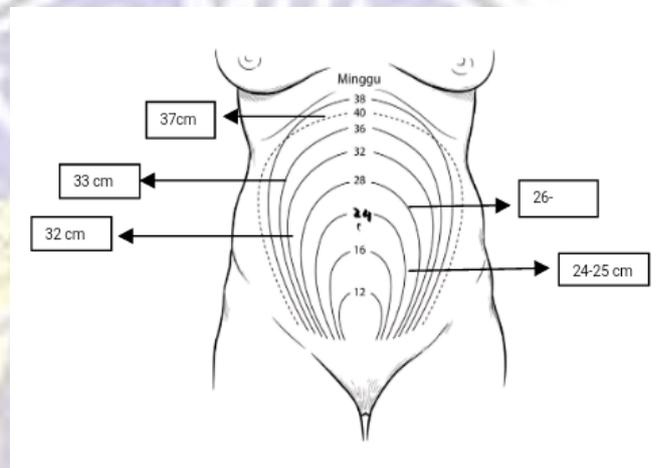
Pemeriksaan yang dilakukan dengan cara meraba dengan tujuan untuk mengetahui adanya kelainan mengetahui perkembangan janin (Romauli, 2011:175).

(1) Leopold I

Menurut Marmi (2011:167) langkah-langkah pemeriksaan leopold I yaitu:

- (a) Kaki penderita ditengukkan pada lutut dan lipatan paha.

- (b) Pemeriksa berdiri disebalah kanan penderita dan melihat kearah muka penderita.
- (c) Rahim dibawa ketengah.
- (d) Tinggi fudus uteri ditentukan TFU berdasarkan Leopold pada trimester III dapat dicermati pada tabel di bawah ini.



Gambar 2.28

Tinggi Fundus Uteri sesuai dengan usia kehamilan

Sumber : Marmi, 2014:72.

Tabel 2.12

TFU berdasarkan Leopold pada Trimester III

Usia Kehamilan	TFU
28 Minggu	1/3 diatas pusat
34 Minggu	1/2 pusat-prosesus xifoidius
36 Minggu	Setinggi prosesus xifoidius
40 Minggu	2 jari (4 cm) dibawah prosesus xifoidius

Sumber : Manuaba, 2010:100.

(e) Tentukan bagian apa dari bayi yang terdapat pada fundus

Sifat kepala ialah keras, bundar dan melenting. Sifat bokong lunak, kurang bundar dan kurang melenting. Pada letak lintang fundus uterus kosong. Pemeriksaan tuannya kehamilan dari tinggi fundus uteri. Menurut Manuaba (2010:118), Variasi Knebel digunakan untuk menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan lain berada di atas simpisis.

(2) Leopold II

Menurut Marmi (2011:167-168) langkah-langkah pemeriksaan Leopold II yaitu:

- (a) Kedua tangan pindah kesamping.
- (b) Tentukan dimana punggung anak. Punggung anak terdapat di pihak yang memberikan rintangan yang terbesar, carilah bagian-bagian terkecil yang biasanya teretak bertentangan dengan pihak yang memberi rintangan terbesar.

(c) Kadang-kadang disamping terdapat kepala atau bokong ialah letak lintang.

(3) Leopold III

Menurut Marmi (2011:168) langkah-langkah pemeriksaan Leopold III yaitu :

- (a) Dipergunakan satu tangan saja.
- (b) Bagian bawah ditentukan antara ibu jari dan jari lainnya.
- (c) Cobalah apakah bagian bawah masih dapat digoyangkan

Leopold III untuk menentukan apa yang terdapat dibagian bawah dan apakah bagian bawah anak ini sudah atau belum terpegang oleh pintu atas panggul (PAP).

(4) Leopold IV

Menurut Marmi (2011:168) langkah-langkah pemeriksaan Leopold IV :

- (a) Pemeriksa mengubah sikapnya menjadi kearah kaki penderita.
- (b) Dengan kedua tangan di tentukan apa yang menjadi bagian bawah.

(c) Ditentukan apakah bagian bawah sudah masuk kedalam PAP dan berapa masuknya bagian bawah kedalam rongga panggul.

(d) Jika kita rapatkan kedua tangan pada permukaan bagian terbawah dari bagian kepala yang masih teraba dari luar.

b) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Tabel 2.13

Perkiraan usia kehamilan dalam minggu dan TFU dalam cm

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus	
	Dalam cm	Menggunakan petunjuk-petunjuk badan
12 minggu	-	Teraba diatas simfisis publis
16 minggu	-	Di tengah, antara simfisis pubis dan umblikus
20 minggu	20 cm (± 2 cm)	Pada umbilicus
22-27 minggu	Usia Kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
28 minggu	28cm (± 2 cm)	Di tengah, antara umlikus dan prosessus sifoideus
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm(± 2 cm)	-
36 minggu	36 cm (± 2 cm)	Pada prosessus sifoideus

Sumber. Saifuddin,2014, halaman 93

c) Tafsiran Berat Janin (TBJ)

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

$$TBJ = (TFU \text{ dalam cm} - n) \times 155 = \dots \text{ gram}$$

n : posisi kepala masih di atas spina ischiadika atau

bawah. Bila di atas (-12) dan bila di bawah (-11) .

(Jannah, 2012:85).

Tabel 2.14
Tafsiran berat janin berdasarkan usia kehamilan

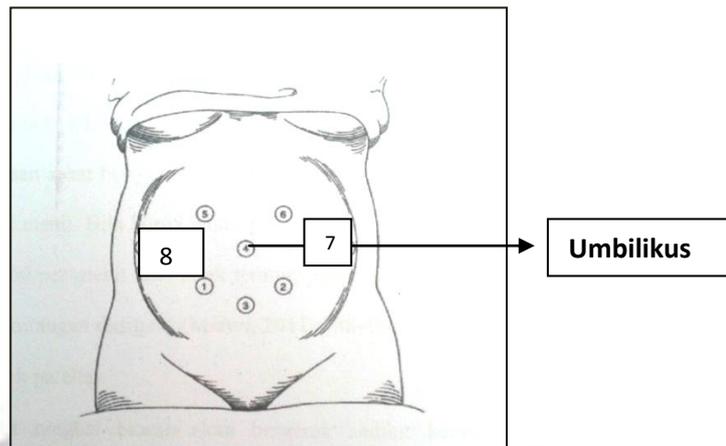
Usia Kehamilan	Berat Badan (gram)
7	1000
8	1800
9	2500
10	3000

Sumber : Manuaba, 2010: 134-135.

d) Auskultasi

Jumlah denyut jantung janin normal antara 120-140 denyut per menit. Bila bunyi jantung kurang dari 120 per menit atau lebih dari 160 per menit atau tidak teratur, maka janin dalam keadaan asfiksia (kekurangan oksigen) (Marmi, 2011:189). Denyut jantung janin dihitung dengan menghitung 5 detik pertama, interval 5 detik dilanjutkan untuk menghitung 5 detik kedua, interval 5 detik dilanjutkan untuk menghitung 5 detik ketiga. Jumlah perhitungan selama 3 kali 5 detik dikalikan 4, sehingga denyut jantung janin selama satu menit dapat ditetapkan (Manuaba, 2010:116).

Letak Punctum Maksimum setelah minggu ke-26 gestasi dapat dilihat pada gambar: 2.29:.



Gambar2.29
Letak Puctum Maksimum
Sumber : Wheeler, 2007:145.

Keterangan :

Gambar ini untuk mencari letak DJJ, posisi umbilicus berada dipertengahan angka 3 dan 4. Posisi 1 dan 2 mula-mula dengarkan dipertengahan kuadran bawah abdomen. Posisi 3 jika DJJ tidak ditemukan, dengarkan dipertengahan garis imajinir 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 dipertengahan kuadran atas abdomen. 7 dan 8 jika belum ditemukan, dengarkan 4 inci dari umbilikus, mendekati panggul.

4) Perkusi reflek patella

Tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon diketuk. Bila gerakannya berlebihan dan cepat maka hal ini mungkin merupakan tanda preeklamsia. Reflek lutut negative

kemungkinan pasien mengalami kekurangan B1 (Romauli, 2011:186).

5) Pemeriksaan panggul

Menurut Marmi (2014: 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.

Pemeriksaan panggul dibagi menjadi 2, yaitu:

a) Pemeriksaan panggul luar

- (1) Distansia spinarum, jarak antara spina iliaca anterior superior kiri dan kanan (normalnya \pm 23-26 cm).
- (2) Distansia cristarum, jarak antara crista iliaca kanan dan kiri (normalnya \pm 26-29 cm).
- (3) Conjugata eksterna (baudeloque), jarak antara pinggir atas sympisis dan ujung processus spinosus ruang tulang lumbal ke-V (normalnya \pm 18-20 cm).
- (4) Ukuran lingkaran panggul, dari pinggir atas sympisis ke pertengahan antara spina iliaca anterior superior dan trochanter major sepihak dan kembali melalui tempat-tempat yang sama dipihak yang lain (normalnya 80-90 cm (Marmi, 2014)).

b) Pemeriksaan panggul dalam

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

6) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan darah

(1) Hemoglobin

Nilai batas normal untuk anemia pada perempuan hamil di trimester pertama dan ketiga yaitu tidak kurang 11,0 g/dl, sedangkan di trimester kedua tidak kurang 10,5 g/dl (Saifiddin, 2011:775).

Tabel 2.15
Hasil pemeriksaan kadar haemoglobin

Kadar Hb	Kriteria
11 gr%	Tidak anemia
9-10 gr%	Anemia ringan
7-8 gr%	Anemia sedang
≤ 7 gr%	Anemia berat

Sumber : Manuaba, 2010:248.

b) Pemeriksaan urin

Protein urin : Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui adanya protein dalam urine, menunjukkan ibu mengalami preeklamsia (Fatma, 2014:57-58).

c) Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan (Romauli, 2011:148).

7) Pemeriksaan penunjang lain

a) Pemeriksaan USG

Beberapa indikasi pemeriksaan USG pada kehamilan trimester III antara lain penentuan usia kehamilan, evaluasi pertumbuhan janin, terduga kematian janin, terduga kelainan volume cairan, evaluasi kesejahteraan janin, KPD atau persalinan aterm, penentuan presentasi janin, membantu tindakan versi luar, terduga inkompetensi serviks, terduga plasenta previa, terduga solusio plasenta, terdapat nyeri pelvik atau nyeri abdomen, evaluasi kelainan kongenital, terduga adanya tumor pelvic atau kelainan uterus (Romauli, 2011:186).

2. Diagnosa Dari hasil pemeriksaan harus dapat diketahui tentang bagaimana keadaan kesehatan umum ibu, apakah primigravida atau multigravida, atau bagaimana keadaan jalan lahir, apakah benar hamil, berapa usia kehamilan saat ini, apakah janin hidup, apakah janin

tunggal, bagaimana letak janin, apakah intrauterine, serta penggolongan ibu hamil dan kemungkinan jalannya persalinan (Manuaba, 2010:278).

3. Intervensi

Diagnosa : G...P...A...P...I...A..H usia kehamilan....minggu, janin hidup, tunggal untrauteri, panggul normal, dan keadaan umum baik.

Tujuan adalah:

1. Ibu dapat mengetahui kesehatan diri dan bayinya, kehamilan dapat berlangsung normal dan dapat lahir pervaginam
2. Ibu merasa puas akan pelayanan yang diberikan oleh petugas

Kriteria adalah:

1) Kesejahteraan ibu

- (1) Keadaan umum ibu baik
- (2) Kesadaran komposmentis
- (3) TTV ibu dalam batas normal
 - a. Tekanan darah : 110/70-130/90 mmHg
 - b. Nadi : 68-90x/menit
 - c. Suhu : 36,5-37,5⁰C
 - d. Pernafasan : 16-20x/menit

- e. Berat badan : 12,5-17,5 kg untuk wanita dengan berat badan normal selama hamil (IMT 19,8-26). Kenaikan berat badan per minggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg (Saifuddin, 2009:257).

f. TFU sesuai dengan usia kehamilan yaitu untuk usia kehamilan 28 minggu TFU 3 jari diatas pusat, 32 minggu TFU pertengahan pusat-prosesus xiphioideus, 36 minggu TFU 3 jari dibawah prosesus xiphioideus, dan 40 minggu TFU pertengahan pusat-prosesus xiphioideus (PX).

g. Pemeriksaan laboratorium

- 1) Hb \geq 11 gr%
- 2) Protein urine negatife
- 3) Reduksi urine negative

Intervensi menurut Varney (2007:538):

- 1) Jelaskan pada ibu hasil pemeriksaan.

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

- 2) Jelaskan tentang ketidakyamana 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 ia menerima asuhan yang sesuai dan tepat waktu.

- 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 control ulang sesuai jadwal atau sewaktu-waktu bila ada keluhan.

R/Memantau keadaan ibu dan janin, serta mendeteksi dini terjadinya komplikasi.

Kemungkinan masalah yang terjadi

- a. Masalah 1: 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:

- 1) Jelaskan penyebab terjadinya sering kencing.

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

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

R/Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih.

- 3) Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK.

R/Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

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

R/Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari (Varney, 2007:539).

b. Masalah 2 : Konstipasi sehubungan dengan peningkatan progesterone.

Tujuan : Tidak terjadi konstipasi

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

Intervensi menurut Varney (2007:541):

- 1) Anjurkan ibu untuk membiasakan pola BAB teratur.

R/Berperan besar dalam menentukan waktu defekasi, tidak mengukur dapat menghindari pembekuan feses.

- 2) Anjurkan ibu untuk meningkatkan intake cairan, serat dalam diet.

R/Makanan tinggi serat dapat menjadikan feses tidak terlalu keras, padat.

- 3) Anjurkan ibu minum panas/dingin (terutama ketika perut kosong.

R/Dengan minum panas/dingin dapat merangsang BAB.

- 4) Anjurkan ibu untuk 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.

c. Masalah 3 : Edema Dependen

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

Kriteria : Setelah tidur/istirahat edema berkurang

Intervensi :

- 1) 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.

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

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

- 3) Anjurkan pada ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama.

R/ Meringankan penekanan pada vena dalam panggul.

- 4) Anjurkan pada ibu menghindari pakaian yang ketat.

