

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini diuraikan tentang konsep dasar dan asuhan kebidanan pada ibu dalam masa kehamilan, persalinan, nifas, neonatus dan Keluarga Berencana (KB).

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterine (dalam kandungan) dimulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan (Maryunani, 2010 : 294).

Kehamilan merupakan suatu proses merantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi pelepasan sel telur, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2010 : 213).

2. Proses Kehamilan

a. Ovum

Ovum berisi satu DNA haploid, setengah DNA diperlukan untuk kode seluruh organisme. Ketika bertemu dengan gamet jantan, ovum dibuahi, kemudian berubah menjadi zigot yang selanjutnya berkembang menjadi embrio, janin, dan akhirnya

tumbuh organisme dewasa. Ovum, seperti yang dikenal dalam bentuk jamak, ovum juga disebut sebagai oosit (Sutanto dkk, 2017 : 24).

b. Sperma

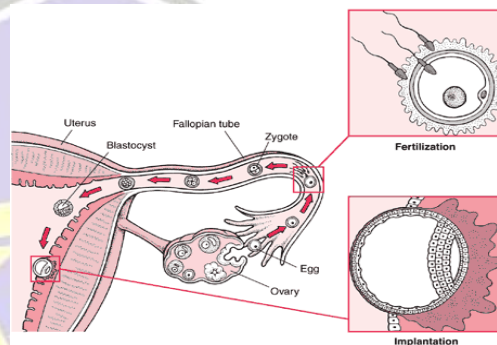
Dikeluarkan oleh testis dan peristiwa pematangannya disebut spermatogenesis. Jumlahnya akan berkurang, tetapi tidak akan habis seperti pada ovum dan tetap memproduksi meskipun pada lansia. Kemampuan fertilisasi selama 2-4 hari, rata-rata 3 hari. Terdapat 100 juta sperma pada setiap mililiter air mani yang dihasilkan, rata-rata 3 cc setiap ejakulasi. Mengeluarkan enzim, hialuronidase untuk melunakkan korona radiata atau sel-sel granulosa (Hani dkk, 2011 : 36-39).

c. Pembuahan (konsepsi = fertilisasi)

Konsepsi (pembuahan) adalah penyatuan ovum (oosit sekunder) dan spermatozoa yang biasanya berlangsung di ampulla tuba. Untuk mencapai ovum, spermatozoa harus melewati korona (lapisan sel di luar ovum) dan zona pelusida (suatu bentuk glikoprotein ekstraseluler), yaitu dua lapisan yang menutupi dan mencegah ovum mengalami fertilisasi lebih dari satu spermatozoa (Prawirohardjo, 2009 : 140-141).

Menurut (Hani dkk, 2011 : 36-39), setelah masuk ke organ genitalia interna wanita, sperma akan menghadapi beberapa

rintangan antara lain : lendir vagina yang bersifat asam, lendir serviks yang kental, panjangnya uterus, serta silia yang ada di tuba fallopi. Untuk menghadapi rintangan tersebut sperma harus mempunyai akrosom dan melewati proses kapasitasi.



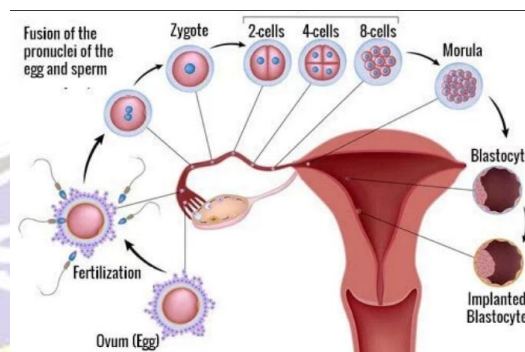
Gambar 2.1
Proses Fertilisasi (pembuahan)

Sumber : Kuswanti , 2014 : 63.

d. Pembelahan

Zigot akan membelah menjadi tingkat 2 sel (30 jam), 4 sel, 8 sel sampai dengan 16 sel disebut *Blastomer* (3 hari) dan membentuk sebuah gumpalan bersusun longgar. Setelah 3 hari sel-sel tersebut akan membelah membentuk buah arbei dari 16 sel disebut *Morula* (4 hari). Berangsur-angsur ruang antar sel menyatu dan akhirnya terbentuklah sebuah rongga atau blastokel sehingga disebut *Blastokista* (4 $\frac{1}{2}$ - 5 hari). Zona pellusida akhirnya menghilang sehingga trofoblast bisa memasuki dinding rahim (endometrium) dan siap berimplantasi

(5 ½ - 6 hari) dalam bentuk *Blastokista tingkat lanjut*. (Hani dkk, 2011 : 36-39).



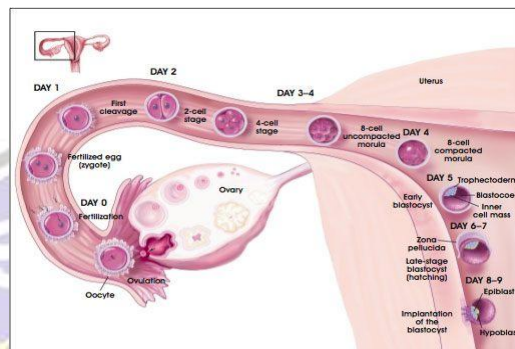
Gambar 2.2
Proses Pembelahan

Sumber : Kuswanti, 2014 : 62.

e. Nidasi/Implantasi

Setelah lima sampai tujuh hari setelah terjadi ovulasi terjadi, blastosit tiba di rahim dalam keadaan siap untuk implantasi. Produksi progesterone sedang pada puncaknya. Progesterone merangsang pembuluh-pembuluh darah yang sarat oksigen dan zat gizi untuk memberi pasokan pada endometrium agar tumbuh dan siap menerima blastosit. Blastosit perlu waktu kira-kira 13 hari agar tertanam dengan kuat (Pantikawati dkk, 2010 : 50). Umumnya nidasi terjadi di dinding depan atau belakang uterus, dekat pada fundus uteri. Jika nidasi ini terjadi, barulah dapat disebut kehamilan. Setelah

nidasi berhasil, selanjutnya hasil konsepsi akan tumbuh dan berkembang di dalam endometrium (Saifuddin, 2009 : 158).



Gambar 2.3
Proses Perkembangan dan Perjalanan Ovum

Sumber : Manuaba, 2010 : 115.

f. Pembentukan plasenta

Plasentasi adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta. Setelah nidasi embrio ke dalam endometrium, plasentasi dimulai. Pada manusia plasentasi terjadi 12-18 minggu setelah fertilisasi (Saifuddin, 2010 : 89).

Dalam dua minggu pertama perkembangan hasil konsepsi, trofoblas invasif telah melakukan penetrasi kedalam pembuluh darah endometrium. Terbentuklah sinus intertrofoblastik yaitu ruangan-ruangan yang berisi darah maternal dari pembuluh-pembuluh darah yang dihancurkan. Tiga minggu pasca fertilisasi sirkulasi darah janin ini berakhir di lengkung kapilar

(*capillary loops*) di dalam vili korialis yang ruang intervilinya dipenuhi dengan darah maternal yang dipasok oleh arteri spiralis dan dikeluarkan melalui vena uterine. Vili korialis ini akan bertumbuh menjadi suatu masa jaringan yaitu plasenta (Prawirohardjo, 2009 : 145-146).

3. Klasifikasi (Masa-masa) Kehamilan

Menurut Sarwono (2011 : 45), kehamilan di klasifikasikan dalam tiga semester, yaitu :

- a. Trimester kesatu, dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan (0-12 minggu).
- b. Trimester kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan (13-27 minggu).
- c. Trimester ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (28-40 minggu).

4. Tanda-tanda Kehamilan

- a. Tanda-tanda dugaan hamil (Presumptif Signs)
 - 1) Amenorea

Haid dapat berhenti karena konsepsi, namun dapat pula terjadi pada wanita dengan stress atau emosi, faktor hormonal, gangguan metabolisme, serta kehamilan yang terjadi pada wanita yang tidak haid karena menyusui ataupun sudah kuretase (Widatiningsih dkk, 2017 : 12).

2) Nausea dan vomitus (mual dan muntah)

Pada umumnya, nausea terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan sampai akhir triwulan pertama dan kadang-kadang disertai muntah. Dalam batas tertentu, keadaan ini masih fisiologis, namun bila terlampau sering dapat mengakibatkan gangguan kesehatan dan disebut dengan hiperemesis gravidarum (Jannah, 2012 : 58).

3) Mengidam

Sering terjadi pada bulan-bulan pertama dan menghilang dengan makin tuanya usia kehamilan (Sulistyawati, 2009 : 18).

4) Quickening

Ibu merasa adanya gerakan janin untuk yang pertama kali. Sensasi ini juga dikarenakan peningkatan peristaltik usus, kontraksi otot perut atau gerakan isi perut yang dirasakan seperti janin bergerak (Widatiningsih dkk, 2017 : 13-14).

5) Sinkope (pingsan)

Bila berada pada tempat-tempat ramai yang sesak dan padat. Biasanya hilang sesudah kehamilan 16 minggu (Prawirohardjo, 2008 : 65).

6) Fatigue (kelelahan)

Sering terjadi pada semester pertama, akibat dari penurunan kecepatan basal metabolisme (*basal metabolism rate-BMR*) pada kehamilan, yang akan meningkat seiring pertambahan usia kehamilan akibat aktivitas metabolisme hasil konsepsi (Cunningham, *et al*, 2007 : 386).

7) Mastodynia

Bersama somatomotropin, hormon ini menimbulkan perasaan tegang dan nyeri selama dua bulan pertama kehamilan, pelebaran puting susu, serta pengeluaran kolostrum (Manuaba, 2010 : 107).

8) Gangguan saluran kencing

Keadaan ini terjadi karena kandung kemih pada bulan-bulan pertama kehamilan tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Pada triwulan kedua, umumnya keluhan ini hilang oleh karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul. Pada akhir triwulan, gejala ini bisa timbul kembali karena janin mulai masuk ke rongga panggul dan menekan kembali kandung kencing (Nugroho dkk,2014:36).

9) Perubahan berat badan

Berat badan meningkat pada awal kehamilan karena perubahan pola makan dan adanya timbunan cairan berlebih selama kehamilan (Widatiningsih dkk, 2017 : 13).

10) Konstipasi

Pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltik usus (tonus otot menurun) sehingga kesulitan untuk BAB (Hani dkk, 2010 : 72).

b. Tanda Kemungkinan (Probability) Kehamilan

1) Peningkatan suhu basal tubuh

Kenaikan suhu basal lebih dari 3 minggu, kemungkinan adanya kehamilan. Kenaikan ini berkisar antara 37,2-37,8°C (Widatiningsih dkk, 2017 : 14).

2) Perubahan pada kulit

Cloasma Gravidarum/topeng kehamilan berupa warna kehitaman sekitar mata, hidung dan pelipis yang umumnya terjadi pada kehamilan mulai 16 minggu. Perubahan kulit lainnya bisa berupa hiperpigmentasi disekitar areola dan puting mammae, munculnya linea nigra yaitu pigmentasi pada linea medialis perut yang tampak jelas mulai dari pubis hingga umbilikus (Widatiningsih dkk, 2017 : 14).

3) Perubahan payudara

Pembesaran dan hipervasularisasi mammae terjadi sekitar kehamilan 6-8 minggu. Pelebaran areola menonjolnya kelenjar montgomery, karena rangsangan hormon steroid. Pengeluaran kolostrum biasanya kehamilan 16 minggu karena pengaruh prolaktin dan progesterone (Widatiningsih dkk, 2017 : 14-15).

4) Pembesaran perut

Biasanya tampak setelah 16 minggu karena pembesaran uterus. Ini bukan tanda diagnostik pasti tapi harus dihubungkan dengan tanda kehamilan lain (Widatiningsih dkk, 2017 : 15).

5) Epulis

Hipertrofi gusi disebut epulis dapat terjadi pada kehamilan (Marjati dkk, 2010). Hipertropi papilla gingivae/gusi, sering terjadi pada triwulan pertama (Hani dkk, 2011 : 74).

6) Ballottement

Pada kehamilan 16-20 minggu. Pemeriksaan palpasi: kesan seperti ada massa yang keras, mengapung dan memantul di uterus. Dapat terjadi pada tumor uterus, mioma, ascites, kista ovarium (Widatiningsih, 2017 : 15).

7) Kontraksi uterus

Kontraksi uterus yang dirasakan seperti tertekan dan kencang, disebut kontraksi *Braxton Hicks*. Uterus mudah terangsang oleh peninggian hormone oksitosin. Gejala ini biasanya mulai usia kehamilan 28 minggu pada primi dan semakin lanjut kehamilannya semakin sering dan kuat (Widatiningsih dkk, 2017 : 15).