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

- 5) Anjurkan pada ibu untuk menggunakan penyokong atau korset.

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

(Varney, 2007: 540).

- 6) Anjurkan ibu untuk mengikuti senam hamil.

R/ Senam pada ibu hamil terdaat banyak manfaat salah satunya melancarkan sirkulasi peredaran darah terutama pada ekstermitas bawah (Marmi, 2014:540).

d. Masalah 4 : 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 menurut Bandiyah (2009:109):

1) Jelaskan penyebab kram kaki.

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

2) Anjurkan ibu untuk senam hamil secara teratur.

R/Senam hamil memperlancar peredaran darah, suplai O₂ ke jaringan sel terpenuhi.

3) Anjurkan ibu untuk menghangatkan kaki dan betis dengan massage.

R/Sirkulasi darah ke jaringan lancar.

4) Minta ibu untuk tidak berdiri lama.

R/Mengurangi penekanan yang lama pada kaki sehingga aliran darah lancar.

5) Anjurkan ibu untuk menghindari aktivitas berat dan cukup istirahat.

R/Otot-otot bisa relaksasi sehingga kram berkurang.

6) Anjurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor.

R/Konsumsi kalsium dan fosfor baik untuk kesehatan tulang (Varney, 2007:540).

e. Masalah 5 : Sesak nafas

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan keadaanya dan kebutuhan O₂ ibu terpenuhi.

Kriteria :

- 1) Frekuensi pernafasan 16-24 x/menit
- 2) Ibu menggunakan pernafasan perut

Intervensi Menurut Saifuddin (2008:70) :

- 1) Jelaskan pada ibu penyebab sesak nafas.

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

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

R/Menghindari penekanan diafragma.

- 3) Anjurkan ibu senam hamil teratur.

R/Merelaksasi otot-otot.

- 4) Anjurkan ibu menghindari kerja keras.

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

- 5) Anjurkan ibu berdiri merengangkan lengannya diatas kepala.

R/ Peregangan tulang meringankan penarikan nafas.

f. Masalah 6 : Varises

Tujuan : Tidak terjadi varises atau varises tidak bertambah parah.

Kriteria : Tidak terdapat varises

Intervensi Menurut Bandiyah (2009:70-73):

- 1) Hindari mengenakan pakaian ketat.

R/Pakaian ketat dapat menghambat aliran balik vena.

- 2) Kenaikan kaos kaki penyokong.

R/Penggunaan kaos kaki penyokong dapat meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan resiko terjadinya varises.

- 3) Hindari berdiri lama dan tidak menyilang saat duduk.

R/Meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan terjadinya resiko varises.

- 4) Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur.

R/Latihan ringan dan berjalan secara teratur dapat memfasilitasi peningkatan sirkulasi.

- 5) Kenakan penyokong abdomen maternal atau korset.

R/Penggunaan korset dapat mengurangi tekanan pada vena panggul.

- g. Masalah 7 : Pusing sehubungan dengan ketegangan otot, stres, perubahan postur tubuh, kelelahan.

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya sehingga tidak cemas.

Kriteria :

- 1) Pusing berkurang
- 2) Kesadaran composmentis
- 3) Tidak jatuh/hilang keseimbangan

Intervensi menurut Sunarti (2013:98-100) :

- 1) Jelaskan pada ibu penyebab pusing.

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

- 2) Ajarkan ibu cara bangun perlahan dari posisi istirahat.

R/Agar ibu tidak terjatuh saat bangun dari tidur.

- 3) Anjurkan ibu untuk tidak berdiri terlalu lama dilingkungan panas dan sesak.

R/Kekurangan O₂ karena lingkungan sesak dapat menyebabkan pusing.

- 4) Jelaskan pada ibu untuk menghindari posisi terlentang.

R/Sirkulasi O₂ ke otak lancar.

4. Implementasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif,

efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya *promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif*.

Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan KH :

- a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
- b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*Inform consent*).
- c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*.
- d. Melibatkan klien/pasien.
- e. Menjaga *privacy* klien/pasien.
- f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
- g. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
- h. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- i. Melakukan tindakan sesuai standar.
- j. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

5. 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:

- a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- b. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan /keluarga.
- c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
- d. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

6. Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria:

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia.
- b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
 - S : Adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa
 - O : Adalah data Objektif, mencatat hasil pemeriksaan
 - A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah

P : Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komperhensif ,

penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/ *follow up* dan rujukan.

Langkah implementasi, evaluasi, dan dokumentasi di atas dilakukan untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, asuhan kebidanan pada bersalin, asuhan kebidanan pada masa nifas, asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, dan asuhan kebidanan pada keluarga berencana.

2.2.2 Konsep dasar asuhan kebidanan pada persalinan

1. Pengkajian

a. Data Subyektif

1) Biodata

a) Nama

Untuk menetapkan identitas pasti pasien karena mungkin memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomor telepon yang berbeda (Manuaba, 2012:171).

b) Usia/tanggal lahir

Usia dibawah 16 tahun atau diatas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia diatas 35 tahun meningkatkan insiden preeklamsia. Usia diatas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes tipe II (yang menyebabkan peningkatan insiden diabetes kehamilan juga diagnosis tipe II): hipertensi kronis yang menyebabkan peningkatan insiden

preeklamsia. Persalinan yang lama pada nulipara, seksio sesarea, kelahiran preterm, IUGR, anomaly kromosom dan kematian janin (Varney *et al*, 2007:691).

c) Agama

Data ini ditanyakan untuk menentukan apakah ibu dalam persalinan beresiko karena usia atau tidak.

d) Pendidikan terakhir

Sebagai dasar bidan untuk menentukan metode yang paling tepat dalam menyampaikan informasi mengenai teknik melahirkan bayi.

(e) Pekerjaan

Data ini menggambarkan tingkat sosial ekonomi, pola sosial budaya, dan data pendukung dalam menentukan pola komunikasi yang akan dipilih selama asuhan.

(f) Alamat

Selain sebagai data mengenai distribusi lokasi pasien, data ini juga member gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalinan.

2) Keluhan utama

Biasanya ibu yang akan bersalin datang dengan keluhan pinggang terasa sakit menjalar ke depan, mengeluarkan lendir dan darah, mengeluarkan cairan (air ketuban) (Sulistyawati, 2010).

Gejala utama pada kala II menurut Manuaba (2010:173) adalah:

- a) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik.
- b) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- c) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya pleksus frankenhauser.

3) Riwayat menstruasi

Pada riwayat menstruasi hal yang perlu dikaji adalah umur menarche, siklus, lamanya, banyaknya darah, dan adanya disminorea. 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 premature. Kaji pula kapan bayi lahir (menurut kaksiran ibu) dan taksiran persalinan (Rohani, 2011:32).

4) Riwayat kehamilan sekarang

Menurut Saifuddin (2014:769) jadwal pemeriksaan hamil yaitu, kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan yaitu satu kali pada trimester pertamaa, satu kali pada trimester kedua, dan dua kali pada trimester ketiga. Pelayanan auhan kehamilan standart minimal 7T yaitu timbang, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, pemberian imunisasi

TT lengkap (5x TT yaitu TT₅), pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan, tes terhadap penyakit menular seksual, dan temu wicara dalam rangka persiapan rujukan. Lama kala I primigravida 12 jam, multigravida 8 jam. Pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Lama kaala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit. Kala III untuk primigravida 30 menit dan multigravida 15 menit. Lama kala IV 2 jam (Manuaba, 2012:323).

5) Riwayat persalinan

- a) Jarak antara dua kelahiran
- b) Tempat melahirkan
- c) Cara melahirkan (spontan, vakum, forsep, atau operasi)
- d) Masalah atau gangguan yang timbul pada saat hamil dan melahirkan seperti perdarahan, letak sungsang, preeklamsia, eklamsia, dan lain-lain
- e) Kapan ibu mulai merasakan nyeri/kontraksi, berapa lama, seberapa kuat, serta lekas nyeri/kontraksi yang ibu rasakan.

6) Riwayat kelahiran bayi

Berat dan panjang badan waktu lahir, jenis kelamin, kelainan yang menyertai, bila bayi meninggal apa penyebab kematiannya.

7) Riwayat KB

Jenis kontrasepsi yang pernah dipakai, efek samping, alasan berhentinya penggunaan alat kontrasepsi dan lama penggunaan alat kontrasepsi (Rohani, 2011:34).

8) Riwayat kesehatan dan penyakit klien

Dikaji untuk membantu bidan mengidentifikasi kondisi kesehatan yang dapat mempengaruhi kehamilan atau bayi baru lahir (Rukiyah, 2009:25). Berikut ini adalah kondisi medis pada kategori ini:

a) Hipertensi

Wanita hipertensi yang dinyatakan hamil perlu mendiskusikan dengan dokternya tentang pengobatan mana yang aman digunakan selama mengandung. Selain itu, wanita dengan hipertensi yang sudah ada sebelumnya mengalami peningkatan resiko terjadinya preeklamsia selama kehamilan (Varney, 2007:279-280).

b) Asma

Wanita yang menderita asma berat dan mereka yang tidak mengendalikan asmanya tampak mengalami peningkatan insiden hasil maternal dan janin yang buruk, termasuk kelahiran dan persalinan premature, penyakit hipertensi pada kehamilan, bayi terlalu kecil, untuk usia gestasinya, abruption

plasenta, korioamnionitis, dan kelahiran seksio sesaria (Fraser *et al*, 2009: 322).

c) Anemia

Anemia didefinisikan sebagai penurunan jumlah sel darah merah atau penurunan konsentrasi haemoglobin didalam 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, 2007:231).

d) Diabetes mellitus

Idealnya, pada ibu hamil yang menderita DM tanpa komplikasi selama kehamilannya, persalinan dapat dilakukan secara spontan pada saat sudah cukup bulan (Fraser *et al*, 2009: 338).

9) Riwayat seksual

Riwayat seksual yang dikaji meliputi jenis hubungan seksual, hubungan monogamy atau jumlah pasangan, pasangan monogamy atau jumlah dan jenis pasangan, frekuensi kepuasan hubungan seksuaal, masalah (Varney, 2007).

10) Status perkawinan

- a) Usia pertama kali menikah
- b) Status pernikahan sah/tidak

- c) Lama pernikahan
- d) Perkawinan sekaarang adalah suami yang keberpa
(sulistyawati, 2010).

11) Pola fungsi kesehatan

a) Pola makan

Data ini penting untuk diketahui agar bisa mendapatkan gambaran bagaimana pasien mencukupi asupan gizinya selama hamil sampai dengan masa awal persalinan. Data focus mengenai asupan makanan pasien adalah sebagai berikut :

- (1) Kapan atau jam berapa terakhir kali makan
- (2) Makanan yang dimakan
- (3) Jumlah makanan yang dimakan
- (4) Seandainya saat ini ingin makan, apa yang ia inginkan

(Rohani, 2011).

b) Pola minum

Pada masa persalinan, data mengenai intake cairan sangat penting karena akan menentukan kecenderungan terjadinya dehidrasi. Data yang perlu kita tanyakan berkaitan dengan intake cairan adalah sebagai berikut :

- (1) Kapan terakhir minum
- (2) Berapa banyak yang diminum
- (3) Apa yang diminum

c) Eliminasi

Selama persalinan ibu harus diajarkan berkemih setiap 1-2 jam. Urin yang berada dalam kandung kemih adalah masa yang tidak dapat ditekan, sehingga dapat mengganggu penurunan bagian presentasi janin atau mengurangi kapasitas uterus untuk berkontraksi, meningkat resiko perdarahan pascasalin (Freseer, 2009:452).

d) Istirahat dan tidur

Umumnya wanita lebih suka berbaring karena sakit ketika his (Winkjosastro, 2005:192).

e) Personal Hygiene

Bagi ibu yang sedang berada proses persalinan normal, mandi air hangat (*Brithing poll*) dapat menjadi pereda nyeri efektif yang akan meningkatkan mobilitas tanpa meningkatkan efek samping bagi ibu atau bayinya (Freseer, 2009:442).

f) Respon keluarga terhadap persalinan

Adanya respon yang positif dari keluarga terhadap persalinan akan mempercepat proses adaptasi pasien menerima peran. Adat istiadat setempat yang berkaitan dengan persalinan. Kebiasaan adat yang dianut dalam menghadapi persalinan, selama tidak membahayakan pasien, sebaiknya tetap difasilitasi karena ada efek psikologis yang positif untuk pasien dan keluarga (Sulistyawati, 2010).

b. Data obyektif

Data obyektif adalah data yang sesungguhnya dapat diobservasi dan dapat dilihat oleh tenaga kesehatan.

1) Pemeriksaan Umum

1. Keadaan umum

Keadaan umum baik, kesadaran *composmentis*, postur tubuh, pada saat ini diperhatikan bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung dan cara berjalan (cenderung membungkuk, terdapat lordosis, kifosis, skoliosis atau berjalan pincang) (Romauli, 2011).

2. Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian drajat kesadaran pasien dari keadaan *composmentis* (kesadaran maksimal) sampai *coma* (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati, 2010)

3. Tanda-tanda vital

(1) Tekanan darah

Tekanan darah diukur setiap 4 jam, kecuali jika ada keadaan yang tidak normal sehingga harus lebih sering dicatat dan dilaporkan (Rohani, 2011). Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 10-20 mmHg

dan diastolic rata-rata 5-10 mmHg (Varney, 2007:686).

(2) Nadi

Nadi normal menunjukkan pasien dalam keadaan baik, jika lebih dari 100x/menit, kemungkinan sang ibu dalam kondisi infeksi, ketosis, perdarahan. Kenaikan nadi juga salah satu tanda bahaya *rupture uteri*, nadi diukur setiap 1-2 jam pada awal persalinan (Rohani, 2011).

(3) Suhu

Suhu tubuh pasien meningkat selama persalinan, yang dianggap normal adalah peningkatan yang tidak lebih dari 0,5 sampai 1⁰C (Varney, 2007:687).

(4) Pernafasan

Pernafasan normal 16-24 kali per menit (Romauli, 2011:181). Sedikit peningkatan pernafasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Dewi, 2016).