8) Tanda *Chadwick* dan *Goodell*

Terjadi perubahan warna pada vagina atau persio menjadi kebiruan atau ungu yang disebut tanda *Chadwick*. Perubahan konsistensi servik menjadi lunak disebut tanda *Goodell* (Widatiningsih dkk, 2017 : 15).

9) Pengeluaran cairan dari vagina menjadi lebih banyak

Pengeluaran cairan dari vagina yang dapat jernih atau agak keruh karena pengaruh peninggian estrogen dan progesteron. Tidak gatal dan tidak bau, tidak perlu pengobatan (Widatiningsih dkk, 2017 : 15).

10) Perubahan konsistensi dan bentuk uterus

Tanda *ladin* : pelunakan pada serviks yaitu perbatasan uterus dan serviks di linea mediana depan, terjadi pada minggu ke 4. Perlunakan meluas mengelilingi serviks disebut tanda *Hegar*. Pada minggu ke 7-8 kesan

serviks dan uterus terpisah karena sangat lunak disebut tanda *Mc.Donald*. Pada awal kehamilan minggu ke 4-5 terjadi pelunakan fundus uteri pada lokasi implantasi disebut tanda *Von Fernwald*. Terjadi pembesaran satu sisi, uterus menjadi tidak simetris pada daerah implantasi disebut tanda *Piskacek* (Widatiningsih dkk, 2017 : 15-16).

11) Pemeriksaan laboratorium

Test kadar hCG dalam urine 0,5 SI per ml air kencing merupakan kadar terendah untuk memberi hasil positif (Widatiningsih dkk, 2017 : 16).

c. Tanda pasti kehamilan (Positive signs)

1) Teraba 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 terakhir). Bagian janin ini dapat dilihat lebih sempurna lagi menggunakan USG (Hani dkk, 2011 : 75).

2) Gerakan janin

Gerakan janin pada primigravida dapat dirasakan oleh ibunya pada kehamilan 18 minggu, sedangkan pada multigravida pada 16 minggu (Kuswanti, 2014 : 103).

3) Terdengar denyut jantung janin

Dengan menggunakan ultrasonografi denyut jantung janin dapat terdengar pada usia 6-7 minggu, jika menggunakan doppler pada usia 12 minggu, sedangkan jika menggunakan stetoskop Leannec pada usia 18 minggu. Frekuensi denyut jantung janin antara 120-160x/menit yang akan jelas terdengar bila ibu tidur terlentang atau miring dengan punggung bayi di depan (Widatiningsih dkk, 2017 : 17).

4) Pemeriksaan rontgen

Gambaran tulang mulai terlihat pada kehamilan 6 minggu dengan sinar X namun masih belum dapat dipastikan bahwa itu adalah gambaran janin. Pada kehamilan 12-14 minggu baru dapat dipastikan gambaran tulang janin (Widatiningsih dkk, 2017 : 17).

5) Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan USG dilakukan untuk menegakkan diagnosis pasti kehamilan. Gambaran yang terlihat yaitu rangka janin dan kantong kehamilan (Kuswanti, 2014:108).

6) Electrocardiography

ECG jantung janin mulai terlihat pada kehamilan 12 minggu (Widatiningsih dkk, 2017 : 17).

5. Pertumbuhan dan Perkembangan Janin

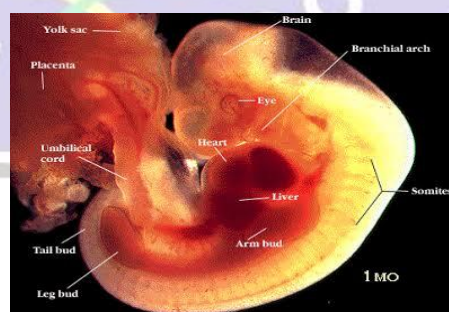
1) Masa pre embryonic

Berlangsung selama 2 minggu sesudah terjadinya fertilisasi terjadi proses pembelahan sampai dengan nidasi (Marjati dkk, 2010 : 78).

2) Masa embryonic

a. Minggu ke 4-6

Panjang janin kira-kira 7,5-10 mm (Manuaba, 2010 : 156). Dasar untuk sistem saraf, sistem genitourinari, kulit, tulang, dan paru terbentuk. Tulang belakang terlihat jelas tetapi sangat melengkung sehingga kepala hampir menyentuh ujung ekor. Kepala sangat menonjol, yang menggambarkan hampir sepertiga bagian embrio. Proporsi kepala lebih besar dibandingkan tubuh selama kehidupan intrauterine (Reeder, Sharon J dkk, 2011 : 167).



Gambar 2.4
Janin usia 4-6 minggu

Sumber : Sulistyawati.2009 : 14.

b. Minggu ke 8-10

Panjang tubuh kira-kira 9 cm, berat 14 gram, sirkulasi tubuh berfungsi secara penuh, traktus renalis mulai berfungsi, terdapat reflex menghisap dan menelan, genetalia tampak dan dapat ditentukan jenis kelaminnya (Marjati dkk, 2010 : 79).

Diakhir minggu kedelapan, seluruh bagian ekstremitas jelas terlihat, jari tangan dan kaki mulai memanjang dan memisah. Pergerakan ekstremitas yang bertujuan dimulai dan bagian tengah tulang mulai mengeras. Genetalia eksternal terlihat dengan jelas, tetapi sulit untuk dibedakan dengan akurat antara embrio laki-laki maupun perempuan (Jannah, 2012 : 104-105).



Gambar 2.5
Janin usia 8 minggu

Sumber : Sulistyawati, 2009 : 14.

c. Minggu ke-12

Pada akhir minggu ke-12, pusat osifikasi primer tampak di skelet, terutama di tulang tengkorak dan tulang panjang. Ekstremitas atas hampir mencapai panjang relative akhir, tetapi ekstremitas bawah tidak berkembang sebaik itu dan sedikit lebih pendek dibanding panjang relative akhirnya. Kuku jari tangan dan kuku jari kaki tampak seperti membrane yang halus. Sirkulasi janin sudah lengkap, dan plasenta terbentuk secara penuh (Marmi, 2011 : 138).



Gambar 2.6
Janin usia 12 minggu

Sumber : Sulistyawati.2009 : 15.

d. Minggu ke 12-16

Panjang kira-kira 16 cm pada akhir minggu ke-16 dengan berat 100 gram, kulit sangat tembus pandang/transparan sehingga darah dapat terlihat, deposit (timbunan)

lemak subkutan terjadi menjelang minggu ke-16, rambut mulai tumbuh pada kepala dan lanugo (bulu halus), tungkai lebih panjang daripada lengan (Romauli, 2011 : 78).



Gambar 2.7
Janin usia 16 minggu

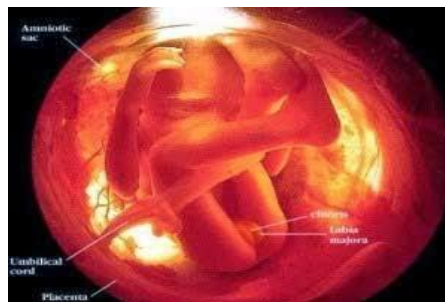
Sumber : Sulistyawati, 2009 : 15.

e. Minggu ke 16-20

Kepala sekarang tegak dan merupakan separuh PB, wajah nyata, telinga pada tempatnya, kelopak mata, alis, dan kuku tumbuh sempurna (Marjati dkk, 2010 : 80).

Biasanya, ibu menyadari adanya sedikit gerakan berdenyut dalam perutnya akibat pergerakan janin. Tampilan pertamanya disebut quickening, atau persepsi kehidupan.

Bunyi jantung janin dapat dengan mudah dideteksi oleh auskultasi saat berusia 20 minggu (Reeder, Sharon J dkk, 2011 : 171).

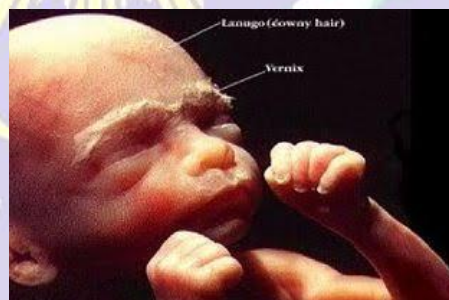


Gambar 2.8
Janin usia 20 minggu

Sumber : Sulistyawati.2009 : 16.

f. Minggu ke 20-24

Panjang janin dari kepala sampai bokong membentang dari 200-240 mm, dan beratnya berkisar dari 495 sampai 910 g. Kulit tampak keriput, bening dan berwarna merah muda sampai merah karena darah terlihat dalam kapiler dibawah kulit (Reeder, Sharon dkk, 2011:171).



Gambar 2.9
Janin usia 24 minggu

Sumber : Sulistyawati.2009 : 16.

Pergerakan mata yang cepat dimulai pada usia 21 minggu. Respons berkedip karena terkejut dilaporkan

terjadi pada usia 22 minggu sampai 23 minggu (Reeder, Sharon J dkk, 2011 : 171).

g. Minggu ke 24-28

Mata terbuka, alis dan bulu mata telah berkembang dengan baik, rambut menutupi kepala, lebih banyak deposit lemak subkutan menyebabkan kerutan kulit berkurang, testis turun ke skrotum (Marjati dkk, 2010 : 82).



Gambar 2.10
Janin usia 28 minggu

Sumber : Sulistyawati, 2009 : 18.

h. Minggu ke 28-32

Panjang janin antara 280 sampai 320 mm dari kepala sampai bokong dan berat sekitar 1.700 sampai 2.500

g. Kulitnya masih merah dan keriput, dan terdapat verniks kaseosa dan lanugo (Sulistyawati, 2009 : 116). Lanugo mulai berkurang, tubuh mulai lebih membulat karena lemak disimpan disana, testis terus turun (Romauli, 2011 : 64).

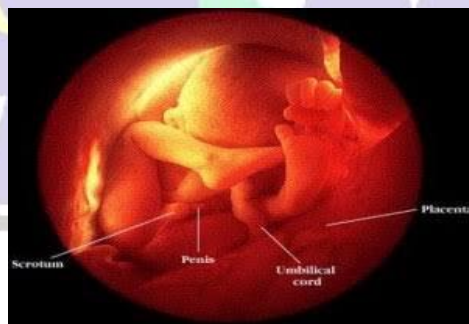


Gambar 2.11
Janin usia 32 minggu

Sumber : Sulistyawati.2009 : 18.

i. Minggu ke 32-36

Lanugo sebagian besar terkelupas, tetapi kulit masih tertutup verniks kaseosa, testis fetus laki-laki terdapat didalam skrotum pada minggu ke 36 ovarium perempuan masih berada disekitar pelvis, kuku jari tangan dan kaki sampai mencapai ujung jari, umbilikus sekarang terlihat lebih dipusat abdomen (Marjati dkk, 2010 : 85).



Gambar 2.12
Janin usia 36 minggu

Sumber : Sulistyawati.2009 : 18.

j. Minggu ke 36-40

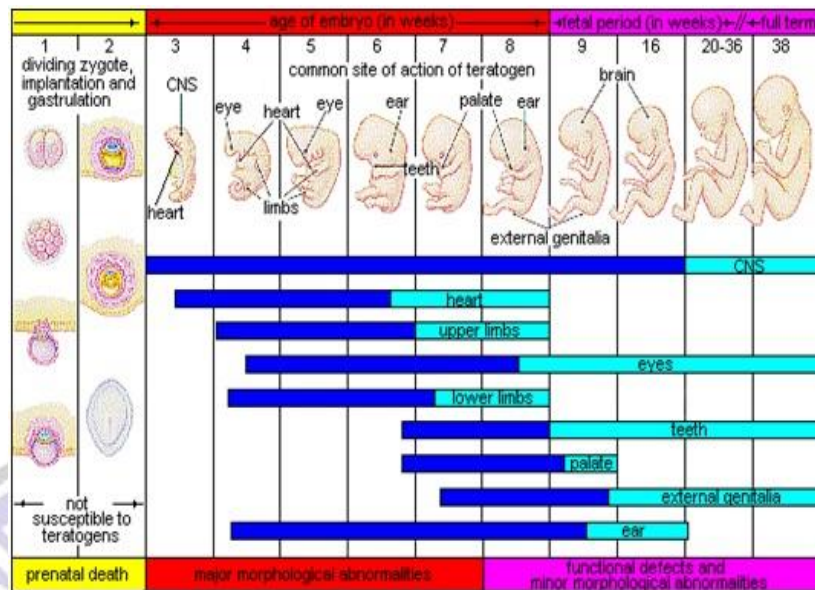
Saat menjelang usia cukup bulan (37-38 minggu), sistem saraf matang secara penuh untuk melakukan beberapa fungsi integrative, dan jumlah lemak putih adalah sekitar 16% dari berat badan. Lemak janin bertambah sekitar 14 g selama beberapa minggu terakhir gestasi ini (Reeder, Sharon J dkk, 2011 : 171).



Gambar 2.13
Janin usia 40 minggu

Sumber : Sulistyawati. 2009 : 19.

Sedangkan menurut Saifuddin (2009 : 158) pertumbuhan dan perkembangan janin dapat dilihat dalam gambar berikut :



Gambar 2.14
Perkembangan Janin

Sumber: Varney, *et.all* . 2007 : 510.

6. Perubahan-Perubahan Fisiologi Kehamilan

a. Sistem reproduksi dan payudara

1) Uterus

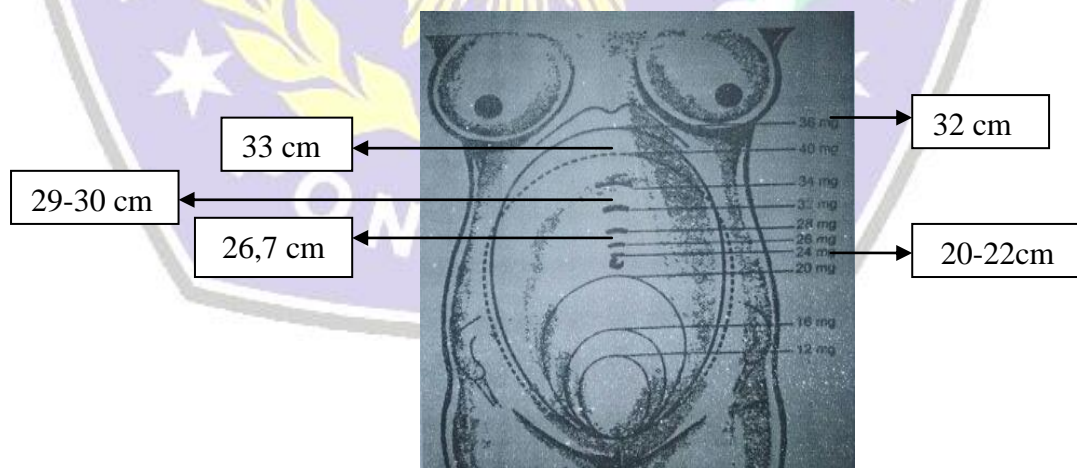
Uterus yang tidak hamil memiliki panjang 7,5 cm, lebar 5 cm, dan tebal 2,5 cm, serta berat sekitar 60 gram. Ketika sudah aterm, ukurannya rata-rata menjadi 30 cm x 23 cm x 20 cm dan berat meningkat sampai 900 gram. Selama awal-awal minggu kehamilan, peningkatan aliran darah uterus dan limfe mengakibatkan edema dan kongesti panggul akibatnya uterus, serviks, dan isthimus melunak

secara progresif dan serviks menjadi agak kebiruan (tanda Chandwick, tanda kemungkinan kehamilan).

Tabel. 2.1
TFU Mc.Donald untuk menentukan Usia Kehamilan

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri	
	Dalam cm	Menggunakan penunjuk-penunjuk badan.
12 minggu	-	Teraba diatas simfisis pubis.
16 minggu	-	Di tengah, antara simfisis pubis dan umbilikus.
20 minggu	20 cm (\pm 2 cm)	Pada umbilikus.
22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (\pm 2 cm)	-
28 minggu	28 cm (\pm 2 cm)	Di tengah, antara umbilikus dan prosesus sifoidesus.
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (\pm 2 cm)	-
36 minggu	36 cm (\pm 2 cm)	Pada prosesus sifoidesus.

Sumber : Saifuddin, 2008 : 93.



Gambar 2.15
TFU berdasarkan Usia Kehamilan

Sumber : Manuaba, 2010 : 120.

2) Payudara

Rasa penuh, peningkatan sensitivitas, rasa geli, dan rasa berat di payudara mulai timbul sejak minggu keenam gestasi. Puting susu dan areola menjadi lebih berpigmen, terbentuk warna merah muda sekunder pada areola, dan puting susu menjadi lebih erektile. Selama trimester kedua dan ketiga, pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara meningkat secara progresif. Walaupun perkembangan kelenjar mammae secara fungsional lengkap pada masa pertengahan kehamilan, tetapi laktasi terhambat sampai kadar estrogen menurun, yaitu setelah janin dan plasenta lahir. Kolostrum, cairan sebelum susu, berwarna putih kekuningan dapat dikeluarkan dari puting susu selama trimester tiga (Kamariyah, dkk, 2014 : 29-37).

3) Sistem Kardiovaskuler

Selama pertengahan masa kehamilan, tekanan sistolik dan diastolik menurun 5-10 mmHg. Volume darah meningkat sekitar 1.500 ml. Peningkatan volume mulai terjadi pada sekitar minggu ke-10 sampai minggu ke-12, mencapai puncak sekitar 30% sampai 50% diatas volume tidak hamil pada minggu ke-20 sampai minggu ke-26, dan menurun setelah minggu ke-30. Vasodilatasi perifer mempertahankan tekanan darah tetap

normal walaupun volume darah pada ibu hamil meningkat (Kamariyah dkk, 2014 : 29).

4) Sistem pernafasan

Peningkatan laju metabolisme basal terjadi akibat peningkatan kebutuhan oksigen di unit janin-plasenta-uterus serta peningkatan konsumsi oksigen akibat peningkatan kerja jantung ibu. Vasodilatasi perifer dan percepatan aktivitas kelenjar keringat membantu melepaskan kelebihan panas yang timbul akibat peningkatan metabolisme selama hamil. Pada kehamilan tahap awal banyak wanita mengeluh merasa lemah dan letih sebagian dapat disebabkan oleh peningkatan aktivitas metabolik (Kamariyah dkk, 2014 : 29).

5) Sistem perkemihan

Sering berkemih merupakan akibat peningkatan sensitivitas kandung kemih dan pada tahap selanjutnya kompresi pada kandung kemih. Pembesaran uterus menekan kandung kemih, menimbulkan rasa ingin berkemih walaupun kandung kemih hanya berisi sedikit urine (Kamariyah dkk, 2014 : 32).

6) Sistem integument

Hiperpigmentasi sering terjadi pada daerah leher, areola mammae (*areola mammae sekunder*), papilla mammae, pipi (*kloasma gravidarum*) yaitu bintik-bintik kecoklatan yang

tampak di daerah tonjolan maksila dan dahi. *Linea alba* pada kehamilan menjadi hitam (yang terbentang diatas simfisis sampai pusat) disebut *linea grisea*, terdapat garis baru yang terbentang di tengah-tengah atas pusar ke atas disebut *linea nigra*. Selain itu, kulit perut mengalami peregangan sehingga tampak retak-retak, warna agak hiperemia dan kebiruan disebut *striae lividae*, selama pertengahan kedua kehamilan setelah partus berubah menjadi putih disebut *striae albicans* (biasanya terdapat pada payudara, perut, dan paha) (Kamariyah,2014:33).

7) Sistem muskuloseletal

Selama kehamilan, relaksin dan progesterone bekerja pada kartilago dan jaringan ikat pada banyak sendi yang memungkinkannya bergerak lebih leluasa. Hormone ini bermanfaat pada panggul karena efeknya dapat sedikit melebarkan diameter jalan lahir, tetapi keduanya juga dapat menimbulkan ketidaknyamanan (nyeri) pada ibu hamil, terutama pada akhir kehamilan, saat kadar hormone tersebut melonjak tajam (Kamariyah dkk, 2014 : 34).

8) Sistem neurologi

Perubahan fisiologi spesifik akibat kehamilan dapat menyebabkan timbulnya gejala neurologis dan neuromuskular berikut :

- a) Kompresi saraf panggul atau stasis vascular akibat pembesaran uterus dapat menyebabkan perubahan sensoris di tungkai bawah.
- b) Lordosis dorsolumbal dapat menyebabkan nyeri akibat tarikan pada saraf atau kompresi akar saraf.
- c) Edema yang melibatkan saraf perifer dapat menyebabkan carpal tunnel syndrome selama trimester akhir kehamilan. Sindrom ini ditandai oleh parestesia dan nyeri pada tangan yang menjalar ke siku. Tangan yang dominan biasanya yang paling banyak terkena.
- d) Akroestesia (rasa baal dan gatal di tangan) yang timbul akibat posisi bahu yang membungkuk dirasakan oleh beberapa wanita selama hamil. Keadaan ini berkaitan dengan tarikan pada segmen pleksus brakhialis (Kamariyah dkk, 2014 : 37).

9) Sistem pencernaan

Beberapa perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan selama kehamilan menurut Kamariyah dkk (2014 : 35-36) antara lain : peningkatan kadar estrogen, peningkatan kadar progesterone, morning sickness.

10) Sistem endokrin

Selama kehamilan, sekresi FSH dan LH dari kelenjar hipofisis minimal. Kadar prolaktin meninggi sejak awal kehamilan untuk mempersiapkan laktasi. Kadar kortisol dari kelenjar adrenal meningkat sejak trimester kedua kehamilan. Kortisol berperan dalam proses metabolik dan diperlukan dalam jumlah yang sangat besar untuk membagi penambahan beban kerja tubuh selama kehamilan (Kamariyah dkk,2014:37).

7. Perubahan Psikologis Kehamilan

Perubahan tahap-tahap psikologi selama kehamilan bervariasi, yaitu :

a. Trimester pertama

Trimester pertama sering dianggap sebagai periode penyesuaian. Penyesuaian yang dilakukan wanita terhadap keadaan bahwa ia mengandung. Kurang lebih 80% wanita mengalami kekecewaan, penolakan, kecemasan, depresi dan kesedihan.

b. Trimester kedua

Trimester kedua biasanya ibu merasa sehat dan sudah terbiasa dengan kadar hormone yang tinggi, serta rasa tidak nyaman akibat kehamilan sudah mulai berkurang. Perut ibu pun belum telalu besar sehingga belum dirasakan ibu sebagai

beban. Ibu sudah menerima kehamilannya dan dapat mulai menggunakan energi dan pikirannya secara lebih konstruktif (Marjati dkk, 2010 : 68).

c. Trimester ketiga

Sejumlah ketakutan muncul pada trimester ini. Wanita mungkin merasa cemas dengan kelahiran bayinya nanti. Ia juga mengalami proses duka lain akan hilangnya perhatian istimewa yang didapatkan selama ia hamil, depresi ringan merupakan hal yang wajar terjadi pada periode ini, ia akan kembali mengalami ketidaknyamanan fisik yang kuat menjelang akhir kehamilannya (Varney, 2007 : 504).

8. Kebutuhan Fisik Ibu Hamil

1) Oksigen

Menurut (Marmi, 2011 : 117), paru-paru bekerja lebih berat untuk keperluan ibu dan janin. Pada hamil tua sebelum kepala masuk panggul, paru-paru terdesak ke atas sehingga menyebabkan sesak nafas.

2) Nutrisi/gizi

a. Kebutuhan energi

Kebutuhan kalori kira-kira sekitar 15% dari kalori normal. Tambahan energi yang diperlukan selama hamil yaitu 27.000-80.000 Kkal atau 100 Kkal/hari. Sedangkan

energi yang dibutuhkan oleh janin sendiri untuk tumbuh dan berkembang adalah 50-95 Kkal/kg/hari atau sekitar 175-350 Kkal/hari pada janin dengan BB 3,5 kg.

b. Karbohidrat

Menurut (Kristiyanasari, 2010 : 27-28) Janin memerlukan 40 gram glukosa/hari yang akan digunakan sebagai sumber energi.

c. Protein dan asam amino

Pada saat memasuki trimester akhir pertumbuhan janin sangat cepat sehingga perlu protein dalam jumlah yang besar juga yaitu 10 gram perhari atau diperkirakan 2 g/kg/hari (Sukarni dkk, 2013 : 99).

d. Lemak

Kebutuhan lemak seorang ibu hamil sebesar 25% dari seluruh kalori yang dikonsumsi sehari. Lemak omega 3 dapat diperoleh dari kacang-kacangan dan olahannya, serta ikan laut (Hutahaean, 2013 : 59).

e. Vitamin

Vitamin sebenarnya telah terpenuhi dengan makan sayur dan buah-buahan, tetapi dapat pula diberikan ekstra vitamin. Pemberian asam folat terbukti mencegah kecacatan pada bayi (Kuswanti, 2014 : 119).

f. Mineral

Kebutuhan kalsium ibu hamil sebesar 1.200 mg per hari (Kamariyah, 2014 : 57). Pemberian suplemen tablet tambah darah atau zat besi secara rutin adalah untuk membangun cadangan besi, sintesa sel darah dan sintesa darah otot, minimal 90 tablet selama hamil (Yanti, 2012 : 42). Selama kehamilan dan menyusui, kebutuhan seng meningkat 50%. Seng juga diperlukan untuk mengembangkan jaringan tisu, terutama otak dan jenis kelamin (Sukarni dkk, 2013 : 164).