4. Antropometri

(1) Berat badan

Kenaikan berat badan yang normal pada ibu hamil yaitu 6,5 kg – 16,5 kg selama hamil (Fathma, 2014:101).

(2) Tinggi badan

Ibu hamil dengan tinggi badan ≤ 145 cm tergolong resiko tinggi (Romauli, 2011:103).

Rekomendasi penambahan berat badan selama kehamilan berdasarkan indeks masa tubuh yaitu dapat dilihat dalam table 2.16.

Tabel 2.16
Kategori berat badan

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

Sumber : (Sarwono, 2009:89-90).

(3) LILA (lingkar lengan atas) pada bagian kiri

Lila kurang dari 23,50 cm merupakan indikator kuat untuk status gizi ibu kurang/buruk, sehingga ia beresiko untuk melahirkan BBLR (Romauli, 2011:162).

2) Pemeriksaan Fisik

a. Inspeksi

(1) Kepala

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut

menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli, 2011:174).

(2) Muka

Untuk mengetahui tampak pucat atau tidak. Pada wajah perlu dilakukan pemeriksaan edema yang merupakan tanda klasik preeklamsia (Varney *et al*, 2007).

(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 konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeklamsia (Romauli, 2011:174).

(4) Mulut dan gigi

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah. Karies gigi atau karies menandakan ibu kekurangan kalsium. Kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi (Romauli, 2011).

(5) Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hyperplasia 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, 2010:340).

(6) Dada

Normal bila tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada wheezing dan ronkhi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada masa abnormal (Romauli, 2011:174).

(7) Payudara

Menjelang persalinan, perlu dilakukan pemeriksaan terhadap kondisi puting ibu misalnya, kolostrum kering atau berkerak, muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam mengeluarkan puting yang rata atau inversi pada wanita yang merencanakan untuk menyusui (Varney *et al*, 2007:1050).

(8) Abdomen

Pada ibu bersalin perlu dilakukan pemeriksaan TFU, yaitu pada saat tidak sedang kontraksi dengan menggunakan pita ukur. Kontraksi uterus perlu dipantau mengenai jumlah kontraksi selama 10 menit, dan lama kontraksi. Pemeriksaan DJJ dilakukan selama atau sebelum puncak kontraksi pada lebih dari satu kontraksi. Presentasi janin, dan penurunan bagian terendah janin juga perlu dilakukan pemeriksaan abdomen, anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih (Wiknjastro, 2008:42-43). Kandung keih harus seering diperiksa setiap 2 jam untuk mengetahui adanya distensia juga harus dikosongkan untuk mencegah obstruksi persalinan akibat kandung kemih yang penuh, yang akan mencegah penurunan bagian presentasi janin dan trauma pada kandung kemih akibat penakanan yang akan menyebabkan hipotonia kandung kemih dan retensi urin selama priode pascapartum awal (Varney, 2007:687).

(9) Genetalia

Tanda-tanda inpartu pada vagina terdapat pengeluaran pervaginam, tekanan pada anus,

perineum menonjol, vulva membuka sebagai tanda gejala kala II. Pada genetalia dilakukan pemeriksaan adanya luka atau massa termasuk kondilomata, varikosis vulva atau rectum, adanya perdarahan pervaginam, cairan ketuban dan adanya luka perut di vagina. Luka perut di vagina mengidentifikasi adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomy sebelumnya (Winkjosastro, 2008:45). Pada kala II keluarnya darah secara tiba-tiba, tampak tali pusat menjulur didepan vulva menandakan pelepasan plasenta, terjadi robekan perineum yang dibagi menjadi 4 yaitu :

Tabel 2.17
Derajat laserasi

No	Derajat laserasi	Lokasi derajat
1	Derajat satu	Mukosa vagina, komisura posterior dan kulit perineum
2	Derajat dua	Mukosa vagina, komisura posterior dan kulit perineum
3	Derajat tiga	Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum dan otot spingter ani
4	Derajat empat	Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot spingter ani dan dinding depan rectum.

Sumber : Winkjosastro, 2008.

(10) Anus

Perinium mulai menonjol dan anus mulai membuka.

Tanda ini akan tampak bila betul-betul kepala sudah didasar panggul dan mulai membuka pintu (Winkjosastro, 2008:46).

(11) Ekstermitas

Edema merupakan tanda klasik preeklamsi. Edema pada kaki dan pergelangan kaki saja biasanya merupakan edema dependen yang disebabkan oleh penurunan aliran darah vena akibat penekanan yang membesar (Varney, 2008:693).

b. Palpasi

Palpasi adalah perabaan untuk menentukan seberapa besar bagian kepala janin yang terpalpasi di atas pintu panggul untuk menentukan seberapa jauh terjadinya *engagement*, mengidentifikasi punggung janin untuk menentukan posisi dan menentukan letak bokong dan kepala dan presentasi janin (Fraser, 2009:259-261).

(1) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Perkiraan tinggi fundus uteri sesuai umur kehamilan dalam minggu adalah seperti pada table berikut:

Tabel 2.18
Perkiraan Usia Kehamilan dalam Minggu dan TFU
dalam Cm

Usia kehamilan	Tinggi Fundus	
	Dalam (cm)	Menggunakan penunjuk-penunjuk badan
12 minggu	-	Teraba diatas <i>simfisis pubis</i>
16 minggu	-	Ditengah, antara <i>simfisis pubis</i> dan <i>umbilikus</i>
20 minggu	20 cm (± 2 cm)	Pada <i>umbilikus</i>
22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
28 minggu	28 cm (± 2 cm)	Ditengah, antara <i>umbilikus</i> dan <i>prosessus xifoideus</i>
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
36 minggu	36 cm (± 2 cm)	Pada <i>prosessus xifoideus</i>

Sumber: (Saifuddin, 2014:93).

(2) Cara menentukan TFU (Tafsiran Berat Janin)

Tafsiran ini bila berlaku untuk janin presentasi kepala. Rumusnya adalah sebagai berikut:

$$(\text{TFU (cm)} - n) \times 155 = \text{berat (gram)}.$$

Bila kepala di atas atau pada *spina iskiadika* maka $n=12$. Bila kepala di bawah *spina iskiadika* maka $n=11$ (Romauli, 2011). Untuk lebih jelasnya mengenai taksiran berat janin dapat dilihat dalam table 2.19.

Tabel 2.19
TBJ Normal Untuk Usia Kehamilan Trimester III

Usia Kehamilan (bulan)	Berat Badan (gram)
7	1000
8	1800
9	2500
10	3000

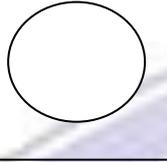
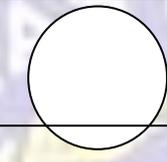
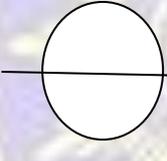
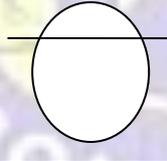
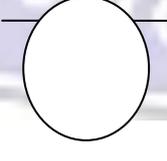
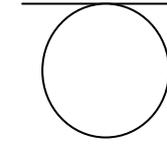
Sumber : Manuaba, 2012:80).



(3) Penurunan bagian terbawah janin

Tabel 2.20

Penurunan Kepala Janin Menurut Sistem Perliman

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

Sumber : Saifuddin,2013:10.

Penurunan kepala janin dilakukan dengan proporsi bagian yang masih berada ditepi atas *simfisis* dan dapat diukur dengan lima jari tangan (perlimaanan). Metode lima jari (perlimaanan) menurut Saifuddin (2006:10) dapat dilihat pada gambar diatas.

c. Auskultasi

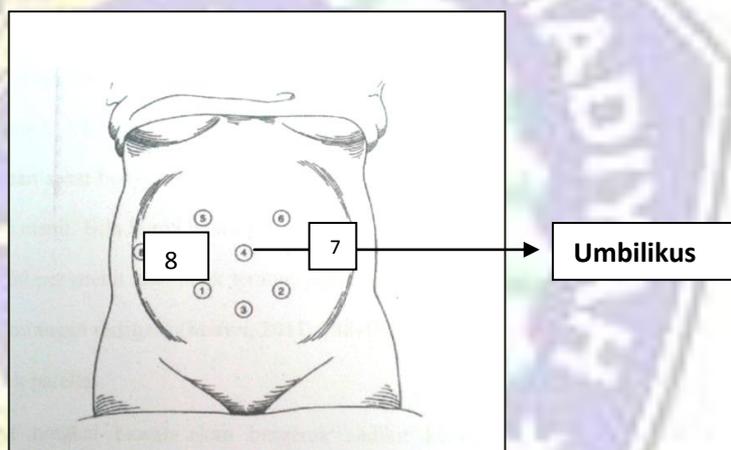
Penilaian DJJ selama dan segera setelah kontraksi uterus. Mulai persalinan sebelum atau selama puncak berkontraksi. Dengarkan DJJ selama minimal 60 detik, dengarkn sampai sedikitnya 30 detik setelah kontraksi berakhir. Lakukan penilaian DJJ tersebut pada lebih dari satu kontraksi. Gangguan kondisi kesehatan janin dicerminkan dari DJJ yang kurang dari 120 atau lebih dari 160 kali per menit. Kegawatan janin ditunjukkan dari DJJ yang kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali per menit. Cara menghitung bunyi jantung janin adalah dengan mendengarkan 3 kali 5 detik. Kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan empat, misalnya 5 dtik pertama, 5 detik ketiga dan 5 detik kelima dalam satu menit adalah :

(1) (11-12-11) kesimpulannya teratur, frekuensi 136 per menit, DJJ normal.

(2) (10-14-8) kesimpulannya tidak teratur, frekuensi 132 per menit, janin dalam keadaan asfiksia.

(3) (8-7-8) Kesimpulannya teratur, frekuensi 92 per menit, janin dalam keadaan fetal distress.

Kesimpulannya interval DJJ antara 5 detik pertama, ketiga dan kelima dalam satu menit tidak boleh lebih dari 2. Untuk letak *Punctum Maksimum* pada kehamilan dengan posisi janin normal dapat dilihat pada gambar sebagai berikut:



Gambar : 2.30
Letak Puctum Maksimum
Sumber : Wheeler, 2007: 145.

2. His:

His kala II, His semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik (Manuaba, 2010:173).

Adanya his dalam persalinan dapat dibedakan sebagai berikut :

(1) Kala I

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Kala satu persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif (Wiknjosastro, 2008:79).

(2) Kala II

Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut dengan kala pengeluaran bayi (Wiknjosastro, 2008:80-81).

(3) Kala III

Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (Wiknjosastro, 2008:81).

(4) Kala IV

Persalinan kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu (Wiknjosastro, 2008:82).

3. Pemeriksaan penunjang

- a. Pemeriksaan dalam sebaiknya dilakukan setiap 4 jam selama kala I persalinan dan setelah selaput

ketuban pecah, catat pada jam berapa, diperiksa oleh siapa dan sudah pembukaan berapa, dengan VT dan diketahui juga effacement, konsistensi, keadaan ketuban, preentasi, denominator dan hodge. Pemeriksaan dalam (VT) Menurut Wiknjastro (2008:54-56) yang perlu dilakukan dalam pemeriksaan dalam adalah :

(1) Pendataran serviks

Derajat pendataran serviks biasanya dinyatakan dengan panjang kanalis serviks berbanding dengan panjang yang belum mendatar.

(2) Dilatasi serviks

Dilatasi serviks ditentukan dengan memperkirakan diameter rata-rata bukan serviks.

(3) Posisi serviks

Hubungan antara ostium serviks dengan kepala janin dikategorikan sebagai posterior, posisi tengah atau anterior. Posisi posterior mengesankan persalinan preterm.

(4) Stations

Ketinggian bagian terbawah janin dijalan lahir digambarkan dalam hubungannya dengan spina

ischiadika yang terletak ditengah-tengah antara pintu atas panggul dan pintu bawah panggul.

(5) Deteksi pecahnya selaput ketuban

Suatu diagnosis pasti pecahnya selaput ketuban dibuat apabila cairan amnion terlihat berada di fornix posterior atau cairan jernih mengalir dari kanalis servix. Jika diagnosis tetap tidak pasti, metode lain yang dapat digunakan adalah pengujian Ph coran vagina, ph secret vagina normalnya berkisar antara 4,5 dan 5,5 sementara cairan amnion biasanya 7,0 sampai 7,5.

Pemeriksaan dalam dilakukan atas indikasi :

- a. Ketuban pecah sedangkan bagian depan masih tinggi.
- b. Apabila kita mengharapkan pembukaan lengkap.
- c. Untuk menyelesaikan persalinan (Marmi, 2011).

Frekuensi pemeriksaan dalam pada wanita intrapartum yang normal dianjurkan melakukan pemeriksaan dalam sebanyak 5 kali yaitu :

- (a) Pada saat dating untuk menetapkan informasi dasar.
- (b) Sebelum memutuskan jenis obat, jumlahnya dan rute pemberiannya.
- (c) Untuk memastikan pembukaan sudah lengkap sehingga dapat diputuskan apakah ibu harus mengejan atau sebaliknya.
- (d) Setelah ketuban pecah, jika dicurigai atau kemungkinan terjadi prolaps tali pusat.
- (e) Untuk mengecek prolaps tali pusat ketika perlambatan frekuensi denyut jantung janin tidak kunjung membaik dengan prasat biasa (Varney, 2007).

4. Data Pemeriksaan Penunjang

- (a) Pemeriksaan laboratorium dengan sampel darah diperiksa untuk mengetahui golongan darah, kadar darah, kadar haemoglobin (Hb) dan kadar pembekuan darah.
- (b) Pemeriksaan USG merupakan suatu metode diagnostic dengan menggunakan gelombang ultrasonic untuk mempelajari morfologi dan fungsi suatu organ berdasarkan gambaran ekosistem dari

gelombang ultrasonic yang dipantulkan oleh organ
(Prawirohardjo:2009).

2. Diagnosa Kebidanan

1) Diagnosa : G..P..A..UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, HI,II,III,IV, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu :

(1) Kala I fase laten dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan (Varney dkk, 2007:470).

(2) Kala I fase aktif akselerasi/dilatasi maksimal / deselerasi dengan kemungkinan masalah ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan (Wiknjosastro, 2008:89).