3) Personal Hygiene

a) Mandi

Mandi diperlukan untuk menjaga kebersihan/hygiene terutama perawatan kulit, karena fungsi ekskresi dan keringat bertambah. Mandi berendam tidak dianjurkan (Walyani, 2015 : 98).

b) Perawatan gigi

Kebersihan gigi dan mulut, perlu mendapat perhatian karena seringkali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium. Rasa mual selama hamil dapat menimbulkan karies gigi (Kuswanti, 2014 : 120).

c) Genetalia

Ibu hamil mengalami peningkatan pengeluaran pervaginam (*leukorrhea*), oleh karena itu genetalia harus sering dibersihkan dengan air terutama setelah defekasi/miksi. Arah pembersihan dari depan dahulu menuju ke anus, lalu dikeringkan memakai tisu/handuk dari depan ke belakang. Hindari vaginal douching (memasukkan/membilas bagian dalam vagina) untuk mencegah infeksi. Sabun/pembersih hanya digunakan untuk bagian luar saja. Jangan memakai celana ketat. Jika memakai *pantyliners* harus sering diganti untuk mencegah pertumbuhan bakteri (Widatiningsih dkk, 2017 : 113).

d) Pakaian

Menurut Kuswanti (2014 : 120), beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pakaian ibu hamil adalah memenuhi kriteria berikut ini : Pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut, bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat, memakai bra yang menyokong payudara, memakai sepatu dengan hak yang rendah, pakaian dalam yang selalu bersih.

4) Eliminasi

a) Buang Air Kecil (BAK)

Ibu hamil sering pula mengalami *stress incontinence* (beser kencing yang berhubungan dengan tekanan intra abdomen), biasanya terjadi pengeluaran air kencing yang tidak dapat ditahan saat bersin/batuk/tertawa). Untuk membantu mengatasinya perlu diajarkan latihan penguatan otot dasar panggul dengan *Kegel's exercises* (Widatiningsih dkk, 2017 : 114).

b) Buang Air Besar (BAB)

Kemungkinan terjadi obstipasi pada wanita hamil disebabkan oleh : kurang gerak badan, sering terjadi muntah dan kurang makan pada hamil muda, peristaltik usus kurang karena pengaruh hormonal, tekanan pada usus oleh pembesaran uterus, kurang intake serat dan air, serta konsumsi zat besi (Widatiningsih dkk, 2017 : 114).

5) Seksual

Hubungan seksual tidak dilarang selama kehamilan, kecuali pada keadaan-keadaan tertentu seperti : terdapat tanda-tanda infeksi (nyeri, panas), sering terjadi abortus/premature, terjadi perdarahan pervaginam pada saat koitus, pengeluaran cairan (air ketuban) yang mendadak, sebaiknya koitus dihindari pada

kehamilan muda sebelum kehamilan 16 minggu dan pada hamil tua, karena akan merangsang kontraksi (Sutanto, 2017 : 183).

6) Mobilisasi, Body mekanik

Beberapa hal yang perlu diperhatikan adalah sebagai berikut : memakai sepatu dengan hak yang rendah atau tanpa hak dan jangan terlalu sempit, posisi tubuh saat mengangkat beban, yaitu dalam keadaan tegak dan pastikan beban terfokus pada lengan, tidur dengan posisi kaki ditinggikan, duduk dengan posisi punggung tegak, hindari duduk atau berdiri terlalu lama (ganti posisi secara bergantian untuk mengurangi ketegangan otot) (Kuswanti, 2014 : 122).

7) Exercise / senam hamil

Senam hamil bertujuan mempersiapkan dan melatih otot-otot, sehingga dimanfaatkan untuk berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Adapun syarat mengikuti senam hamil : Ibu hamil cukup sehat, kehamilan tidak ada komplikasi (seperti abortus berulang, kehamilan dengan perdarahan), tidak boleh latihan dengan menahan napas, lakukan latihan secara teratur dengan instruksi senam hamil, senam hamil dimulai pada umur kehamilan sekitar 24-28 minggu (Sutanto , 2017 : 186).

8) Istirahat / tidur

Posisi tidur yang dianjurkan pada ibu hamil adalah miring ke kiri, kaki kiri lurus, kaki kanan sedikit menekuk dan diganjal dengan bantal, dan untuk mengurangi rasa nyeri pada perut, ganjal dengan bantal pada perut bawah sebelah kiri (Kuswanti, 2014 : 123).

9) Traveling

Menurut Kuswanti (2014 : 124-125) meskipun dalam keadaan hamil, ibu masih membutuhkan rekreasi untuk menyegarkan pikiran dan perasaan, misalnya dengan mengunjungi objek wisata atau pergi ke luar kota.

10) Imunisasi

Imunisasi selama kehamilan sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang dapat menyebabkan kematian ibu dan janin. Jenis imunisasi yang diberikan adalah Tetanus Toxoid (TT) yang dapat mencegah penyakit tetanus. Walaupun tidak hamil maka bila wanita usia subur belum mencapai status T5 diharapkan mendapatkan dosis TT hingga tercapai status T5 dengan interval yang ditentukan (Kuswanti, 2014: 123).

Vaksinasi tetanus toksoid (TT) dilakukan dua kali selama hamil. Interval minimal pemberian TT dan lama perlindungannya dapat dilihat pada table berikut :

Tabel 2.2
Imunisasi Tetanus Toksoid

Antigen	Selang Waktu Minimal Pemberian	Lama Perlindungan	Perlindungan
TT 1	Pada kunjungan antenatal pertama	Langkah awal pembentukan imunitas terhadap tetanus	-
TT 2	4 minggu setelah TT1	3 tahun*	80%
TT 3	6 bulan setelah TT2	5 tahun	95%
TT 4	12 bulan setelah TT3	10 tahun	99%
TT 5	12 bulan setelah TT4	25 tahun / seumur hidup	99%

Sumber : Widatiningsih dkk, 2017 : 129.

Keterangan :

*Artinya apabila dalam waktu 3 tahun WUS tersebut melahirkan, maka bayi yang dilahirkan akan terlindung dari tetanus.

Jika seorang wanita belum pernah mendapatkan imunisasi TT maka selama kehamilan minimal memperoleh 2x TT yang dilaksanakan pertama kali saat kunjungan awal kemudian TT II dilaksanakan 4 minggu kemudian. Jika masih ada waktu bisa diberikan 1x lagi yaitu TT booster paling lambat 2 minggu sebelum persalinan. Jika dapat imunisasi, berikan TT booster paling lambat 2 minggu sebelum persalinan (Widatiningsih dkk, 2017 : 129-130).

9. Ketidaknyamanan Pada Kehamilan Trimester III

a. Sakit bagian tubuh belakang

Sakit pada bagian tubuh belakang (punggung-pinggang), karena meningkatnya beban berat dari bayi dalam kandungan Anda yang dapat memengaruhi postur tubuh sehingga menyebabkan tekanan ke arah tulang belakang (Suririnah, 2009 : 102).

b. Konstipasi

Pada trimester ini sering terjadi konstipasi karena tekanan rahim yang membesar ke arah usus selain perubahan hormon progesteron (Suririnah, 2009 : 102).

c. Hemoroid

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi, progesterone juga menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Selain itu pembesaran uterus mengakibatkan tekanan pada vena hemoroid (Romauli, 2011 : 120).

d. Pernafasan

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

berada di bawah diafragma (yang membatasi perut dan dada)
(Suririnah, 2009 : 102).

e. Sering buang air kecil

Pembesaran rahim ketika kepala bayi turun ke rongga panggul akan makin menekan kandung kencing ibu hamil
(Suririnah, 2009 : 102).

f. Varises

Varises dapat diakibatkan oleh gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah. Perubahan ini diakibatkan oleh penekanan uterus yang membesar pada vena panggul saat wanita duduk atau berdiri dan penekanan vena inferior saat berbaring
(Manuaba,2010:14).

g. Kontraksi perut

Braxton-Hicks atau kontraksi palsu ini berupa rasa sakit di bagian perut yang ringan, tidak teratur, dan akan hilang bila ibu hamil duduk atau istirahat (Suririnah, 2009 : 102).

h. Kram pada kaki

Kram kaki ini timbul karena sirkulasi darah yang menurun, atau karena kekurangan kalsium pada ibu hamil (Nuraini,2017 : 30).

10. Tanda Bahaya Kehamilan

a. Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala hebat, yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat, kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau terbayang, sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari preeklamsi (Maryatun, 2010:80).

b. 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, dan nyeri tekan serta memerlukan tindakan bedah emergensi (Prawirohardjo, 2014 : 659).

c. Perdarahan pervaginam

Perdarahan dapat terjadi pada setiap usia kehamilan. Pada kehamilan muda sering dikaitkan dengan kejadian abortus, *miscarriage, early pregnancy loss*. Perdarahan yang terjadi pada umur kehamilan yang lebih tua terutama setelah melewati trimester II disebut perdarahan antepartum (Prawirohardjo, 2014 : 458). Pada awal kehamilan, perdarahan yang tidak

normal adalah merah, perdarahan banyak atau perdarahan dengan nyeri (berarti abortus, KET, *molahidatidosa*). Dan apabila pada kehamilan lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak atau sedikit, nyeri (berarti plasenta previa dan solusio plasenta) (Rukiyah, 2009 : 95).

d. Bayi kurang bergerak seperti biasa

Gerakan janin mulai berkurang bisa disebabkan oleh aktivitas ibu yang berlebihan, kematian janin, perut tegang akibat kontraksi berlebihan ataupun kepala sudah masuk panggul pada kehamilan aterm. Gerakan janin kurang dari 3 kali dalam periode 3 jam, merupakan salah satu tanda dan gejala kondisi berkurangnya gerakan janin yang perlu mendapatkan perhatian oleh bidan maupun ibu hamil itu sendiri (Marmi, 2011 : 225).

e. Pandangan kabur

Masalah visual yang mengidentifikasi keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual mendadak, misalnya pandangan kabur atau berbayang (Rukiyah, 2009 : 101). Jenis keluhan yang paling umum adalah pandangan yang kabur disertai dengan sakit kepala. Perubahan patologi pada organ mata dapat dijumpai adanya edema retina dan spasme

pembuluh darah. Bila terdapat hal-hal tersebut, maka harus dicurigai pre eklamsi berat (Agustini, 2012 : 75).

f. Bengkak pada muka dan tangan

Oedema adalah penimbunan cairan yang berlebih dari kenaikan berat badan serta pembengkakan kaki, jari tangan dan muka (Saifuddin, 2008 : 95). Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah yang serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan disertai dengan keluhan fisik yang lain, hal ini dapat merupakan pertanda anemia, gagal jantung, atau pre-eklamsia (Maryatun, 2010:85).

2.1.2 Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap (Depkes RI, 2008 : 39).

Persalinan adalah proses di mana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (JNPK-KR, 2008 : 39).

2. Jenis-Jenis Persalinan

Menurut (Marmi, 2016 : 3) jenis-jenis persalinan terdiri dari :

a) Persalinan spontan

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

b) Persalinan buatan

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

c) Persalinan anjuran

Persalinan anjuran adalah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan misalnya pemberian pitocin dan prostaglandin.

3. Penyebab Terjadinya Persalinan

Beberapa teori yang menyatakan kemungkinan proses persalinan, antara lain :

1) Teori Penurunan kadar Prostaglandin

Pada akhir kehamilan terjadi penurunan kadar progesteron yang mengakibatkan peningkatan kontraksi

uterus karena adanya sintesa prostaglandin di uterus (Sari dkk, 2014 : 6).

2) Teori Penurunan Progesteron

Progesteron merupakan hormon penting dalam menjaga kehamilan tetap terjadi hingga masa persalinan. Hormon ini dihasilkan oleh plasenta, yang akan berkurang seiring terjadinya penuaan plasenta yang terjadi pada usia hamil 28 minggu. Ketika hormon ini mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu (Sari dkk, 2014 : 6).

3) Teori Rangsangan Estrogen

Estrogen menyebabkan irritability miometrium, mungkin karena peningkatan konsentrasi actin-myocin dan adenosin tripospat (ATP). Selain itu, estrogen memungkinkan sintesa prostaglandin pada decidua dan selaput ketuban sehingga menyebabkan kontraksi uterus (miometrium) (Marmi, 2016 : 5).

4) Teori Reseptor Oksitosin dan kontraksi *Braxton Hicks*

Kontraksi persalinan tidak terjadi secara mendadak, tetapi berlangsung lama dengan persiapan semakin

meningkatnya reseptor oksitosin (Marmi, 2016 : 6). Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga terjadi *Braxton Hicks*. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan, menyebabkan oksitosin meningkat sehingga persalinan dapat dimulai (Sari dkk, 2014 : 7).

5) Teori Ketegangan Otot Rahim (*Distensi Rahim*)

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai (Sumarah, 2009 : 67). Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot rahim, sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenta (Marmi, 2016 : 6).

6) Teori *Fetal Cortisol*

Dalam teori ini diajukan sebagai “pemberi tanda” untuk dimulainya persalinan adalah janin. Kortisol janin akan mempengaruhi plasenta sehingga produksi progesteron berkurang dan memperbesar sekresi estrogen, selanjutnya berpengaruh terhadap meningkatnya produksi prostaglandin yang menyebabkan iritability miometrium meningkat (Sari dkk, 2014 : 7-8).

7) Teori *Fetal Membran*

Meningkatnya hormone estrogen menyebabkan terjadinya *esterifed* yang menghasilkan *arachnoid acid*, yang membentuk prostaglandin dan mengakibatkan kontraksi miometrium (Marmi, 2012 : 87).

8) Teori Hipotalamus - Pituitari dan Glandula Suprarenalis

Teori ini menunjukkan pada kehamilan anensefalus sehingga terjadi keterlambatan dalam persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus. Teori ini dikemukakan oleh Linggin pada tahun 1973 (Marmi, 2016 : 7).

9) Teori Iritasi Mekanik

Dibelakang serviks terdapat ganglion servikale (*fleksus frankenhauser*). Bila ganglion ini ditekan dan digeser misalnya oleh kepala janin maka akan timbul kontraksi (Marmi, 2016 : 8).

10) Teori plasenta sudah tua

Menurut teori ini, plasenta yang menjadi tua dapat menyebabkan kekejangan pembuluh darah pada *vili chorialis* di plasenta sehingga menyebabkan kontraksi pada rahim (Sari dkk, 2014 : 8-9).

11) Teori tekanan serviks

Fetus yang berpresentasi baik dapat merangsang aliran saraf sehingga serviks menjadi lunak dan terjadi dilatasi internum yang mengakibatkan SAR (Segmen Atas Rahim) dan SBR (Segmen Bawah Rahim) bekerja berlawanan sehingga terjadi kontraksi dan retraksi (Sari dkk, 2014 : 9).

12) Induksi partus (*Induction of labor*)

Menurut Manuaba (2009 : 56), partus yang ditimbulkan dengan jalan :

- a. Memecahkan ketuban (amniotomi) pemecahan ketuban akan mengurangi keregangan otot rahim sehingga kontraksi segera dimulai.
- b. Induksi persalinan secara hormonal/kimiawi dengan pemberian oksitosin drip/prostaglandin dapat mengakibatkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat dikeluarkan.
- c. Induksi persalinan dengan mekanis dengan menggunakan beberapa gagang laminaria yang dimasukkan dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang pleksus frankenhauser.

- d. Induksi persalinan dengan tindakan operasi dengan cara *seksio caesaria*.

4. Lima Benang Merah Dalam Persalinan

- a. Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang diperlukan oleh pasien. Keputusan itu harus akurat, komprehensif dan aman, baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberikan pertolongan (JNPK-KR, 2008 : 6-7).

- b. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Beberapa 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 persalinan dan kelahiran bayi serta mengetahui dengan baik mengenai proses persalinan dan asuhan yang akan mereka terima, mereka akan mendapatkan rasa aman dan hasil yang lebih baik (JNPK-KR, 2008 : 14-15).

c. Pencegahan infeksi

PI adalah bagian yang esensial dari semua asuhan yang diberikan kepada ibu dan bayi baru lahir dan harus dilaksanakan secara rutin pada saat menolong persalinan dan kelahiran bayi, saat memberikan asuhan selama kunjungan antenatal atau pasca persalinan/bayi baru lahir atau saat menatalaksana penyulit (JNPK-KR, 2008 : 16).

d. Pencatatan (Dokumentasi)

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik (JNPK-KR, 2008 : 57).

Pengisian partograf antara lain:

- 1) Denyut jantung janin : catat setiap 1 jam.
- 2) Air ketuban : catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina.
 - a) U : selaput utuh
 - b) J : selaput pecah, air ketuban jernih
 - c) M : air ketuban bercampur mekoneum
 - d) D : air ketuban bernoda darah
 - e) K : tidak ada cairan ketuban/kering
- 3) Perubahan bentuk kepala janin (*molding* atau molase) :
 - a) 0 : sutura terpisah

- b) 1 : sutura (pertemuan dua tulang tengkorak) yang tepat/bersesuaian
 - c) 2 : sutura tumpang tindih dapat diperbaiki
 - d) 3 : sutura tumpang tindih dan tidak dapat diperbaiki
- 4) Pembukaan mulut rahim (serviks). Dinilai setiap 4 jam dan diberi tanda silang (x).
- 5) Penurunan : mengacu pada bagian kepala (dibagi 5 bagian) yang teraba (pada pemeriksaan abdomen/luar) diatas simfisis pubis; catat dengan tanda lingkaran (0) pada setiap pemeriksaan dalam. Pada posisi 0/5, sinsiput (S) atau paruh atas kepala berada di simfisis pubis.
- 6) Waktu : menyatakan berapa jam waktu yang telah dijalani sesudah pasien diterima.
- 7) Jam : catat jam sesungguhnya.
- 8) Kontraksi : catat setiap setengah jam, lakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya tiap-tiap kontraksi dalam hitungan detik :
- a) Kurang dari 20 detik
 - b) Antara 20 dan 40 detik
 - c) Lebih dari 40 detik

- 9) Oksitosin : jika memakai oksitosin, catatlah banyaknya oksitosin per volume cairan infus dan dalam tetesan per menit.
- 10) Obat yang diberikan catat semua obat yang diberikan.
- 11) Nadi : catat setiap 30-60 menit dan tandai dengan sebuah titik benar (●).
- 12) Tekanan darah : catatlah setiap 4 jam dan tandai dengan anak panah ↑.
- 13) Suhu badan : catatlah setiap dua jam.
- 14) Protein, aseton, dan volume urine : ukur dan catat jumlah produksi urine ibu sedikitnya setiap 2 jam (setiap kali ibu berkemih).

1) Kemajuan Persalinan dalam Kala I

- a) Kemajuan yang cukup baik pada persalinan kala I :
 - (1) Kontraksi teratur yang progresif dengan peningkatan frekuensi dan durasi.
 - (2) Kecepatan pembukaan serviks paling sedikit 1 cm per jam selama persalinan, fase aktif (dilatasi serviks berlangsung atau ada disebelah kiri garis waspada).
 - (3) Serviks tampak dipenuhi oleh bagian bawah janin.
- b) Kemajuan yang kurang baik pada persalinan kurang baik persalinan kala I :

- (1) Kontraksi yang tidak teratur dan tidak sering setelah fase laten.
- (2) Atau kecepatan pembukaan serviks lebih lambat dari 1 cm per jam selama persalinan fase aktif (dilatasi serviks berada disebalah kanan garis waspada).
- (3) Atau serviks tidak dipenuhi oleh bagian bawah janin.

1) Kemajuan pada Kondisi Janin

- a) Jika didapati denyut jantung janin tidak normal (kurang dari 100 atau lebih dari 180 denyut per menit), curiga adanya gawat janin.
- b) Posisi atau presentasi selain oksiput anterior dengan verteks fleksi sempurna digolongkan kedalam malposisi dan malpresentasi.
- c) Jika kemajuan yang berkurang baik atau adanya persalinan lama, segera tangani penyebab tersebut.

3) Kemajuan pada Kondisi Ibu

- a) Jika denyut jantung ibu meningkat, mungkin ia sedang dalam keadaan dehidrasi atau kesakitan. Pastikan hidrasi yang cukup melalui oral atau I.V dan berikan analgetisia secukupnya.

b) Jika tekanan darah ibu menurun, curigai adanya perdarahan.

c) Jika terdapat aseton didalam urine ibu, curigai masukan nutrisi yang kurang, segera berikan dekstrose I.V (Abdul, 2010 : 75).

e. Rujukan

Pada saat ibu melakukan kunjungan antenatal, jelaskan bahwa penolong akan selalu berupaya dan meminta kerjasama yang baik dari suami atau keluarga ibu untuk mendapatkan pelayanan terbaik dan bermanfaat bagi kesehatan ibu dan bayinya, termasuk kemungkinan perlunya upaya rujukan. Rujukan tepat waktu merupakan unggulan asuhan sayang ibu dalam mendukung keselamatan ibu dan bayi baru lahir (JNPK-KR, 2008: 35).

Singkatan BAKSOKU dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi antara lain: B (Bidan), A (Alat), K (Keluarga), S (Surat), O (Obat), K (Kendaraan), U (Uang) (JNP-KR, 2008 : 37).

5. Faktor Yang Mempengaruhi Proses Persalinan

a. Passage (Jalan Lahir)

1) Bagian keras panggul (rangka panggul)

Menurut Walyani dkk (2015 : 18) ukuran-ukuran panggul yaitu : Distansia spinarum (jarak antara kedua spina iliaca anterior superior) : 24-26 cm, Distansia kristarum (jarak antara kedua krista liaca kanan dan kiri): 28-30 cm, Konjungata eksterna : 18-20 cm, Lingkaran panggul : 80-100 cm, Conjugate diagonalis : 12,5 cm, Distansia tuberum : 10,5 cm

2) Pelvis minor (Panggul kecil)

a) Pintu atas panggul/PAP

Batas-batas Pintu Atas Panggul/PAP menurut Sukarni dkk (2013 : 189) adalah Anterior yaitu Crista dan spina pubica, batas lateral yaitu Linea illiopectinea pada os coxae, posterior yaitu tepi anterior ossis sacri dan promotorium.

b) Cavum pelvis

Menurut (Sukarni dkk, 2013 : 191) cavum pelvis yaitu dinding depan lurus dan dangkal os pubis panjangnya 5 cm, dinding belakang cekung dan dalam panjang os sacrum 10-15 cm, Os ischium dan sebagian corpus ossis illii terdapat disebelah lateral.

c) Pintu Bawah Panggul/PBP

Menurut (Sukarni dkk, 2013 : 191) Pintu Bawah Panggul/PBP berbentuk jajaran genjang, batas-batasnya bagian anterior yaitu Ligarcuatum pubis dan arcus pubis, lateral yaitu Tuber ischiadikum dan ligamentum sacrotuberosum, posterior yaitu ujung os sacrum

d) Bentuk Panggul

Menurut (Kuswanti dkk, 2014 : 23-24) Caldwell-Moloy mengemukakan 4 bentuk dasar panggul ialah :

(1) Panggul gynecoid

Panggul paling baik untuk wanita, bentuk PAP hampir bulat. Panjang diameter antero-posterior kira-kira sama dengan diameter transversa. Ditemukan pada 45% wanita.

(2) Panggul android

Bentuk PAP hampir segitiga. Umumnya pria mempunyai jenis seperti ini, panjang diameter antero-posterior hampir sama dengan diameter transversa, akan tetapi yang terakhir ini jauh lebih mendekati sacrum.

(3) Panggul anthropoid

Bentuk PAP agak lonjong, seperti telur. Panjang diameter antero-posterior lebih besar daripada diameter transversa. Ditemukan pada 35% wanita.

(4) Panggul platypelloid

Jenis ini adalah jenis ginekoid yang menyempit pada arah muka belakang. Ukuran melintang jauh lebih besar daripada ukuran muka belakang. Ditemukan pada 5% wanita.



Gambar 2.16
Bentuk-bentuk panggul

Sumber : Sari dkk.2014 : 45.

e) Bidang-bidang panggul

Menurut Rohani dkk (2011 : 23). Bidang hodge terbagi empat antara lain sebagai berikut :

(1) Bidang hodge I

Bidang setinggi pintu atas panggul (PAP) yang dibentuk oleh promontorium, artikulasio sakro-iliaka, sayap sacrum, linea inominata, ramus superior os. Pubis, tepi atas simfisis pubis.

(2) Bidang Hodge II

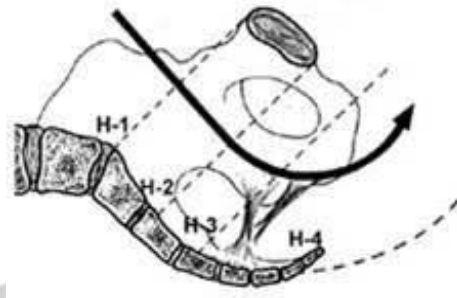
Bidang setinggi pinggir bawah simfisis pubis, berhimpit dengan PAP (Hodge I).