(3) Kala II dengan kemungkinan masalah :

(1) Letih

(2) Infeksi

(3) kram kaki atau tungkai (Varney, 2007).

2) Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik.

3) $P \geq_1$ Kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah menurut Wiknjosastro (2008:90) adalah retensio plasenta, avulsi tali pusat.

4) $P \geq_1$ Kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi menurut Wiknjosastro

(2008) : atonia uteri, robekan vagina, perineum atau serviks, dan subinvolusi sehubungan dengan kandung kemih penuh.

3. Intervensi

- 1) Diagnosa : G..p..UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, HI, II, III, IV, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan jani baik, inpartu kala I fase laten/fase aktif.

Tujuan : Proses persalinan berjalan dengan normal ibu dan bayi sehat.

Kriteria :

- (1) KU baik, kesadaran komposmentis.
- (2) TTV dalam keadaan batas normal.

TD : 100/60-130/90 mmHg.

S : 36,5-37,5⁰C.

N : 80-100x/menit.

R : 16-24x/menit.

- (3) His minimal 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik.
- (4) Kala I pada primigravida \leq 13 jam sedangkan multi gravid \leq 7 jam.
- (5) Kala II pada primigravida \leq 2 jam seangkan pada multigravida \leq 1 jam.
- (6) Bayi lahir spontan , menangis kuat, gerak aktif.

(7) Kala III pada primigravida ≤ 30 menit sedangkan pada multigravida ≤ 15 menit.

(8) Plasenta lahir spontan, lengkap.

(9) Perdarahan ≤ 500 cc.

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:79-87)

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 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 energy dalam mengejan.

R/Persiapan energy ibu untuk persalinan.

- 3) Bantu ibu memilih posisi yang nyaman dengan tidur miring kiri.

Ibu dapat istirahat/tidur dengan posisi apapun kecuali pada posisi berbaring telentang. Hal ini dikarenakan jika ibu berbaring telentang maka berat uterus dan isinya menekan vena cava inferior ibu. Ini akan mengurangi pasokan oksigen melalui sirkulasi utero plasenta sehingga akan menyebabkan hipoksia pada bayi. Berbaring telentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk berbaring miring ke kiri untuk mempercepat penurunan kepala janin.

R/Mempercepat penurunan kepala janin.

- 4) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan jika ketuban belum pecah dan pembukaan belum lengkap.

R/Untuk mempercepat penurunan kepala janin.

- 5) Observasi TTV

(a) DJJ setiap $\frac{1}{2}$ jam.

(b) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap $\frac{1}{2}$ jam,

(c) Nadi setiap $\frac{1}{2}$ jam.

(d) Pembukaan serviks tiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika terdapat indikasi.

(e) Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika ada indikasi.

- (f) Tekanan darah dan temperature tubuh setiap 4 jam.
- (g) Produksi urin, asetan dan protein tiap 2-4 jam.

R/Mengetahui perkembangan kondisi ibu dan janin

- 6) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kencing tiap 2 jam.

Dalam proses persalinan harus berkemih tiap 2 jam/ lebih, kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan kepala, selain itu juga akan menambah rasa nyeri pada perut bawah, menghambat penatalaksanaan distosia bahu, menghalangi lahirnya plasenta, dan perdarahan pasca persalinan.

R/Bila kandung kemih 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 standard asuhan kebidanan persalinan normal. Berikut adalah langkah-langkah asuhan persalinan normal menurut Wiknjastro (2008:87-97)

(1) Mengenal Tanda dan Gejala Kala II.

- (a) Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
- (b) Ibu merasa adanya tekanan pada anus.
- (c) Perinium menonjol.
- (d) Vulva dan sfingter ani membuka.

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

(2) Menyiapkan Pertolongan Persalinan

- (a) Pastikan peralatan lengkap, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi baru lahir.

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

- (3) Pakai celmek plastik.

R/Untuk perlindungan diri

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

R/Menjaga diri tetap steril dan bersih

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

R/Sebagai perlindungan diri dari setiap cairan aatau pathogen yang menular melalui darah.

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

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

(a) Jika introitus vagina, perineum atau anus (terkontaminasi) tinja, bersihkan dengan seksama dari depan ke belakang.

(b) Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.

(c) Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5% langkah 9).

R/Untuk menjaga kebersihan perineum dan vulva ibu.

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

R/Amniotomi untuk memecahkan ketuban yang belum pecah.

(9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara

mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan 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/Untuk memusnahkan atau memastikan mikroorganisme yang pathogen sehingga aman untuk penanganan selanjutnya, serta meminimalkan resiko infeksi pada petugas kesehatan.

(10) 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/Untuk memusnahkan atau memastikan mikroorganisme yang pathogen sehingga aman untuk penanganan selanjutnya, serta meminimalkan resiko infeksi pada petugas kesehatan.

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

- (a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
- (b) Mendekontaminasi hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian.
- (c) Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran.

R/Persiapan keluarga dan klien yang optimal akan membuat klien dan keluarga lebih kooperatif.

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

- (a) Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua tamuan yang ada.

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

R/Pembukaan sudah lengkap dan ibu siap dipimpin untuk meneran.

- (12) Meminta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).

R/Posisi sangat menentukan kenyamanan ibu saat bersalin.

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

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

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

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

(d) Anjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi.

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

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

(g) Meniali DJJ setiap kontraksi uterus selesai.

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

R/Dukungan sangat dibutuhkan oleh ibu untuk motivasi.

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

R/Jalan-jalan dapat mempercepat pembukaan vulva.

(15) Mempersiapkan Pertolongan Kelahiran Bayi

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

(16) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.Letakkan handuk/kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.

(17) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat da bahan.

- (18) Pakai sarung tanagn DTT pada kedua tangan.

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

- (19) Persiapkan Pertolongan Kelahiran.

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

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

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

Kelahiran Kepala.

- (21) Periksa Kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera proses kelahiran bayi.

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

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

R/Tali pusat dipotong dan ditali agar tidak terjadi perdarahan.

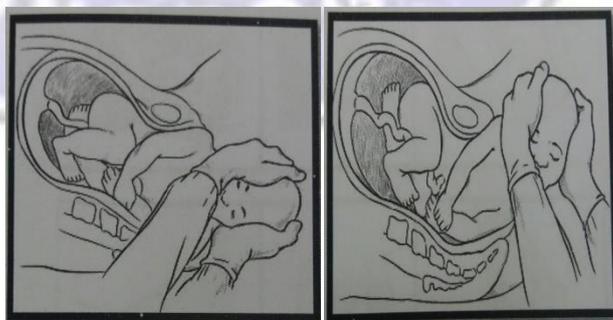
(22) Tunggu kepala bayi putar aksi luar, pegang secara spontan.

R/Menunggu kepala bayi keluar dengan sendirinya.

Lahirnya Bahu

(23) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparental, Anjurkan ibu untuk meneran disaat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kebawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arcus pubis dan gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

R/Meneran dapat membantu mempercepat keluarnya kepala bayi.



Bahu Depan

Bahu Belakang

Gambar 2.31
Melahirkan bahu depan kemudian bahu belakang
Sumber : Prawirohardjo, 2014:314.

Lahirnya Badan dan Tungkai

- (24) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan kebawah kearah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
- (25) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai, dan kaki. Pegang kedua mata kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya. R/Sangga susur diperlukan untuk menolong bayi baru lahir.
- (26) Lakukan penilaian bayi baru lahir dengan dua pertanyaan yaitu :
- (a) Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan?
 - (b) Apakah bayi bergerak dengan aktif?
 - (c) Jika bayi tidak menangis kuat, tidak bernafas atau megap-megap, lakukan langkah resusitasi (lanjut ke langkah resusitasi pada asfiksia bayi baru lahir).



Gambar 2.32

Sangga susur pada proses melahirkan bayi

Sumber : Qumariyah, 2012.

(27) Keringkan tubuh bayi

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

R/Agar tidak terjadi hipotermi dan bayi tetap hangat.

(28) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi yang kedua dalam uterus (hamil tunggal)

(29) Beri tahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.

(30) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit IM (intramuskuler) di 1/3 paha atas

bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).

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

(32) Pemotongan dan pengikatan tali pusat.

(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 aau 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 disiapkan.

(33) Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi.

Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel didada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting ibu.

(34) Slimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi dikepala bayi.

(a) Kala III

Penatalaksanaan aktif persalinan kala III
(Wiknjastro, 2008:100-106) Penanganan tali pusat bayi.

R/Untuk pengecekan dan mempercepat pengeluaran plasenta.

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

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

(37) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorso cranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversia uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penanganan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas.

Mengeluarkan Plasenta

R/Masase uterus untuk merangsang kontraksi uterus.

(38) Lakukan penanganan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti proses jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).

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

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

(1) Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM.

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

(3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.

(4) Ulangi penengangan tali pusat 15 menit berikutnya.

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

(39) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar hingga selaput ketuban terpinil kemudian dilahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah

disiapkan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.

(40) Rangsangan taktil (masase uterus)

R/Masase uterus merangsang kontraksi.

(41) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (Fundus terasa keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik.

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

(43) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

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

Kala IV : (Wiknjosastro, 2008:114-121)

Menilai perdarahan

Melakukan prosedur pasca salin

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

(45) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit didada ibu paling sedikit 1 jam.

(a) Sebagian bayi berhasil melakukan IMD dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama biasa berlangsung 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara.

(b) Biarkan bayi berada didada ibu 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.

(46) Lakukan pemeriksaan fisik BBL.

(47) Setelah 1 jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik, profilaksis dan vitamin K₁ 1 mg intramuscular dipaha kiri anterolateral.

Setelah 1 jam pemberian vitamin K₁ berikan suntikan imunisasi Hepatitis B dipaha kanan anterolateral.

(a) Letakkan bayi di dalam pangkuan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan.

(b) Letakkan kembali bayi pada dada ibu bila belum berhasil menyusu dalam 1 jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusu.

(48) Lakukan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.

(a) 2-3 x dala 15 menit pertama pasca persalinan.

(b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.

(c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.

Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, lakukan asuhan sesuai untuk pelaksanaan atonia uteri.

(49) Ajarkan ibu dan keluarga cara masase uterus dan menilai kotraksi.

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

(50) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

(51) Memeriksa keadaan ibu dan kandung kemih tiap 15 menit selama 1 jam pertama post partum dan tiap 30 menit selama jam kedua postpartum.

(a) Memeriksa temperature suhu tubuh ibu setiap 1 jam selama 2 jam postpartum.

(b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

- (52) Periksa kembali bayi untuk memastikan bayi bernafas dengan baik (40-60 x/menit) serta suhu tubuh normal (36° - $37,5^{\circ}$ C).
- (53) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit) lalu cuci dan bilas.
- (54) Buang bahan-bahan terkontaminasi ditempat sampah yang sesuai.
- (55) Bersihkan ibu dengan DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering.
- (56) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu member ASI. Anjurkan keluarga member makanan dan minuman yang diinginkan ibu.
- (57) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
- (58) Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- (59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

Dokumentasi

- (60) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan kala IV.

(JNPK-KR, 2012).

Kemungkinan masalah saat persalinan

a) Masalah dalam Kala I :

1. Cemas menghadapi proses persalinan

Tujuan : mengurangi rasa takut dan cemas
selama proses persalinan

Kriteria : ibu tampak tenang

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.

2. Ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan

Tujuan : Ibu merasa nyaman terhadap proses persalinan

Kriteria :

(a) Nyeri punggung berkurang

(b) Ibu tidak merasa cemas

(c) Ibu merasa tenang.

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:111) :

1) Hadirkan orang terdekat ibu

R/Kehadiran orang terdekat mampu memberikan kenyamanan psikologis dan mental ibu yang menghadapi proses persalinan.

2) Berikan sentuhan fisik misalnya pada tungkai, kepala dan lengan.

R/Sentuhan fisik yang diberikan kepada ibu bersalin dapat menentramkan dan menenangkan ibu.

3) Berikan asupan punggung.

R/Usapan punggung meningkatkan relaksasi.

4) Pengipasan atau penggunaan handuk sebagai kipas.

R/Ibu bersalin menghasilkan banyak panas sehingga mengeluh kepanasan dan berkeringat.

5) Pemberian kompres panas pada punggung.

R/Kompres panas akan meningkatkan sirkulasi dipunggung sehingga memperbaiki anoreksia jaringan yang disebabkan oleh tekanan.

b) Masalah pada Kala II

1. Kekurangan cairan

Tujuan : Tidak terjadi dehidrasi

Kriteria :

(a) Nadi 76-100x/menit

(b) Urin jernih, produksi urin 30 cc/jam

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:116) :

1) Anjurkan ibu untuk minum.

R/Ibu yang menghadapi persalinan akan menghasilkan panas sehingga memerlukan kecukupan minum.

2) Jika dalam 1 jam dehidrasi tidak teratasi, pasang infuse menggunakan jarum dengan diameter 16/18G dan berikan RL atau NS 125 cc/jam.

R/Pemberian cairan intravena akan lebih cepat diserap oleh tubuh.

3) Segera rujuk ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetric dan bayi baru lahir.

R/Rujukan dini pada ibu dengan kekurangan cairan dapat meminimalkan resiko terjadinya dehidrasi.

2. Infeksi

Tujuan : Tidak terjadi infeksi

Kriteria :

a) Nadi dalam batas normal (76-100x/menit)

b) Suhu 36-37,5⁰C

c) KU baik

d) Cairan ketuban/cairan vagina tidak berbau.

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:116).

1) Baringkan miring ke kiri

R/Tidur miring mempercepat penurunan kepala janin sehingga mempersingkat waktu persalinan.

2) Pasang infuse 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.

3) 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.

4) Segera rujuk ke fasilitas kesehatan yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetri.

R/Infeksi yang tidak segera tertangani dapat berkembang kearah syok yang menyebabkan terjadinya kegawatdaruratan ibu dan janin.

3. Kram kaki

Tujuan : tidak terjadi kram tungkai

Kriteria : Sirkulasi darah lancar

Intervensi menurut (Varney, 2007:722).

1) Luruskan tungkai ibu inpartu

R/Meluruskan tungkai dapat melancarkan peredaran darah ke ektermitas bawah.