(3) Bidang Hodge III

Bidang setinggi spina ischiadica berhimpit dengan PAP (Hodge I).

(4) Bidang Hodge IV

Bidang setinggi ujung koksigis berhimpit dengan PAP (Hodge I).



Gambar 2.17
Bidang-bidang Hodge

Sumber : Marmi, 2016 : 56.

b. Power (Kekuatan Ibu)

1) His (kontraksi uterus)

His adalah gelombang kontraksi ritmis otot polos dinding uterus yang dimulai dari daerah fundus uteri dimana tuba fallopi memasuki dinding uterus, awal gelombang tersebut didapat dari “pacemaker” yang terdapat dari dinding uterus daerah tersebut (Walyani dkk, 2016 : 19).

Pembagian dan sifat-sifat his menurut Rohani dkk (2011 : 16) diantaranya :

a) His pendahuluan

His pendahuluan ini bersifat tidak teratur dan menyebabkan nyeri di perut bagian bawah dan lipatan paha, tidak menyebabkan nyeri yang memancar dari pinggang ke perut bagian bawah seperti his persalinan.

b) His pembukaan

His pembukaan serviks sampai terjadi pembukaan 10 cm, mulai kuat, teratur dan terasa sakit atau nyeri.

c) His pengeluaran

Sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi dan lama. Merupakan his untuk mengeluarkan janin. Koordinasi bersama antara his kontraksi otot perut, kontraksi diafragma dan ligamen.

d) His pelepasan uri (Kala III)

Kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.

e) His pengiring

Kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari.

c. Passenger (Isi Kehamilan)

1) Janin

Janin dapat mempengaruhi jalannya persalinan oleh karena besar dan posisinya dari seluruh bagian badan janin, kepala merupakan bagian terpenting dalam proses persalinan (Saifuddin, 2007 : 165). Janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa

faktor, yaitu ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin (Marmi, 2012 : 86).

2) Plasenta

Menurut Marmi (2012 : 86), karena plasenta juga harus melalui jalan lahir, ia juga dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin.

3) Air ketuban

Cairan ini penting untuk melindungi pertumbuhan dan perkembangan janin, yaitu : menjadi bantalan untuk melindungi janin terhadap trauma dari luar, menstabilkan perubahan suhu, pertukaran cairan, sarana yang meyakinkan janin bergerak bebas, sampai mengatur tekanan rahim (Marmi, 2012 : 87).

6. Tanda-Tanda Persalinan

a. Tanda-Tanda Bahwa Persalinan Sudah Dekat

1) Tanda Lightening

Lightening menyebabkan tinggi fundus menurun ke posisi yang sama dengan dengan posisi fundus pada usia kehamilan 8 bulan. Pada kondisi ini, bidan tidak dapat melakukan pemeriksaan ballotement terhadap kepala janin yang sebelumnya dapat digerakkan diatas simfisis pubis pada palpasi abdomen. Pada palpasi leopold 4, jari-

jari yang sebelumnya merapat sekarang akan memisah lebar (JNPK-KR, 2008 : 22-23).

2) Terjadinya His Permulaan

Makin tua kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesterone makin berkurang sehingga produksi oksitosin meningkat, dengan demikian dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering, his permulaan ini lebih sering diistilahkan sebagai his palsu (Marmi, 2016 : 9).

b. Tanda-Tanda Masuk Persalinan

1) Terjadinya his persalinan

His yang menimbulkan pembukaan serviks dengan kecepatan tertentu disebut his efektif. His efektif mempunyai sifat : adanya dominan kontraksi uterus pada fundus uteri (*fundal dominance*), kondisi berlangsung secara sinkron dan harmonis, adanya intensitas kontraksi yang maksimal diantara dua kontraksi, irama teratur dan frekuensi yang kian sering, lama his berkisar 45-60 detik (Marmi, 2016 : 9-10).

2) Keluarnya lendir bercampur darah pervaginam (*show*)

Lendir berasal dari pembukaan yang menyebabkan lepasnya lendir berasal dari kanalis servikalis. Sedangkan

pengeluaran darah disebabkan robeknya pembuluh darah waktu serviks membuka (Marmi, 2016 : 10).

3) Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya

Sebagian ibu hamil mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun apabila tidak tercapai, maka persalinan harus diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum atau section caesaria (Marmi, 2016:10).

4) Dilatasi dan effacement

Dilatasi adalah terbukanya kanalis servikalis secara berangsur-angsur akibat pengaruh his. *Effacement* adalah pendataran atau pemendekan kanalis servikalis yang semula panjang 1-2 cm menjadi hilang sama sekali, sehingga tinggal hanya ostium yang tipis seperti kertas (Marmi, 2016 : 11).

7. Tahap-tahap Persalinan

a. Kala I (Pembukaan)

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. Lamanya kala I pada primigravida berlangsung 12 jam sedangkan pada multigravida sekitar 8 jam (Sulistyawati dkk, 2014 : 7-9).

Tabel 2.3
Pemantauan Pada Kala I

Parameter	Fase Laten	Fase Aktif
Tekanan	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Suhu badan	Setiap 4 jam	Setiap 2 jam
DJJ	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Kontraksi	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Pembukaan	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Penurunan	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Nadi	Setiap 30-60 menit	Setiap 30-60 menit

Sumber : Marmi, 2016 : 162.

Kala satu persalinan terdiri dari dua fase yaitu fase laten dan fase aktif, antara lain :

1) Fase laten pada kala satu persalinan :

- a) Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
- b) Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm.
- c) Pada umumnya fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam.

2) Fase aktif pada kala satu persalinan :

Menurut Ilmiah (2015 : 4) fase aktif dibagi menjadi tiga :

1) Fase akselerasi

Fase akselerasi lamanya 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

2) Fase dilatasi maksimal

Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 menjadi 9 cm.

3) Fase deselerasi

Pembukaan menjadi lambat sekali. Dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 menjadi 10 cm. Hal ini terjadi pada primigravida. Pada multigravida pun terjadi demikian, akan tetapi fase laten, fase aktif dan fase deselerasi terjadi lebih pendek.

b. Kala II (Pengeluaran bayi)

Kala II adalah kala pengeluaran bayi, dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi 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 (Sulistyawati dkk, 2010 : 7-9).

c. Kala III (Pelepasan Plasenta)

Kala III adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluaran plasenta. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda sebagai berikut :

- 1) Uterus menjadi berbentuk bundar.
- 2) Uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas dari segmen bawah rahim.
- 3) Tali pusat bertambah panjang.
- 4) Terjadi perdarahan (Sulistyawati dkk, 2014 : 7-9).

Tabel 2.4
Pemantauan Kala III

Pemantauan	Hasil
Kontraksi	Kontraksi yang baik akan teraba keras dan globuler. Tinggi fundus uteri sebelum plasenta lahir sekitar setinggi pusat, setelah plasenta lahir tinggi fundus akan turun sekitar 2 jari di bawah pusat.
Robekan jalan lahir dan perineum	Robekan jalan lahir yang dapat direparasi oleh bidan adalah robekan derajat 1 dan 2 pada perineum. Yaitu dari mukosa vagina sampai ke otot vagina.
Tanda vital	Tekanan darah mungkin mengalami sedikit penurunan dibandingkan ketika kala I dan kala II, nadi normal, suhu tidak lebih dari 37,5 derajat, respirasi normal.
Hygiene	Setelah dinyatakan ibu dalam kondisi baik, maka ibu dibersihkan seperlunya hingga ibu nyaman.

Sumber : Marmi, 2016 : 268.

Tanda-tanda pelepasan plasenta mencakup beberapa atau semua hal-hal di bawah ini :

1) Perubahan bentuk tinggi fundus uterus.

Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus biasanya di bawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau seperti buah pear atau alpukat dan fundus berada di atas pusat (seringkali mengarah ke sisi kanan) (JNP-KR, 2008 : 124).

2) Tali pusat memanjang.

Tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva (tanda *Ahfeld*) (JNP-KR, 2008 : 124).

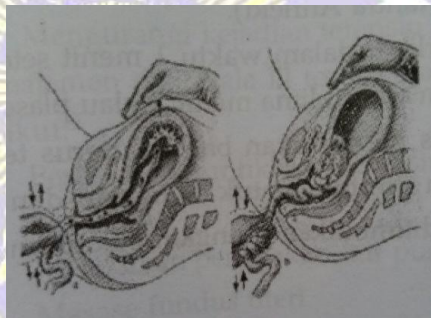
3) Semburan darah mendadak dan singkat.

Darah yang terkumpul di belakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dan dibantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah (*retroplacental pooling*) dalam ruang diantara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta melebihi kapasitas tampungnya maka darah tersembur keluar dari tepi plasenta yang terlepas (JNP-KR, 2008 : 124).

Untuk mengetahui apakah plasenta telah lepas dari tempat implantasinya, dipakai beberapa prasat antara lain :

a) Prasat Kutsner

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat, tangan kiri menekan daerah di atas simpisis. Bila tali pusat masuk kembali ke dalam vagina berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus. Bila tetap atau tidak masuk kembali ke dalam vagina, berarti plasenta sudah lepas dari dinding uterus (Kuswanti dkk, 2014 : 122).



Gambar 2.18
Prasat Kutsner

Sumber : Marmi, 2016 : 259.

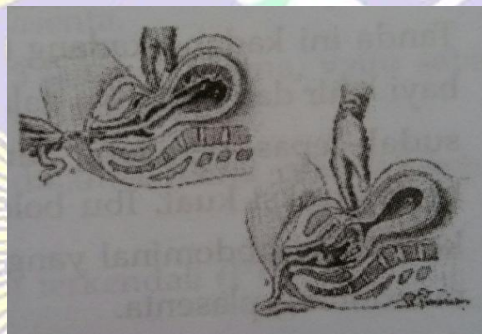
b) Prasat Strassman

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 (Marmi, 2016 : 258).

c) Prasat Klein

Wanita tersebut disuruh mengedan. Tali pusat tampak turun ke bawah. Bila pengedanannya dihentikan dan tali pusat masuk kembali ke dalam vagina, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus (Ilmiah, 2015 : 200-201).

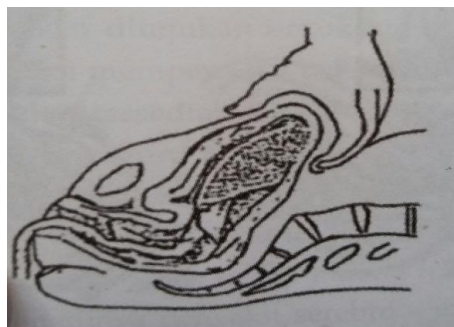


Gambar 2.19
Prasat Klein

Sumber : Marmi, 2016 : 259.

d) Prasat Crede

Dengan cara memijat uterus seperti memeras jeruk agar plasenta lepas dari dinding uterus hanya dapat dipergunakan bila terpaksa misalnya perdarahan. Prasat ini dapat mengakibatkan kecelakaan perdarahan post partum. Pada orang yang gemuk, prasat Crede sukar atau tidak dapat dikerjakan (Marmi, 2016 : 259).



Gambar 2.20
Prasad Crede

Sumber : Marmi, 2016 : 259.

Terdapat 3 metode pelepasan plasenta, yaitu :

a) Metode Schulze

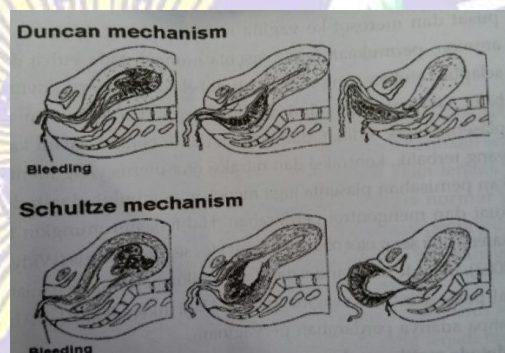
Pelepasan plasenta mulai dari pertengahan, sehingga plasenta lahir diikuti oleh pengeluaran darah. Metode yang lebih umum terjadi, plasenta terlepas dari suatu titik pusat dan merosot ke vagina melalui lubang dalam kantung amnion, permukaan fetal plasenta muncul pada vulva dengan selaput ketuban yang mengikuti di belakang seperti payung terbalik saat terkelupas dari dinding uterus (Marmi, 2016 : 257).

b) Metode Matthews Duncan

Pelepasan plasenta dari daerah tepi sehingga terjadi perdarahan dan diikuti pelepasan plasentanya (Marmi, 2016 : 257). Ditandai oleh adanya perdarahan dari vagina apabila plasenta mulai terlepas. Umumnya

perdarahan tidak melebihi 400 ml. Bila lebih hal ini patologik. Lebih besar kemungkinan pada implantasi lateral. Apabila plasenta lahir, umumnya otot-otot uterus segera berkontraksi, pembuluh-pembuluh darah akan terjepit, dan perdarahan segera berhenti. Pada keadaan normal akan lahir spontan dalam waktu lebih kurang 6 menit setelah anak lahir lengkap (Ilmiah, 2015 : 199).