2) Atur posisi dorsofleksi

R/Relaksasi yang dilakukan secara bergantian dengan dorsofleksi kaki dapat mempercepat peredaan nyeri.

3) Jangan lakukan pemijatan pada tungkai.

R/Tungkai wanita tidak boleh dipijat karena ada resiko trombi tanpa sengaja terlepas.

c) Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kepmenkes No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standard asuhan kebidanan).

Tujuan : Dapat melewati masa transisi dengan baik

Kriteria :

a) Bayi menangis kuat

b) Bayi bergerak aktif

Intervensi menurut Kepmenkes No.938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standard asuhan kebidanan:

1) Observasi tanda-tanda vital dan tangisan bayitukan keadaan umum bayi.

R/Tanda-tanda vital bayi merupakan dasar untuk menen

2) Jaga suhu tubuh bayi tetap hangat

R/Hipotermi mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relative hangat.

3) Bounding attachment dan lakukan IMD

R/Bounding attachment dapat membantu ibu mengatasi stress sehingga ibu merasa lebih tenang dan tidak nyeri saat plasenta lahir. Sedangkan IMD meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dengan bayi.

4) Berikan vitamin K1 secara IM sebanyak 0,5 mg

R/K1 dapat mencegah perdarahan intracranial.

5) Berikan salep mata

R/Salep mata sebagai profilaksis.

d)Masalah pada Kala III

1. Retensio Plasenta

Tujuan : Plasenta dapat dikeluarkan secara lengkap

Kriteria: Tidak ada sisa plasenta yang tertinggal.

Intervensi

1) Plasenta masih didalam uterus selama 30 menit dan terjadi perdarahan berat, pasang infuse menggunakan jarum besar (ukuran 16/18) 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 kapasitas kegawatdaruratan obstetric.

(c) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

(d) Tawarkan bantuan walaupun ibu telah dirujuk dan mendapatkan pertolongan di fasilitas kesehatan rujukan.

2. Terjadi avultasi tali pusat

Tujuan : Avulse tidak terjadi, plasenta lahir lengkap

Kriteria : Tali pusat utuh

Intervensi

1) Palpasi uterus untuk melihat kontraksi, minta ibu untuk meneran setiap kontraksi.

- 2) Saat plasenta terlepas, lakukan pemeriksaan dalam hati-hati. Jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso-kranial pada uterus.
- 3) Setelah plasenta lahir, lakukan masase uterus dan periksa plasenta.
- 4) Jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit, tangani sebagai retensio plasenta.

e) Masalah pada Kala IV

1) Terjadi Atonia uteri

Tujuan : Atonia dapat teratasi

Kriteria :

- 1) Kontraksi uterus baik, keras dan bundar
- 2) Perdarahan \leq 500 cc

Intervensi

- 1) Segera lakukan kompresi bimanual internal (KBI) selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang.
- 2) Jika kompresi uterus tidak berkontraksi dan perdarahan 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 infuse dan berikan 500 cc larutan RL yang mengandung 20 unit oksitosin.

- 3) Jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar ulangi KBI.
- 4) Jika uterus tidak berkontraksi selama 1-2 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan tindakan operasi dan tranfusi darah.
- 5) Dampingi ibu selama merujuk, lanjutkan tindakan KBI dan infuse cairan hingga ibu tiba ditempat rujukan.

2. Robekan vagina, perineum atau serviks

Tujuan : Robekan vagina, perineum atau serviks dapat Teratasi.

Kriteria :

- (a) Vagina, perineum atau serviks dapat terjahit dengan baik.
- (b) Perdarahan \leq 500 cc

Intervensi

- 1) Lakukan pemeriksaan secara hati-hati memastikan laserasi yang timbul.

2) Jika terjadi laserasi satu dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat dua lakukan penjahitan.

3) Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks.

(a) Pasang infuse dengan menggunakan jarum besar (ukuran 16-18) dan berikan RL atau NS.

(b) Pasang tampon untuk mengurangi darah yang keluar.

(c) Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan kegawatdaruratan obstetric.

(d) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

4. Implementasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI No 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan. Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative.

Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan kriteria:

- a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-spiritual-kultural.
- b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (inform consent).

- c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based.
- d. Melibatkan klien/pasien.
- e. Menjaga privasi klien/pasien.
- f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
- g. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
- h. Menggunakan sumber daya, sasaran dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- i. Melakukan tindakan sesuai standar.
- j. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

5. Evaluasi

Tujuan evaluasi adalah adanya kemajuan pada pasien setelah dilakukan tindakan. Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan. Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative.

Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan kriteria:

- a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- b. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga.
- c. Evaluasi dilakukan dengan standard. Hasil evaluasi ditindak lanjutkan sesuai dengan kondisi klien/pasien.

6. Dokumentasi

Metode pendokumentasian untuk data perkembangan dalam asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan ringan ini menggunakan SOAP yaitu:

S : Subjektif

Menggunakan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa.

O : Objektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium yang telah dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung asuhan.

A : Assesment atau analisa

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam satu indentifikasi :

- 1) Diagnose atau masalah.
- 2) Antisipasi diagnose atau masalah potensial.
- 3) Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter. Konsultasi dan kolaborasi.

P : Plan

Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan (P) dan evaluasi (E) berdasarkan analisa.

2.2.3 Konsep dasar asuhan kebidanan Masa Nifas

I. Pengkajian data

1. Data subjektif

1) Identitas

a) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan (Ambarawati, 2010 : 131).

b) Umur

Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti usia kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psiskisnya belum siap. Sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentan sekali untuk terjadi pendarahan dalam masa nifas (Ambarawati, 2010: 131).

c) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien untuk berdo'a (Ambarawati, 2010: 132).

d) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Ambarawati, 2010: 132).

e) Suku Bangsa

Berpengaruh pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari (Ambarawati 2010: 132).

f) Pekerjaan

Gunanya untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien (Ambarawati 2010: 132).

g) Alamat

Untuk mengetahui keadaan lingkungan dan tempat tinggal (Marmi, 2011:124).

2) Keluhan Utama

Menurut Varney(2008: 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 statis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena statis 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 menyusu. Peningkatan suhu tubuh ringan.

d) Nyeri luka Perineum

Beberapa tindakan kenyamanan pirenium dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomy dan jahitan laserasi atau episiotomy tersebut.

e) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum derajat tiga (atau empat).

f) Hemoroid

Jika wanita mengalami *hemoroid* mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari. Jika terjadi selama kehamilan, hemoroid menjadi traumatis dan menjadi edema selama wanita mendorong bayi pada kala II persalinan karena tekanan bayi dan distensi saat melahirkan.

3) Alasan kunjungan

Alasan wanita datang ke tempat bidan/klinik, yang diungkapkan dengan kata-katanya sendiri (Hani, 2010:49-51).

4) Riwayat kebidanan

a) Riwayat menstruasi

Dengan memberikan ASI kembali menstruasi atau haid sulit diperhitungkan dan bersifat individu. Sebagian besar menstruasi kembali setelah 4-6 bulan. Dalam waktu 3 bulan belum menstruasi, dapat menjamin bertindak sebagai kontrasepsi (Manuaba, 2010:133).

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 pnyakit. Ibu menyusui samapi usia anak 2 tahun. Terdapat pengeluaran lochea rubra sampai hari ketiga berwarna merah. Lochea serosa hari keempat sampai kesambilan warna kecoklatan. Lochea alba hari kesepuluh samapi kelimabelas

warna putih dan kekuningan. Ibu dengan riwayat pengeluaran lochea purulenta, lochea statis, 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, 2012:134).

c) Riwayat KB

Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama meneteki. Oleh karena itu, *Metode Amenorhe Laktasi (MAL)* dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan baru (Saifuddin, 2014: 129). Menurut Manuaba (2012: 204), pemeriksaan postpartum merupakan waktu yang tepat untuk membicarakan metode KB untuk menjarangkan atau menghentikan kehamilan. Khusus untuk mendapatkan pelayanan kontak wanita (*Metode Operasi Wanita*) sama sekali tidak diperlukan hamil. Pelayanan kontak dapat dilayani setiap saat dikehendaki.

5) Riwayat kesehatan

a) 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, 2010:118).

b) Penyakit TBC

Ibu dengan tuberculosis aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Saleha, 2009).

c) Anemia

Anemia pada kehamilan yang tidak tertangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan : Sub involusi uteri, menimbulkan perdarahan post partum, memudahkan infeksi perineum, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekomposisi kordis mendadak setelah persalinan, anemia kala nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba, 2012:114).

d) Penyakit asma

Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O₂ dan CO₂ (Manuaba, 2012:125).

e) Penyakit jantung

Pengaruh penyakit jantung dalam masa pasca salin/nifas menurut Manuaba (2012:128)

(1) Setelah bayi lahir penderita tiba-tiba jatuh kolaps, yang disebabkan tiba-tiba darah membanjiri tubuh ibu sehingga

kerja jantung sangat bertambah, perdarahan merupakan komplikasi yang cukup berbahaya.

(2) Saat laktasi kekuatan jantung diperlukan untuk membentuk ASI. Mudah terjadi infeksi post partum, yang memerlukan kerja tambahan jantung.

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, 2014: 128).

b) Eliminasi

Buang air kecil sebaiknya dilakukan secepatnya. Miksi normal bila dapat BAK spontan setiap 3-4 jam. Kesulitan BAK dapat disebabkan karena spinter uretra tertekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulo spinter ani selama persalinan, atau dikarenakan oedema kandung kemih selama persalinan. Ibu diharapkan dapat BAK sekitar 3-4 hari postpartum. Apabila mengalami kesulitan BAB atau obstipasi berikan rangsangan per oral atau per rectal atau lakukan klisma bilamana erlu (Marmi, 2014:39).

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 mempengaruhi *involusi*. Pakaian dalam sebaiknya yang menyerap, sehingga *lochea* tidak memberikan iritasi pada sekitarnya. Kassa pembalut sebaiknya dibuang setiap saat terasa penuh dengan *lochea* (Manuaba, 2012: 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 sehingga menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Saifuddin, 2014: 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 kedalam 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, 2014: 128).

2. Data obyektif

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

Menurut Sulistyawati (2009: 121) mengamati keadaan umum pasien harus secara menyeluruh. Hasil pengamatan dilaporkan dengan kriteria :

(1) Baik

Pasien dimasukkan dalam kriteria baik jika memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain.

(2) Lemah

Pasien dimasukkan dalam criteria lemah jika kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain.

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang pasien, dapat dilakukan dengan pengkajian derajat kesadaran dari keadaan *composmentis* (kesadaran maksimal) sampai dengan *coma* (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati, 2010: 122).

c) Tanda-tanda vital

(1) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolic yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari (Varney, 2007: 333-335).

(2) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama pascapartum. *Hemorogi*, demam selama persalinan dan nyeri akut atau persisten dapat memengaruhi proses ini. Apabila denyut nadi diatas 100 selama *puerperium*, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya

infeksi atau *hemoragi pascapartum* lambat (Varney, 2007: 336).

(3) Suhu

Suhu 38° C atau lebih yang terjadi antara hari ke-2-10 *postpartum* dan diukur per oral sedikitnya 4 kali sehari disebut sebagai *morbidity puerperalis*. Kenaikan suhu tubuh yang terjadi di dalam masa nifas dianggap sebagai infeksi nifas jika tidak ditemukan sebab-sebab ekstragenital (Saifuddin, 2014: 259).

(4) Pernafasan

Nafas pendek, cepat atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kelelahan cairan. *Eksaserbasi asma* dan *embolus paru* (Varney, 2007:338).

2) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Rambut : Bersih atau kotor, pertumbuhan warna mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli, 2011:156).

b) Wajah

Bentuk simetris, tampak sembab atau tidak, tidak pucat, tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan. Bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romauli, 2011:156).

c) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, sclera normal berwarna putih (Marmi, 2010:219).

d) Hidung

Hidung: kebersihan, ada polip atau tidak, alergi debu atau tidak.

e) Mulut

Mukosa bibir (lembab, kering, atau pecah-pecah), gangguan mulut (bau mulut, kebersihan lidah, kebersihan gigi, ada karies gigi/tidak) (Sulistyawati, 2009: 122).

f) Telinga

Kebersihan, gangguan pendengaran (Sulistyawati, 2009: 123).

g) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar teroid, tidak ada pembesaran limfe dan tidak ditemukan kandungan vena jugularis (Romauli, 2011: 174).

h) Payudara

Pada masa nfas pemeriksaan payudara dapat dicari beberapa hal berikut yaitu : Puting susu pecah/pendek/rata, nyeri tekan, abses, produksi ASI terhenti, dan pengeluaran ASI (Saifuddin, 2014:124). Menunjukkan adanya kolostrum dan

penatalaksanaan putting susu pada wanita menyusui (Varney, 2007: 969).

i) Abdomen

Pada abdomen kita harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fondus uteri, kontraksi uterus dan ukuran kandung kemih (Saifuddin, 2014: 124).

Menurut Varney (2007), pemeriksaan abdomen pascapartum dilakukan selama periode pascapartum dini (1 jam - 5 hari) yang meliputi tindakan berikut :

(1) 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 predisposisi wanita mengalami infeksi kandung kemih.

(2) Pemeriksaan uterus

Mencatat lokasi, ukuran, dan konsistensi. Penentuan lokasi uterus dilakukan dengan mencatat 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 cirri keras dan lunak.

- (3) 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:

- (a) Atur posisi wanita terbaring terletang datar tanpa Bantal dibawah kepalanya.
- (b) Tempatkan ujung-ujung jari salah satu tangan ada pada garis tengah abdomen dengan ujung jari telunjuk anda tetap dibawah umbilicus dan jari-jari anda yang lain berbasis longitudinal kebawah kearah simfisis pubis. Tepi jari-jari anda harus menyentuh satu sama lain.
- (c) Meminta wanita menaikkan kepalanya dan berupaya meletakkan gadu didadanya, diarea antara payudaranya dan pastikan wanita tidak

menekan tangannya di tempat tidur atau punggung tangan anda harus menghadap satu sama lain pada garis tengah abdomen.

(d) Minta wanita untuk menurunkan kepalanya secara perlahan keposisi bersandar ketempat tidur.

(e) Ketika wanita menurunkan kepalanya otot rektus akan bergerak lebih jauh memisah dan kurang dapat dibedakan ketika otot relaksasi. Ujung jari-jari anda menutupi otot rektus ketika otot tersebut bergerak memisahkan kesisi lateral masing-masing pada abdomen. Perasat ini memungkinkan anda untuk tetap mengidentifikasi otot-otot tersebut ketika berada dalam keadaan relaksasi.

(f) Ukur jarak antara kedua otot rektus ketika dalam keadaan relaksasi sebagaimana anda mengukurnya pada saat kontraksi. Catat jumlah lebar jari-jari diantara tepi median kedua otot rektus.

(g) 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:

(h) Diastasis = 2/5 jari

Rangkaian pengukuran tersebut dapat tertulis sebagai berikut : Diastasis = Dua jari ketika otot-otot berkontraksi dan lima jari ketika otot-otot relaksasi.

j) Genitalia (Ambarwati, 2010: 140-141).

(1) Lochea

Normal: Merah hitam (*lochea rubra*), bau biasa tidak ada bekuan darah atau butir-butir darah beku (ukuran jeruk kecil), jumlah perdarahan yang ringan atau sedikit (hanya perlu mengganti pembalut setiap 3-5jam).

(2) Abnormal : Merah terang, bau busuk, mengeluarkan darah beku, perdarahan berat (memerlukan penggantian pembalut setiap 0-2 jam).

(3) Keadaan perineum: *oedoma*, *hematoma*, bekas luka episiotomi/robekan, *heagting*.

k) Ekstermitas

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, 2012:57).

3) 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, 2010:339).

4) Terapi yang didapat

Terapi yang diberikan pada ibu nifas yaitu :

- (a) Pil zat besi 40 tablet harus diminum untuk menambah zat gizi sedikitnya selama 40 hari pasca bersalin.
- (b) Vitamin A 200.000 U agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI (Marmi, 2011:170-173).

II. Diagnosa kebidanan

Diagnosa P...A... hari ... post partum normal dengan keadaan umum ibu baik/ tidak baik (Marmi, 2012: 183). PAPIAH, post partum hari ke, laktasi lancar, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembangkakan payudara (Varney, 2007: 974).

III. Intervensi

Diagnosa: PAPIAH, post partum hari ke..., laktasi lancer, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembangkakan payudara.

Tujuan: Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi bagi ibu dan bayi.

Kriteria:

- a. Keadaan umum: kesadaran komposmetis (Manuaba, 2012: 114).
- b. Kontraksi uterus baik (bundar dan keras)

c. Tanda-tanda vital:

TD : 110/70-130/90 mmHg

N : 60-80 x/menit

S : 36-37,5°C

R : 16-24 x/menit

d. Laktasi normal

Menurut Marmi (2015:32) ASI dibedakan menjadi 3 stadium:

- 1) Kolostrum merupakan cairan yang pertama kali disekresi oleh kelenjar payudara mulai dari hari pertama sampai hari ketiga atau keempat paca persalinan. Kolostrum berwarna kekuning-kuningan, viskositas kental, dan lengket. Mengandung tinggi protein, mineral, garam, vitamin A, nitrogen, sel darah putih dan anti bodi yang tinggi.

- 2) ASI transisi atau perlihan diproduksi pada hari keempat sampai kesepuluh warna putih jernih. Kadar immunoglobulin dan protein menurun, sedangkan lemak dan laktosa meningkat.
- 3) ASI matur merupakan ASI yang disekresi pada hari kesepuluh sampai seterusnya berwarna putih. Kandungan ASI matur relative konstan tidak menggumpal bila dipanaskan.

e. Involusi uterus normal

Tabel 2.21
Involusi Uterus Normal pada Ibu Nifas

Waktu involusi	Tinggi fundus
Plasenta lahir	Sepusat
7 hari	Pertengahan pusat-simpisis
14 hari	Tidak teraba
42 hari	Sebesar hamil 2 minggu
56 hari	Normal

Sumber: (Manuaba, 2010: 116).

f. Lochea normal :

Lochea rubra (kruenta) keluar dari hari ke 1-3, berwarna, merah dan hitam. *Lochea* sanguinolent 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, 2012: 201).

KU bayi baik

R : 30-60x/menit

S : 36,5-37,5°C

N : 60-100 x/menit.

Intervensi

- a. Lakukan pemeriksaan TTV, KU, laktasi, involusi, dan lachea.

R/: Menilai status ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menagani masalah yang terjadi (Saifuddin, 2006: 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 nifas.

R/: Latihan yang tepat untuk memulihkan kondisi ibu dan keadaan secara fisiologis maupun psikologis (Maritalia, 2012: 35).

- 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).

Kemungkinan masalah:

- a. Masalah 1 : Gangguan BAB dan BAK

Tujuan : Masalah BAB dan BAK teratasi

Kriteria : Ibu dapat berkemih dengan normal.

Intervensi menurut Purwanti (2012: 88), antara lain:

- 1) Berikan penjelasan kepada pasien mengenai pentingnya BAB dan BAK sedini mungkin setelah melahirkan.

R/: Pasien tidak akan menahan diri untuk BAB maupun BAK jika terasa, sehingga tidak terjadi konstipasi maupun retensi urine.

- 2) Yakinkan pasien bahwa jongkok dan mengejan ketika BAB tidak akan menimbulkan kerusakan pada luka jahitan.

R/: Menhilangi rasa takut pada pasien untuk melakukan buang air.

- 3) Anjurkan pasien untuk banyak minum air putih serta makan sayur dan buah.

R/: Membantu memperlancar BAB dn BAK.

b. Masalah 2 : Nyeri pada luka jahitan perineum

Tujuanm : Setelah diberikan asuhan, rasa nyeri teratasi

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu

Intervensi menurut Purwanti (2012: 89), 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) Anjurkan 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.

c. Masalah 3 : Pembengkakan payudara

Tujuan : Setelah diberi asuhan, masalah pembengkakan payudara teratasi

Kriteria : Payudara tidak bengkak, kulit payudara tidak tidak

Mengkilat dan tidak merah, payudara tidak nyeri, tidak

tersas penuh dan tidak keras

Intervensi menurut Dewi (2006), antara lain:

1) Anjuran ibu untuk menyusui sesering mungkin atau 2-3 jam sekali.

R/: Sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara.

2) Anjuran ibu menyusui di kedua payudara.

R/: menyusui disalah satu payudara dapat membuat payudara yang lain menjadi bengkak.

3) Gunakan air 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) Letakkan kantong es pada payudara diantara waktu menyusui.

R/: Kantong es yang dingin dapat membuat otot-otot payudara berkontraksi sehingga rasa nyeri dapat berkurang.

6) Jika payudara masih terasa penuh, lakukan pengeluaran ASI secara manual.

R/: Pengosongan payudara secara manual dapat membantu mengurangi pembengkakan payudara.

d. Masalah 4: 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: 123-124), antara lain:

- 1) Anjuran 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 dibawah perut.

R/: Posisi ini menjaga kontraksi tetap baik dan menghilangkan nyeri.

- 3) Jika perlu berikan analgesic (paracetamol, asam mafenamat, kodein, atau asetaminofen).

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

e. Masalah 5 : Puting susu lecet

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, retakan pada puting susu akan sembuh dalam 48 jam.

Kriteria : Rasa sakit/perih pada puting ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu.

Intervensi menurut Marmi (2010:171) antara lain:

- 1) Observasi pada puting yang lecet

R/Untuk mengkaji luka/lecet dan mengetahui adanya infeksi.

- 2) Anjurkan ibu untuk membersihkan puting susu dan tidak boleh terkena sabun, krim, odol, alcohol, ataupun zat lainnya.

R/Mengurangi sedikit rasa perih pada luka puting ibu.

3) Ajarkan ibu tentang cara menyusui secara benar dan mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.

R/Ibu bisa menyusui secara benar dan mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.

IV. Implementasi

- a. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan
- b. Menganjurkan ibu untuk istirahat cukup dan untuk memulihkan tenaganya.
- c. Menjelaskan pada ibu akibat kurang istirahat akan mengurangi produksi ASI dan memperbanyak perdarahan yang dapat menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.
- d. Mengajarkan ibu untuk mobilisasi secara bertahap.
- e. Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan diri terutama daerah perinium yaitu bersihkan dengan air bersih dan sabun, mengganti pembalut setidaknya dua kali sehari.
- f. Memberikan penjelasan tentang manfaat ASI yang mengandung bahan yang diperlukan oleh bayi, mudah dicerna, memberikan perlindungan terhadap infeksi, selalu segar, bersih, siap untuk minum dan hemat biaya.
- g. Memberikan konseling tentang perawatan payudara yaitu menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama puting susu, menggunakan BH yang menyokong payudara, apabila puting

susu lecet oleskan kolustrum atau ASI yang keluar pada sekitar putting setiap kali menyusui.

- h. Memberitahu ibu untuk makan yang banyak dan bergizi seperti lauk pauk dan sayur-sayuran agar produksi air susu tetap banyak.
- i. Memberikan ibu terapi tablet tambah darah, mencegah perdarahan dan ASI lancar (Marmi, 2010:227).

V. Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, mengulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tapi belum efektif (Muslihatun, 2010:258).

VI. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI (2007), Pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut :

S : Adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.

O : Adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan.

P : Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif,

tindakan segera, tindakan secara komperhensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

Langkah implementasi, evaluasi, dan dokumentasi diatas dilakukan untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, asuhan kebidanan pada ibu bersalin, asuhan kebidanan pada masa nifas, asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, dan asuhan kebidanan pada keluarga berencana.

2.2.4 Konsep dasar asuhan kebidanan pada Bayi Baru Lahir

I. 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 neonatus adalah bayi gelisah, tidak ada keinginan untuk menghisap ASI, bayi lapar, tidak sabar untuk menghisap puting (Manuaba, 2010:205). Terjadi seborrhoea, milliariasis, muntah dan gumoh, *oral trush* (moniliasis/sariawan), *diaper rash* (Marmi, 2012:207-229).

3) Riwayat antenatal

Bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu kelahiran. Jumlah kunjungan prenatal dicatat bersama setiap masalah prenatal yang ada. Semua hasil

laboratorium dan pengujian prenatal termasuk laporan ultrasonografi, harus ditinjau. Kondisi prenatal dan kondisi intrapartum yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan bayi baru lahir (Varney, 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 factor resiko signifikan untuk atau predictor infeksi neonatal. Cairan amnion berwarna mekonium meningkatkan resiko penyakit pernafasan. Medikasi selama persalinan seperti analgesic, 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 anomaly neonatus (Walsh, 2012:368).

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, 2012:368).

6) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

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

b) Eliminasi

(1) 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.

(2) Buang Air Besar (BAB)

Bayi yang pencernaannya 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).

c) Pola tidur

Bayi baru lahir biasanya akan tidur pada sebagian besar waktu diantara waktu makan, namun akan waspada dan beraksi ketika terjaga, ini adalah hal normal dalam 2 minggu pertama. Perlahan bayi sering terjaga diantara waktu menyusui (Dewi, 2011:26).

Tabel 2.22
Perubahan Pola Tidur Bayi

Usia	Lama tidur
1 minggu	16,5 jam
1 tahun	14 jam
2 tahun	13 jam
5 tahun	11 jam
9 tahun	10 jam

Sumber : (Dewi, 2011:29)

d) Aktivitas

Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam perhari, tergantung pada temperamen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok basah dan stimulasi berlebihan (Walsh, 2007:368).

e) Personal hygiene

Kulit bayi baru lahir sangat rentan mengering. Kulit kering yang berlebihan pada bayi menyebabkan ketidaknyamanan dan dermatitis popok (Walsh, 2007:368).

7) Riwayat psikososial

Kontak awal ibu dengan bayi setelah kelahiran melalui sentuhan, kontak mata, suara, aroma, bioritme akan terbentuk ikatan kasih sayang antara ibu dan orang tua (Marmi, 2011:207).

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, 2005:256). Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan (Saifuddin, 2006:137).

2) Tanda-tanda vital

a) Nadi

Frekuensi jantung bayi cepat, sekitar 120-160 kali per menit (Marmi, 2014:114).

b) Suhu

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, 2007:882).

c) Pernafasan

Bayi baru lahir selama satu menit penuh dengan mengobservasi gerakan naik turun perut bayi. Pernafasan bayi dapat naik turun, semakin lambat atau semakin cepat dari waktu ke waktu, kondisi ini normal. Pada pernafasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi dan ekspirasi (Saifuddin, 2009:138). Frekuensi rata-rata 40 kali per menit. Rentang 30-60 kali per menit. Pernafasan merupakan pernafasan diafragma dan abdomen (Varney, 2007:717).

d) APGAR SCORE

Tabel 2.23
Penilaian APGAR Score

Gejala	0	1	2
Denyut jantung janin	Tidak ada	≤ 100 denyut/menit	≥ 100 denyut/menit
Pernafasan	Tidak ada	Lemah, menangis lemah	Baik, menangis kuat
Otot	Lemas	Reflek lemah	Gerak aktif, refleks baik
Reaksi terhadap rangsangan	Tidak ada	Meringis	Menangis

Warna kulit	Biru/pucat	Badan merah/ekster mitas pucat	Seluruhnya merah
-------------	------------	--------------------------------	------------------

Sumber: (Prawirohardjo:2007).