- c) Terjadi serempak atau kedua-duanya yaitu central dan marginal (Marmi, 2016 : 258).



Gambar 2.21
Mekanisme Pelepasan Plasenta

Sumber : Marmi, 2016 : 258.

Pemeriksaan Plasenta :

Pemeriksaan kelengkapan plasenta sangatlah penting sebagai tindakan antisipasi apabila ada sisa plasenta baik bagian kotiledon ataupun selaputnya. Untuk memastikan

apakah ada lobus tambahan, serat selaput plasenta dengan cara menyatukan kembali selaputnya.

1) Selaput ketuban utuh atau tidak.

2) Plasenta : Ukuran plasenta.

a) Bagian maternal : Jumlah kotiledon, keutuhan pinggir kotiledon.

b) Bagian fetal : Utuh atau tidak.

3) Tali pusat : Jumlah arteri dan vena, adakah yang terputus untuk mendeteksi plasenta suksenturia.

Inseri tali pusat, apakah sentral, marginal, serta panjang tali pusat.

d. Kala IV (Observasi)

Kala IV mulai dari lahirnya plasenta selama 1-2 jam.

Pada kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan pasca persalinan, paling sering terjadi pada 2 jam pertama.

Observasi yang dilakukan adalah sebagai berikut :

1) Tingkat kesadaran pasien.

2) Pemeriksaan tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi dan pernafasan.

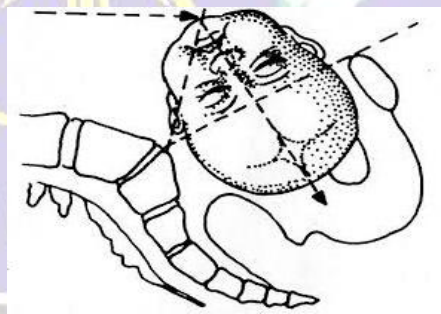
3) Kontraksi uterus.

- 4) Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc (Sulistyawati dkk, 2014 : 7-9).

8. Mekanisme Persalinan

a. *Engagement*

Pada tahap *engagement* (kepala terfiksasi pada PAP), terjadi peristiwa sinklitismus (Winkjosastro, 2009 : 310). Kepala dikatakan telah menancap (*engager*) pada pintu atas panggul apabila diameter biparental kepala melewati pintu atas panggul. Pada nulipara, hal ini terjadi sebelum persalinan aktif dimulai karena otot-otot abdomen masih tegang sehingga bagian presentasi terdorong ke dalam panggul (Marmi, 2016 : 186).

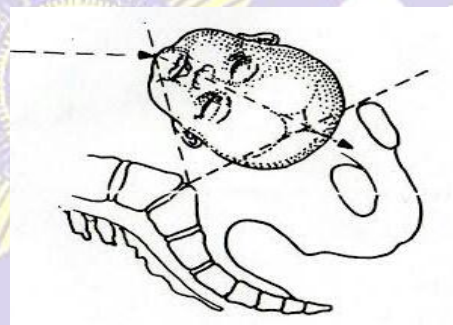


Gambar 2.22
Sinklitismus

Sumber : Winkjosastro dkk, 2009 : 310.

b. Descent

Desensus merupakan syarat utama kelahiran kepala, terjadi karena adanya tekanan cairan amnion, tekanan langsung pada bokong saat kontraksi, usaha meneran, ekstensi dan penelusuran badan janin (Ilmiah, 2015 : 145). Kepala turun ke dalam rongga panggul akibat tekanan langsung dari his dari daerah fundus ke arah daerah bokong, tekanan dari cairan amnion, kontraksi otot dinding perut dan diafragma (mengejan), dan badan janin terjadi ekstensi dan menegang (JNPK-KR, 2008 : 15).



Gambar 2.23
Asinklitismus anterior

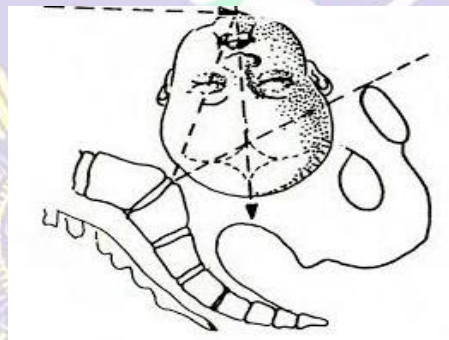
Sumber : Winkjosastro dkk, 2009 : 311.

c. Flexion (fleksi)

Fleksi disebabkan karena janin didorong maju, dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir pintu atas panggul, serviks, dinding panggul atau dasar panggul.

Akibat dari kekuatan dorongan dan tahanan ini terjadilah fleksi, karena moment yang menimbulkan fleksi lebih besar dari moment yang menimbulkan defleksi (Ilmiah, 2015 : 146).

Fleksi : kepala janin fleksi, dagu menempel ke toraks, posisi kepala berubah dari diameter oksipito-frontalis (puncak kepala) menjadi diameter suboksipito-bregmatika (belakang kepala) (JNPK-KR, 2008 : 16).



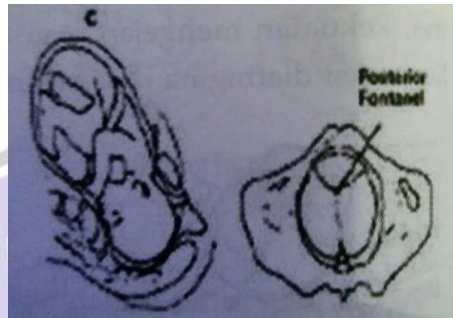
Gambar 2.24
Asinklitismus posterior

Sumber : Winkjosastro dkk, 2009 : 311.

d. Internal rotation (putar pasi dalam)

Pemutaran bagian depan anak sehingga bagian terendah memutar ke depan ke bawah simfisis mutlak terjadi karena untuk menyesuaikan dengan bentuk jalan lahir. Putaran paksi dalam ini terjadi dengan sendirinya,

selalu bersamaan dengan majunya kepala dan tidak terjadi sebelum sampai Hodge III (JNPK-KR, 2008 : 17).



Gambar 2.25
Putar paksi dalam

Sumber : Marmi, 2016 : 188.

Sebab-sebab putaran paksi dalam :

- 1) Pada letak fleksi, bagian belakang kepala merupakan bagian terendah dari kepala.
- 2) Bagian terendah dari kepala mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas dimana terdapat meatus genetalis antara muskulus levator ani kiri dan kanan.
- 3) Ukuran terbesar dari bidang tengah panggul adalah diameter antero posterior (Marmi, 2016 : 188).

e. Extension (Ekstensi)

Pada kepala bekerja dua kekuatan, yang satu mendesaknya ke bawah dan satunya karena disebabkan

tahanan dasar panggul yang menolaknya ke atas. Resultantnya ialah kekuatan kearah depan atas. Setelah subocciput tertahan pada pinggir bawah simfisis maka yang dapat maju karena kekuatan tersebut di atas bagian yang berhadapan dengan subocciput, maka lahirlah berturut-turut pada pinggir atas perineum ubun-ubun besar, dahi, hidung, mulut dan akhirnya dagu dengan gerakan ekstensi. Subocciput yang menjadi pusat pemutaran disebut *hypomoclion* (Ilmiah, 2015 : 147).



Gambar 2.26
Kepala Ekstensi

Sumber : Marmi, 2016 : 189.

f. External rotation (putar paksi luar)

Setelah kepala lahir, maka kepala anak memutar kembali kearah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Gerakan ini disebut putaran restitusi. Selanjutnya putaran

diteruskan hingga belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadikum sepihak. Gerakan yang terakhir ini adalah putaran paksi luar yang sebenarnya dan disebabkan karena ukuran bahu menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu bawah panggul (Marmi, 2016 : 189). Setelah putaran paksi luar bahu depan dibawah simfisis menjadi pusat pemutaran (hipomoklion) dari kelahiran bahu belakang. Bahu depan menyusul lahir diikuti seluruh badan anak (JNPK-KR, 2008 : 18).



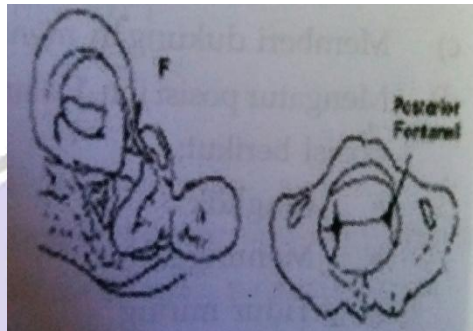
Gambar 2.27
Putar paksi luar

Sumber : Marmi, 2016 : 189.

g. Expulsion

Setelah putaran paksi luar bahu depan sampai di bawah simfisis dan menjadi hipomoklion untuk melahirkan bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan

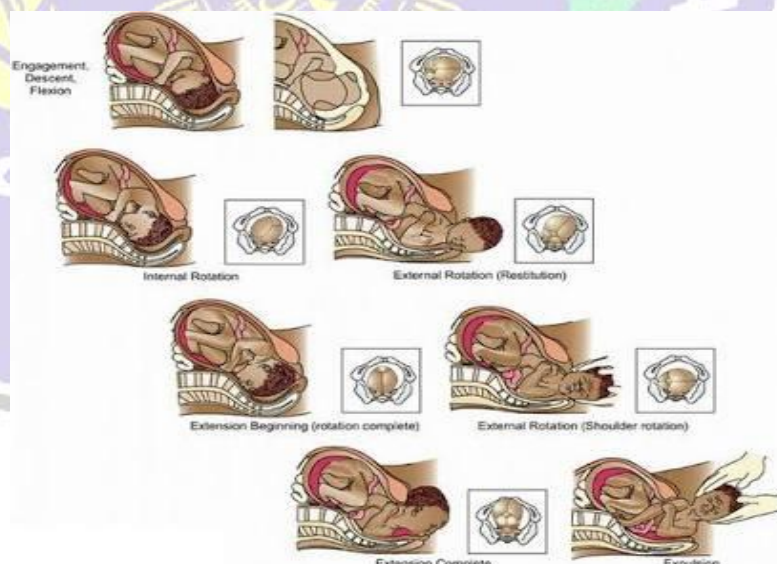
selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir (Marmi, 2016 : 189).



Gambar 2.28
Kepala ekspulsi

Sumber : Marmi, 2016 : 189.

Dari uraian diatas, mekanisme persalinan dapat dilihat dalam gambar berikut ini :



Gambar 2.29
Mekanisme Persalinan Normal

Sumber : Marmi, 2016 : 190.

9. Kebutuhan Dasar Selama Persalinan

a. Kebutuhan fisiologis

1) Makan dan minum per oral

Pasien yang berada dalam situasi yang memungkinkan untuk makan, biasanya pasien akan makan sesuai dengan keinginannya, namun ketika masuk dalam persalinan fase aktif biasanya ia hanya menginginkan cairan. Penatalaksanaan paling tepat dan bijaksana yang dapat dilakukan oleh bidan adalah melihat situasi pasien, artinya intake cairan dan nutrisi tetap dipertimbangkan untuk diberikan dengan konsisten dan jumlah yang logis dan sesuai dengan kondisi pasien (Sulistiyawati dkk, 2010 : 40).

2) Posisi ambulasi

Posisi yang nyaman selama persalinan sangat diperlukan bagi pasien. Selain mengurangi ketegangan dan rasa nyeri, posisi tertentu justru akan membantu proses penurunan kepala janin sehingga persalinan dapat berjalan lebih cepat (selama tidak ada kontra indikasi dari keadaan pasien). Beberapa posisi yang dapat diambil antara lain rekumben lateral

(miring), lutut-dada, tangan-lutut, duduk, berdiri, berjalan dan jongkok (Sulistyawati, 2010 : 45).

3) Istirahat selama tidak ada his

Di awal persalinan sebaiknya anjurkan pasien untuk istirahat yang cukup sebagai persiapan untuk menghadapi proses persalinan yang panjang, terutama pada primipara. Jika pasien benar-benar tidak dapat tidur terlelap karena sudah mulai merasakan his, minimal upayakan untuk berbaring di tempat tidur dalam posisi miring ke kiri untuk beberapa waktu (Sulistyawati, 2010 : 45).