3) Antropometri

a) Panjang badan

Panjang bayi diukur dari ujung kepala sampai tumit, dengan keyakinan bahwa kaki terekstensi penuh (Walsh, 2008:368). Menurut Varney (2007:921) panjang bayi baru lahir paling akurat dikaji jika kepala bayi baru lahir terletak rata terhadap permukaan yang keras. Kedua tungkai diluruskan dan kertas dimeja pemeriksaan diberi tanda. Setelah bayi baru lahir dipindahkan, bidankemudian dapat mengukur panjang bayi dalam satuan sentimeter.

b) Berat badan

Berat badan bayi rata-rata adalah 2500-4000 gram (Marmi, 2014:214).

c) Ukuran kepala

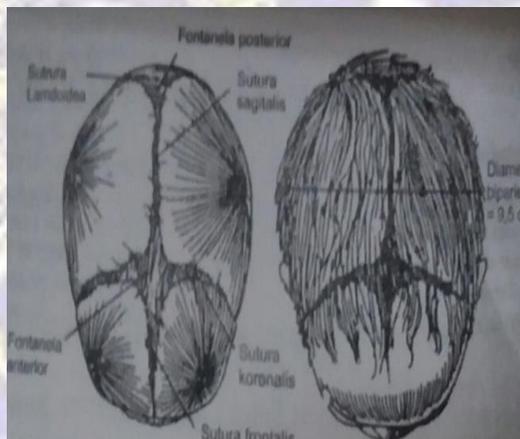
Ukuran kepala bayi aterm dibagi menjadi ukuran muka belakang dan ukuran melintang menurut Manuaba (2010) ukuran muka belang dibagi menjadi 5 antara lain :

- a. Dimeter suboksipito-bregmatika : 9,5-10 cm
- b. Diameter oksipito-frontalis : 11 cm

- c. Diameter mentop oksipitalis : 12 cm
- d. Diameter mentop oksipitalis : 13,5-15 cm
- e. Diameter submento-bregmatika : 9,5-10 cm

Ukuran melintang dibagi menjadi 2 antara lain :

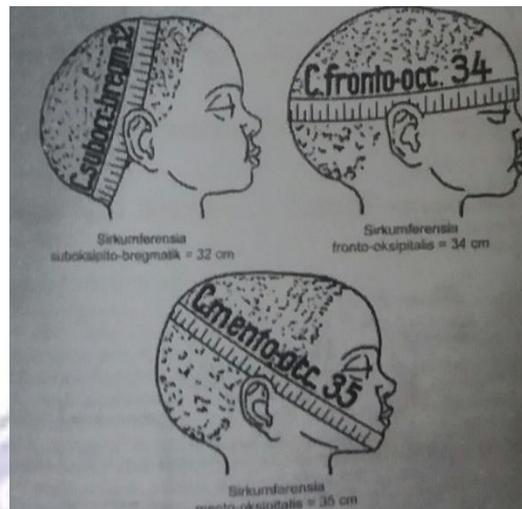
- a. Diameter biparietalis : 9,5-10 cm
- b. Diameter bitemporalis : 8-10 cm
- c. Cirkumferensial fronto oksipitalis : ± 34 cm
- d. Cirkumferensial mento oksipitalis : ± 35 cm
- e. Cirkumferensial sub oksipito bregmatika : ± 232 cm



Gambar : 2.33

Ubun-ubun sutura dan diameter kepala bayi yang cukup bulan

Sumber : Manuaba: 2010:103.



Gambar : 2.34
Ukuran-ukuran kepala bayi
Sumber : Manuaba, 2010: 103.

d) Lingkar dada 30-38 cm

e) Lingkar lengan 11-12 cm (Vivian, 2010:12-15).

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, 2014:221).

b) Wajah

Wajah harus tampak simetris. Terkadang wajah bayi tampak asimetris hal ini dikarenakan posisi bayi diintrauterin. Perhatikan kelainan wajah yang khas seperti sindrom *piere robin*. Perhatikan juga kelainan wajah akibat trauma lahir seperti laserasi, paresi dan fasialis (Marmi, 2014:221).

c) Mata

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. Periksa juga adanya trauma seperti perdarahan konjungtiva. Periksa adanya sekret pada mata, konjungtivitis oleh kuman

gonokokus dapat menjadi panoftalmia dan menyebabkan kebutaan (Marmi, 2014:221-224).

d) 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, 2014:224).

e) Mulut

Simetris, tidak ada sumbing (skizis), refleks hisap kuat, saliva berlebihan dikaitkan dengan fistula atau atresia trakeoesofagus (Walsh, 2007:370).

f) Telinga

Telinga harus menempel pada titik garis horizontal dari kantus luar mata. Kartilago harus keras dan berkembang baik. Pendengaran harus baik, bayi harus terkejut dengan bunyi keras dan mampu memalingkan perhatian kearah suara yang dikenalnya (Walsh, 2007:302).

g) Leher

Simetris, tidak teraba massa dan pembesaran tiroid, tidak ada krepitus atau fraktur (Walsh, 2007:302). Leher bayi biasanya pendek dan diperiksa kesimetrisannya. Pergerakan harus baik. Jika terdapat

keterbatasan pergerakan kemungkinan ada kelainan tulang leher. Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhealis (Marmi, 2014:224).

h) 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, 2014:224).

i) Aksila

Aksila harus dipalpasi, dan nodus kecil dapat terlihat ada beberapa neonatus sehat. Neonatus yang pernah terpajan pada HIV mengalami limfadenopati aksilaris (Walsh, 2007:335).

j) Abdomen

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, 2014:226).

k) Punggung

Bayi harus dibalik sehingga pemeriksaan dapat menginfeksi lipatan luteal untuk simetrisitas. Lipatan yang asimetris dapat menunjukkan abnormalitas panggul atau tungkai. Bokong harus diregangkan untuk mengkaji lesung dan sinus yang dapat mengindikasikan anomaly medulla spinalis (Walsh, 2007:339).

l) Genetalia

(1) 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, 2014:226).

(2) 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

fimosi. Periksa adanya hipospadia dan epispadia (Marmi, 2014:226).

m) Anus

Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya mekonium plug syndrom megakolom atau obstruksi saluran pencernaan (Marmi, 2014:235).

n) Ekstremitas

Ukuran setiap tulang harus proporsional untuk ukuran seluruh tungkai dan tubuh secara umum. Tungkai harus simetris harus terdapat 10 jari. Telapak harus terbuka secara penuh untuk memeriksa jari ekstra dan lekukan telapak tangan. Sindaktili adalah penyatuan atau penggabungan jari-jari, dan polidaktili menunjukkan jari ekstra. Kuku jari harus ada pada setiap jari. Panjang tulang pada ekstremitas bawah harus dievaluasi untuk ketepatannya. Lekukan harus dikaji untuk menjamin simetrisitas. Bayi yang lahir dengan presentasi bokong berisiko tinggi untuk mengalami kelainan panggul kongenital (Walsh, 2008:371-372).

o) Kulit dan kuku

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, 2006:137) 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, 2009:709).

5) Pemeriksaan penunjang

a) 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 (Marmi, 2014:246).

b) Refleksi menelan (*swallowing reflex*)

Kumpulan ASI di dalam mulut bayi mendesak otot-otot di daerah mulut dan faring untuk mengaktifkan refleksi menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung bayi (Wiknjosastro, 2008:134).

c) Refleksi berkedip (*glabellar reflex*)

Pada saat pangkal hidung diketuk secara pelan, bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama (Marmi, 2014:246).

d) Refleksi menghisap (*suckling reflex*)

Benda menyentuh bibir disertai refleksi menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat. Dilihat pada waktu bayi menyusu.

f) Refleksi mencari (*rooting reflex*)

Ketika pipi atau sudut mulut bayi disentuh, bayi akan menoleh ke arah stimulus dan membuka mulutnya.

g) Refleksi menggenggam (*grasping reflex*)

Ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari), respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat (Marmi, 2014:246).

h) Refleks terkejut (*morro reflex*)

Ketika bayi kaget akan menunjukkan respon berupa memeluk dengan abduksi dan ekstensi dari ekstermitas atas yang cepat dan diikuti dengan aduksi yang lebih lambat dan kemudian timbul fleksi. Refleks ini juga berfungsi untuk menguji kondisi umum bayi serta kenormalan sistem saraf pusatnya.

i) 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, 2014:247).

j) 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, 2014:247).

k) 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).

II Diagnosa Kebidanan

Menurut Kemenkes RI (2011) perumusan diagnose atau malah kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnose dan masalah kebidanan yang tepat. Kriteria perumusan diagnose atau masalah adalah:

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

Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir diberikan kepada bayi-bayi baru lahir dengan masalah sebagai berikut, hemangioma, ikterik, muntah, gumoh, diaperash, seborrhoea, bisulan, miliariasis, diare, obstipasi, infeksi, dan bayi meninggal mendadak (Marmi, 2014:211).

III Intervensi

Diagnosa : Diagnosa yang dapat ditegakkan adalah bayi baru lahir normal, umur, jam, bayi baru lahir tanggal, dengan normal, tangisan kuat, warna kulit merah, tonus otot baik, BB (2500-400 gram), PB (48-52 cm).

Tujuan : Bayi tetap dalam keadaan normal dan bayi tidak mengalami infeksi dan hipotermi.

a. Kriteria :

- 1) Bayi tampak sehat, kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis kuat, minum ASI (Wiknjastro, 2006:174).
- 2) Nadi 120-160 kali per menit.
- 3) Suhu bayi 36,5-37,5⁰C.
- 4) Frekuensi pernafasan rata-rata 40 kali per menit, rentang 30-60 kali per menit (Varney, 2007).
- 5) Berat badan 2500-4000 gram.

b. Intervensi :

- 1) Lakukan inform consent
R/Inform consent merupakan langkah awal untuk melakukan tindakan lebih lanjut.
- 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan
R/Cuci tangan merupakan prosedur pencegahan kontaminasi silang.

3) Beri identitas bayi

R/Identitas merupakan cara yang tepat untuk menghindari kekeliruan.

4) Bungkus bayi dengan kain kering dan lembut

R/Membungkus bayi merupakan mencegah hipotermi.

5) Rawat tali pusat dan memungkus dengan kassa

R/Tali pusat yang terbungkus merupakan cara mencegah infeksi.

6) Timbang berat badan setiap hari setelah dimandikan

R/Deteksi dini pada pertumbuhan dan kelainan pada bayi.

7) Ukur suhu tubuh bayi denyut jantung dan respirasi setiap jam

R/Deteksi dini terhadap terjadinya komplikasi.

8) Anjurkan ibu untuk mengganti popok bayi setelah BAK/BAB

R/Segera mengganti popok setelah basah merupakan salah satu cara untuk menghindari bayi dari kehilangan panas.

9) Anjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif

R/Asi adalah makanan terbaik bayi untuk tumbuh kembang dan pertahanan tubuh/kebutuhan nutrisi 60 cc/kg/hari.

c. Potensi Masalah

1) Masalah 1 : Resiko Hipotermi

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

Kriteria :

- a) Suhu bayi $36,5 - 37,5^{\circ}\text{C}$ (Marmi, 2014:207).

- b) Bayi menetek kuat, tidak lesu, akral hangat, denyut jantung bayi 120-160x/ menit, kulit tubuh bayi lembab, turgor baik (Saifuddin, 2009:97-100).

Intervensi menurut Marmi (2012:302):

- (1) 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 setres dingin.
- (2) Kaji tanda-tanda hipotermi.
R/Selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal yang berakhir dengan kematian.
- (3) Cegah kehilangan panas tubuh bayi melalui konduksi, konveksi, radiasi, dan evaporasi.
R/Konveksi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi-bayi ditempatkan didekat benda-benda yang mempunyai suhu tubuh lebih rendah dari suhu tubuh bayi. Evaporasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas bayi sendiri karena setelah lahir, tubuh bayi tidak segera dikeringkan dan diselimuti.

2) Masalah 2 : Resiko Hipoglikemi

Tujuan : Hipoglikemi tidak terjadi

Kriteria :

(a) Kadar glukosa dalam darah \geq mg/dl

(b) Bayi tidak kejang, tidak latargi, pernafasan teratur, kulit kemerahan, tida pucat, minum ASI adekuat, tangis kuat dan nomotermi.

Intervensi menurut Marmi (2012:306):

(1) Kaji bayi baru lahir dan catat setiap factor resiko.

R/Bayi preterm, bayi dari ibu diabetes, bayi baru lahir dengan asfiksia, setres karena kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk beresiko mengalami hipoglikemi

(2) Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan strip kimia pada seluruh bayi baru lahir dalm 1-2 jam setelah kelahiran.

R/Bayi yang beresiko harus dikaji tidak lebih dari 2 jam setelah kelahiran, serta saat sebelum pemberian ASI, apabila terdapat tanda ketidaknormalan dan setiap 2-4 jam hingga stabil.

(3) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemi.

R/Tanda-tanda hipoglikemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

(4) Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10% bagi bayi yang beresiko hipoglikemia.

R/Nutrisi yang terepenuhi akan mencegah hipoglikemi.

- (5) Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat, dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal.

R/Tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energy bayi.

3) Masalah 3 : Resiko ikterik

Tujuan : Ikterik tidak terjadi

Kriteria :

- (1) Kadar bilirium serum $\leq 12,9$ mg/dl
- (2) Timbul pada hari ke 2 dan ketiga setelah bayi lahir
- (3) Kulit bayi berwarna kemerahan, mukosa, seklera dan urin tidak berwarna kekuning-kuningan.



Gambar : 2.35

Daerah bayi kuning untuk rumus krammer

Sumber : Saifuddin, 2009:382.

Tabel 2.24
Rumus Kramer

Daerah (Lihat gambar)	Luas ikterus	Kadar bilirubin (mg%)
1	Kepala dan leher	5
2	Daerah 1 (+) Badan bagian atas	9
3	Daerah 1.2 (+) Badan bagian bawah dan tungkai	11
4	Daerah 1.2.3 (+) Lengan dan kaki dibawah dengkul	12
5	Daerah 1,2,3,4 (+) Tangan dan kaki	16

Sumber : (Saifuddin, 2009 :383).

Intervensi menurut Marmi (2012:77-79):

(4) Mengkaji factor-faktor resiko.

R/Riwayat prenatal tentang imunisasi Rh inkompatibilitas ABO, penggunaan askrim pada ibu, sulfonadima, atau obat-obatan anti mikroba dan cairan amniom berwarna kuning (indikasi penyakit hermolitik tertentu) merupakan factor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat.

(5) Mengkaji tanda dan gejala klinis ikterik.

R/Pola penerimaan ASI yang buruk, latargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya reflex moro,

merupakan tanda-tanda awal enselopati bilirubin (kerniterus).

(6) Berikan ASI sesegera mungkin, dan lanjutkan 2-4 jam.

R/Kolostrom sebagai pembersih selaput usus BBL sehingga saluran pencernaan siap untuk menerima makanan.

(7) Jemur bayi dimatahari pagi jam 7-9 selama 10 menit.

R/Menjemur bayi dimatahari pagi jam 7-9 selama 10 menit akan mengubah senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah diekskresikan.

4) Masalah 4 : Seborrhea

Tujuan : Seborrhea tidak terjadi

Kriteria :

- a) Cuaca dingin
- b) Jarang mencuci rambut
- c) Pemakaian lotion yang mengandung alcohol

Intervensi menurut Marmi (2012:221-223):

(1) Menyelimuti bayi dan memakaikan baju.

R/Menjaga suhu bayi tetap hangat.

(2) Memberikan obat-obatan topical seperti sampo yang tidak berbusa.

R/Mengeramasi bayi sampai 2-3 kali seminggu.

(3) Memberikan krim silanium sulvida/HG presipitatus albus 2%.

R/Memberikan salep sehari 3 kali sehabis mandi.

IV. Implementasi

1. Merawat bayi diruang hangat dengan membungkus bayi dengan selimut dan meletakkan bayi dalam incubator atau dekatkan disisi ibu.
2. Merawat bayi dengan teknik aseptik dan antiseptic, cuci tangan sebelum dan sesudah merawat bayi.
3. Melakukan dan mengajarkan kepada ibu kalau merawat tali pusat dengan steril dengan kassa kering dan steril.
4. Mengajari ibu cara menyusui yang benar
 - a) Bayi menhisap pelan tapi kuat dan mulut membuka lebar.
 - b) Puting sampai bagian areola payudara ibu masuk ke mulut bayi.
 - c) Dada bayi menempel pada payudara atau dada ibu.
 - d) Tangan tangan telinga dalam posisi lurus.
5. Menganjurkan ibu menyusui bayinya sesering mungkin.
6. Melakukan perawatan sehari-hari
 - a) Mengganti popok bayi ketika basah karena BAB/BAK.
 - b) Memandikan bayi 2 kali sehari.
 - c) Merawat tali pusat dengan kassa steril kering tanpa alcohol.

7. Menjelaskan tanda bahaya bayi baru lahir.

- a) Tidak dapat menyusu, hisapan lemah, mengantuk berlebih, banyak muntah.
- b) Nafas cepat lebih dari 60x/menit.
- c) Susah untuk dibangunkan atau lemah.
- d) Sering merintih.
- e) Suhu tubuh $\leq 36.5^{\circ}\text{C}$ atau $\geq 36,5^{\circ}\text{C}$.
- f) Warna kulit kuning (terutama timbul dalam 24 jam pertama).
- g) Tali pusat memerah, bengkak, keluar cairan nanah, bau busuk.
- h) Demam
- i) Mata bayi merah (trauma saat lahir).

V. 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 diberikan, sesuai dengan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria :

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan direkomendasikan kepada klien dan atau keluarga.
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standard
4. Hasil evaluasi ditindaklanjuti sesuai kondisi klien atau pasien.

VI. Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan criteria :

1. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.
2. S adalah data Subjektif, mencatat hasil anamnesa.
3. O adalah data Objektif, mencatat hasil pemeriksaan.
4. A adalah hasil Analisa, mencatat hasil diagnose dan masalah kebidanan.
5. P adalah Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komperhensif: Penyuluhan, dukungan, molaborasi, evaluasi dan rujukan.

Langkah implementasi, evaluasi, dan dokumentasi diatas dilakukan untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, asuhan kebidanan pada ibu bersalin, asuhan kebidanan pada masa nifas, asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, dan asuhan kebidanan pada keluarga berencana.

2.2.5 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana.

I. Pengkajian

1. Data subyektif

a. Identitas

1) Nama

Untuk dapat mengenal atau mengenali nama ibu dan untuk mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama (Romauli, 2011: 313).

2) 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, 2010:9).

3) Agama

Informasi mengenai agama dapat digunakan untuk menuntun diskusi tentang tradisi keagamaan dalam kehamilan dan persalinan. Tradisi keagamaan dalam kehamilan dan kelahiran, perasaan tentang jenis kelamin, dan pada beberapa kasus penggunaan produk darah (Marmi, 2011: 60-63).

4) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat semakin efektif menggunakan metode KB yang dianjurkan yaitu

kontak, suntikan KB, susuk KB atau AKBK (Alat Kontrasepsi Bawah Kulit), AKDR (Alat Kontrasepsi Bawah Rahim) (Manuaba,2012:592).

5) 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).

b. Keluhan utama

Keluhan utama pada ibu pasca persalinan menurut saifuddin (2012:119) adalah :

- a) Usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan.
- b) Usia >35 tahun tidak ingin hamil lagi.

c. Alasan kujungan

Alasan wanita datang ke tempat bidan/klinik, yang diungkapkan dengan kata-katanya sendiri (Hani dkk, 2010: 49-51).

d. Riwayat kesehatan

- 1) 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, 2012:45).

- 2) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin (Affandi, 2012:52).
- 3) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah $< 180/110$ mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (*sickle cell*) (Affandi, 2012:66).

e. Riwayat kebidanan

1) Riwayat menstruasi

Menurut (Marmi, 2014:283):

- a) Menarche adalah terjadinya haid yang pertama kali. Menarche terjadi pada usia pubertas, yaitu 12-16 tahun, rata-rata 12,5 tahun.

b) Siklus haid

Siklus haid yang klasik adalah 28 hari ± 2 hari, sedangkan pola haid dan lamanya perdarahan tergantung pada tipe wanita dan biasanya 3-8 hari.

c) Hari pertama haid terakhir

HPHT dapat dijabarkan untuk memperhitungkan tanggal tafsiran persalinan. Bila siklus haid ± 28 hari, rumus yang dipakai adalah rumus Neagel yaitu hari + 7, bulan -3, tahun + 1.

f. 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, 2009:116-117).

g. Riwayat persalinan yang lalu

Persalinan yang aterm, persalinan yang premature, keguguran atau kegagalan kehamilan, persalinan dengan tindakan (forsep atau SC), riwayat perdarahan pada kehamilan (Rukiyah, 2009:118). 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, 2012:52).

h. 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 dua 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, 2010:579).

i. Riwayat KB

Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada akseptor, pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implant, AKDR) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2015:71).

j. Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

KB hormonal (Implan, suntik, pil) merangsang pusat pengendali nafsu makan dihipotalamu yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak dari pada biasannyaa (Hartanto, 2015:78).

2) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot (Hartanto, 2015:78).

3) Kebersihan diri

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu selalu menjaga kebersihan tubuh terutama pada daerah genitalia (Ambarwati, 2010:132). Pakaian dalam sebaiknya yang menyerap.

4) Seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido (Saifuddin, 2006:77). Pada kontrasepsi suntik progestin diberikan pada waktu 7 hari siklus haid, tetapi jika akeptor terlambat diberikan sesudah haid 7 hari, maka akseptor perlu menggunakan metode kontrasepsi lain (kondom) selama 7 hari bila melakukan hubungan seksual (Saifuddin, 2006:76). Pada akseptor implant sebaiknya dipasang pada saat hari ke-2 hingga hari ke-7. Lebih dari itu Kaseptor kb implant perlu adanya penggunaan kontrasepsi tambahan selama 7 hari bila melakukan hubungan seksual (Saifuddin, 2006:78-79).

5) Istirahat

Menggambarkan pola istirahat dan tidur pasien, berapa jam pasien tidur, kebiasaan sebelum tidur,

misalnya membaca, mendengarkan music, kebiasaan mengkonsumsi obat tidur, kebiasaan tidur siang (Ambarwati, 2010:157).

6) Aktivitas

Menggambarkan pola aktivitas pasien sehari-hari. Pada pola ini perlu dikaji pengaruh aktivitas terhadap kesehatannya (Ambarwati 2010:157).

k. Keadaan psikologis

- 1) Beberapa klien malu untuk membeli kondom ditempat umum (Saifuddin, 2012:153).
- 2) Sifat khas kotrasepsi hormonal dengan kontrasepsi estrogen menyebabkan pemakainya mudah tersinggung dan tegang (Manuaba, 2010:375).

l. Latar belakang sosial budaya

Mengkaji apakah suami mendukung ibu untuk menggunakan KB dan sama sekali tidak ada larangan untuk pemakaian KB dalam mengambil keputusan diambil secara bersama. Tidak ada budaya setempat yang menghambat ibu dalam pemakaian alat kontrasepsi (Manuaba, 2010:375).

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan umum

1) Tanda-tanda vital

Suntikan progesterin dan implant dapat digunakan oleh wanita yang memiliki tekanan darah <180/110 mmHg (Saifuddin, 2012:128). Denyut nadi irregular tidak dianjurkan memakai KB implant (Saifuddin, 2012:128).

b. Pemeriksaan antropometri

1) Berat badan

Salah satu keterbatasan kontrasepsi hormonal yaitu terjadi peningkatan atau penurunan berat badan (Saifuddin, 2012, 129).

c. Pemeriksaan fisik

1) Muka

Pada wajah perlu dilakukan pemeriksaan oedema yang merupakan tanda klasik pre-eklamsia (Varney, 2007:476).

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progesterin, tetapi sangat jarang terjadi (Affandi, 2012:50).

2) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal, warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sedangkan

normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu kemungkinan konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre-eklamsia (Romauli, 2011:168).

3) Payudara

Keterbatasan pada penggunaan KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara (Affandi, 2012: 49-55). Terdapat benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implant (Affandi, 2012:55). Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma seperti karsinoma payudara atau serviks, namun progesteron termasuk DMPA, digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2013:164).

4) Abdomen

Bekas luka operasi : untuk mengetahui apakah pernah SC atau operasi lain. Konsistensi: keras atau tidak. Pembesaran lien (liver): ada atau tidak (Marmi, 2011:176).

5) Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenore (Hartanto,

2013:170).Ibu dengan varises di vulva dapat menggunakan AKDR (Affandi, 2012:77).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, 2012:75).

6) Ektermitas

Pada pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan (Affandi, 2012:58).

Ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan AKDR (Affandi, 2012:77).Untuk kontrasepsi IUD, selain dilakukan pemeriksaan fisik juga dilakukan pemeriksaan inspekulo dan bimanual untuk penapisan.

II. 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 :

- a) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan

- b) Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien
- c) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

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.

III. Intervensi

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 :

- a) Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif.
- b) Pengetahuan ibu tentang macam-macam, cara kerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah.
- c) Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya.

Kriteria:

- a) Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas.

- b) Ibu memilih salah satu KB yang sesuai.
- c) Ibu terlihat tenang.

Intervensi menurut Saifuddin (2012:148).

- a) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.

R/Meyakinkan klien membangun rasa percaya diri.

- b) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).

R/Dengan mengetahui informasi tentang diri klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien.

- c) 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.

- d) Bantulah klien menentukan pilihannya.

- e) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien

- f) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.

- g) 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 kontrasepsi.

Kemungkinan Masalah :

1 Masalah 1 : Amenorrhea

a) Tujuan :

Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut.

b) Kriteria :

Ibu bisa beradaptasi dengan keadaannya.

c) Intervensi menurut Saifuddin (2010:47) :

(1) Kaji pengetahuan pasien tentang *amenorrhea*

R/Mengetahui tingkat pengetahuan pasien.

(2) Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul di dalam rahim.

R/Ibu dapat merasa tenang dengan keadaan kondisinya.

(3) Bila terjadi kehamilan hentikan penggunaan KB, bila kehamilan ektopik segera rujuk.

R/Penggunaan KB pada kehamilan dapat mempengaruhi kehamilan dan kehamilan ektopik lebih besar pada pengguna KB.

2. Masalah 2 : Perdarahan bercak/*spotting*

1. Tujuan :

Setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya

2. Kriteria :

Keluhan ibu terhadap masalah bercak/*spotting* berkurang

3. Intervensi menurut Affandi (2012:MK-49) adalah:

- (1) Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah dan biasanya tidak memerlukan pengobatan.

R/Klien mampu mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek menggunakan KB hormonal adalah terjadinya perdarahan bercak/*spotting*.

- (2) Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya.

3. Masalah 3 :Perdarahan pervaginam yang hebat

a) Tujuan :

Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi penggunaan KB

b) Kriteria :

Perdarahan berkurang dan ibu tidak khawatir dengan kondisinya.

c) Intervensi menurut Affandi (2012:MK-79) :

- (1) Pastikan dan tegaskan adanya infeksi pelvik dan kehamilan ektopik

R/Tanda dari kehamilan ektopik dan infeksi pelvik adalah berupa perdarahan yang banyak.

- (2) Berikan 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.

- (3) Lepasakan AKDR jika klien menghendaki

R/Perdarahan yang banyak merupakan komplikasi dari penggunaan AKDR.

4. Masalah 4 : Pusing

- a) Tujuan :

Setelah diberikan asuhan, pusing dapat teratasi dan ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya.

- b) Kriteria :

Tidak merasa pusing dan mengerti efek samping dari KB hormonal.

- c) Intervensi Menurut Saifuddin (2010:33):

- (1) Kaji keluhan pusing pasien.

R/Membantu menegakkan diagnose dan menentukan langkah selanjutnya untuk pengobatan.

(2) Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara.

R/Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal.

(3) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi.

R/Teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri.

IV. Implementasi

1 Menjelaskan pada ibu mengenai pengertian kontrasepsi

2 Menjelaskan pada ibu macam-macam kontrasepsi

a) Cara kerja kontrasepsi

j) Keefektifitas kontrasepsi

k) Keuntungan kontrasepsi

l) Kerugian kontrasepsi

m) Efek samping kontrasepsi

n) Jadwal kontrasepsi

3 Memberikan inform consent untuk di tanda tangani ibu.

V. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/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 standart.
4. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

VI. Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan criteria:

1. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia.
2. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.
 - S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.
 - O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.
 - A adalah hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan.
 - P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif,

tindakan segera, tindakan seccara komperhensif: Penyuluhan, dukungan. Kolaborasi, evaluasi dan rujukan.

Langkah implementasi, evaluasi, dan dokumentasi diatas dilakukan untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, asuhan kebidanan pada bersalin, asuhan kebidanan pada masa nifas, asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, dan asuhan kebidanan pada keluarga berencana.