4) Eliminasi selama persalinan

a) Buang Air Kecil (BAK)

Kandung kemih harus dikosongkan setiap 2 jam selama proses persalinan. Bila pasien tidak dapat berkemih sendiri dapat dilakukan kateterisasi oleh karena kandung kencing yang penuh akan menghambat penurunan bagian terbawah janin, selain itu juga akan meningkatkan rasa tidak nyaman yang tidak dikenali pasien karena bersama dengan munculnya kontraksi uterus (Walyani dkk, 2015 : 27).

b) Buang Air Besar (BAB)

Rektum yang penuh akan mengganggu penurunan bagian terbawah janin, namun bila pasien mengatakan ingin BAB, bidan harus memastikan kemungkinan adanya tanda dan gejala masuk pada kala II (Walyani dkk, 2015 : 27).

b. Kebutuhan rasa aman (Ilmiah, 2015 : 37)

Memberi informasi tentang proses persalinan atas tindakan yang akan dilakukan, menghargai pilihan posisi tidur, menentukan pendampingan selama proses persalinan, melakukan pemantauan selama persalinan, melakukan tindakan sesuai kebutuhan.

c. Kebutuhan dicintai dan mencintai (Ilmiah, 2015 : 37)

Menghormati pilihan pendampingan selama persalinan, melakukan kontak fisik atau memberi sentuhan ringan, melakukan masase untuk mengurangi rasa sakit, melakukan pembicaraan dengan suara lemah lembut dan sopan.

d. Kebutuhan harga diri

Mendengarkan keluhan ibu dengan penuh perhatian atau menjadi pendengar yang baik, memberi asuhan dengan memperhatikan privacy ibu, memberi pelayanan

dengan empati, memberitahu pada ibu setiap tindakan yang akan dilakukan, memberi pujian pada ibu terhadap tindakan positif yang telah dilakukan (Ilmiah, 2015 : 38).

e. Kebutuhan aktualisasi diri

Memilih tempat dan penolong persalinan yang sesuai, menentukan pendamping selama persalinan, melakukan *bounding and attachment*, memberi ucapan selamat setelah persalinan selesai (Ilmiah, 2015 : 38).

10. Ketuban Pecah Dini (KPD)

a. Pengertian Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini merupakan ketuban yang pecah sebelum waktunya melahirkan atau sebelum terjadinya tanda-tanda inpartu, biasanya pada pembukaan <4 cm (fase laten) (Nugroho, 2014 : 1).

b. Etiologi

Penyebab terjadinya ketuban pecah dini masih belum diketahui secara pasti. Ada beberapa faktor predisposisi kemungkinan terjadinya ketuban pecah dini yaitu infeksi, serviks yang inkompentensia, tekanan intra uteri yang meninggi, trauma yang di dapat, memiliki kelainan letak, keadaan sosial ekonomi, dan faktor lain yaitu golongan

darah, disproporsi antar kepala janin dan panggul ibu, multi gradivitas dan defisiensi gizi (Nugroho, 2014 : 2).

c. Patofisiologi Ketuban Pecah Dini

Melemahnya daya tahan pada ketuban dipercepat dengan terjadinya infeksi yang mengeluarkan enzim yaitu enzim proteolitik dan enzim kolagenase. Masa interval sejak terjadinya ketuban pecah sampai terjadi kontraksi disebut fase laten dalam inpartu. Masa panjang fase laten, maka makin tinggi kemungkinan terjadi infeksi. Makin muda suatu kehamilan, makin sulit upaya pemecahannya tanpa menimbulkan morbiditas (Manuaba, 2010 : 112).

d. Pengaruh Terjadinya KPD

1) Terhadap Ibu

Ibu dapat merasakan lelah karena selalu terbaring di tempat tidur, ketika partus menjadi lama, maka suhu tubuh ibu dapat meningkat, nadi cepat dan tampak gejala-gejala infeksi. Hal ini dapat menimbulkan terjadinya peningkatan angka kematian dan morbiditas pada ibu (Mochtar, 2012 : 258).

2) Terhadap Janin

Kemungkinan janin sudah terkena infeksi, meskipun ibu belum menunjukkan tanda-tanda infeksi, karena

infeksi intrauterine lebih dahulu terjadi seperti amnionitis dan vaskulitis sebelum tanda dan gejala pada ibu dirasakan. Sehingga dapat meningkatkan mortalitas dan morbiditas perinatal (Mochtar, 2012 : 258).

e. Penatalaksanaan, menurut Nugroho (2014 : 155)

1) Konservatif

a) Rawat dirumah sakit.

b) Beri antibiotika, bila ketuban pecah lebih dari >6 jam berupa : Ampicilin 4x500 mg atau Gentamicyn 1x80 mg.

c) Umur kehamilan <32-34 minggu, dirawat selama air ketuban masih keluar atau sampai air ketuban tidak keluar lagi.

d) Bila usia kehamilan 32-34 minggu, masih keluar air ketuban, maka usia kehamilan 35 minggu dipertimbangkan untuk terminasi kehamilan (hal ini sangat tergantung pada kemampuan perawatan bayi premature).

e) Nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda infeksi intrauterine).

f) Pada usia kehamilan 32-34 minggu, berikan steroid untuk memacu kematangan paru-paru janin.

2) Aktif

- a) Kehamilan >35 minggu : induksi oksitosin, bila gagal dilakukan section caesarea.
- b) Pada keadaan CPD, letak lintang dilakukan section caesarea.
- c) Bila ada tanda-tanda infeksi : antibiotic dosis tinggi dan persalinan diakhiri.

2.1.3 Nifas

1. Pengertian Nifas

Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. Wanita yang melalui periode puerperium disebut *puerpura* (Ambarwati, 2010 : 1).

Masa nifas atau *puerperium* dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. Pelayanan pasca persalinan harus terselenggara pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi, yang meliputi upaya pencegahan, deteksi dini dan pengobatan komplikasi dan penyakit yang mungkin terjadi, serta penyediaan pelayanan pemberian ASI, cara menjarangkan kehamilan, imunisasi, dan nutrisi bagi ibu (Heryani R, 2010 : 3).

2. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Menurut Marmi (2017, 13-14) berikut ini merupakan aturan waktu dan bentuk asuhan yang wajib diberikan sewaktu melakukan kunjungan masa nifas.

Tabel 2.5
Asuhan Kunjungan Nifas Normal

Kunjungan	Waktu	Asuhan
I	6-8 jam post partum	- Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri.
		- Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut.
		- Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri.
		- Pemberian ASI awal.
		- Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
		- Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi.
		- Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik.
II	6 hari post partum	- Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal.
		- Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan.
		- Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup.
		- Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan.
		- Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui.
- Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.		
III	2 minggu post partum	Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.
IV	6 minggu post partum	- Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas.
		- Memberikan konseling KB secara dini.

Sumber : Marmi, 2017 : 13-14.

3. Proses Masa Nifas

a. Involusi

Setelah bayi lahir, umumnya berat rahim menjadi sekitar 1000 gram dan dapat diraba kira-kira 2 jari dibawah umbilikus. Setelah 1 minggu kemudian beratnya berkurang jadi sekitar 500 gram. Setelah 2 minggu beratnya sekitar 300 gram dan tidak dapat diraba lagi. Jadi, secara alamiah rahim akan kembali mengecil perlahan-lahan kebentuknya semula. Setelah 6 minggu beratnya sudah sekitar 40-60 gram. Pada saat ini di anggap bahwa masa nifas sudah selesai (Saleha, 2009 : 2).

b. Kekentalan darah (hemokonsentrasi) kembali normal

Menurut Saleha (2009 : 3), selama hamil darah ibu relative 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%. 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

Hisapan bayi akan merangsang puting susu dan kalang payudara, karena ujung-ujung saraf sensoris yang berfungsi sebagai reseptor mekanik. Rangsangan ini dilanjutkan ke hipotalamus melalui medulla spinalis hipotalamus dan akan menekan pengeluaran faktor penghambat sekresi prolaktin dan sebaliknya merangsang pengeluaran faktor pemacu sekresi prolaktin akan merangsang hipofise anterior sehingga keluar prolaktin. Hormone ini merangsang sel-sel alveoli yang berfungsi untuk membuat air susu (Maritalia, 2014 : 71-72).

4. Perubahan Fisiologi Masa Nifas

a. Uterus

Dalam keadaan fisiologis, pada pemeriksaan fisik yang dilakukan secara palpasi didapat bahwa tinggi fundus uteri akan berada setinggi pusat segera setelah janin lahir, sekitar 2 jari di bawah pusat setelah plasenta lahir, pertengahan antara pusat dan simfisis pada hari ke lima postpartum dan setelah 12 hari postpartum tidak dapat diraba lagi (Maritalia, 2014 : 17).

Tabel 2.6
Perubahan Uterus Masa Nifas

Involusi Uteri	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus	Palpasi Cervix
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 2)	Tidak teraba	350 gr	5 cm	1 cm
6 minggu	Normal	60 gr	2,5 cm	Menyempit

Sumber : (Ambarwati dkk. 2010 : 76).

b. Serviks

Beberapa hari setelah persalinan, ostium externum dapat dilalui oleh dua jari, pinggir-pinggirnya tidak rata tetapi retak-retak karena robekan dalam persalinan. Pada akhir minggu pertama hanya dapat dilalui 1 jari saja, dan lingkaran retraksi berhubungan dengan bagian atas dari canalis cervikalis (Marmi, 2017 : 88).

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 dkk, 2010 : 79).

c. Vulva dan vagina

Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan

lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Pada post natal hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan (Marmi, 2017 : 91). Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol (Walyani dkk, 2015 : 66).

d. Lochea

Lochea adalah cairan secret yang berasal dari cavum uteri dan vagina dalam masa nifas (Walyani dkk, 2015 : 66). Secara fisiologis, lochea yang dikeluarkan dari cavum uteri akan berbeda karakteristiknya dari hari ke hari. Hal ini disesuaikan dengan perubahan yang terjadi pada dinding uterus akibat penurunan kadar hormone estrogen dan progesterone seperti yang telah diuraikan sebelumnya (Maritalia, 2014 : 20).

Macam-macam lochea, diantaranya :

1) Lochea rubra atau merah (kruenta)

Lochea ini muncul pada hari pertama sampai hari ketiga masa postpartum. Sesuai dengan namanya,

warnanya biasanya merah dan mengandung darah dari robekan atau luka pada plasenta dan serabut dari deciduas dan chorion (Marmi, 2017 : 89).

2) Lochea sanguinolenta

Timbul pada hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 postpartum. Karakteristik lochea sanguinolenta berupa darah bercampur lendir (Maritalia, 2014 : 21).

3) Lochea serosa

Berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 postpartum (Walyani, 2015 : 66).

4) Lochea alba

Lochea ini muncul lebih dari hari kesepuluh postpartum. Warnanya lebih pucat, putih kekuningan dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati (Marmi, 2017 : 89).

5) Lochea purulenta

Yaitu terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk (Walyani, 2015 : 66).

6) Locheastatis

Yaitu lochea yang tidak lancar keluar (Walyani, 2015 : 66).

e. Payudara (Mammae)

Pada proses laktasi terdapat dua refleksi yang berperan, yaitu refleksi prolaktin dan refleksi aliran yang timbul akibat perangsangan puting susu.

1) Refleksi prolaktin

Setelah persalinan, yaitu saat lepasnya plasenta dan berkurangnya fungsi korpus luteum maka estrogen dan progesterone juga berkurang. Hisapan bayi akan merangsang puting susu dan kalang payudara, karena ujung-ujung saraf sensoris yang berfungsi sebagai reseptor mekanik (Maritalia, 2014 : 23).

2) Refleksi aliran (let down refleksi)

Melalui aliran darah, hormone ini menuju uterus sehingga menimbulkan kontraksi. Kontraksi dari sel akan memeras air susu yang telah terbuat, keluar dari alveoli dan masuk ke sistem duktus dan selanjutnya mengalir melalui duktus lactiferous masuk ke mulut bayi (Maritalia, 2014 : 24).

f. Tanda-tanda vital

Tanda-tanda vital yang sering digunakan sebagai indikator bagi tubuh yang mengalami gangguan atau

masalah kesehatan adalah nadi, pernafasan, suhu dan tekanan darah (Maritalia, 2014 : 24).

g. Sistem endokrin

Kadar prolaktin dalam darah ibu dipengaruhi oleh frekuensi menyusui, lama setiap kali menyusui dan nutrisi yang dikonsumsi ibu selama menyusui. Hormon prolaktin ini akan menekan sekresi Folikel Stimulating Hormon (FSH) sehingga mencegah terjadinya ovulasi (Maritalia, 2014 : 26).

h. Sistem peredaran darah (cardio vascular)

1) Volume darah

Kehilangan darah pada persalinan per vaginam sekitar 300-400 cc sedangkan kehilangan darah dengan persalinan seksio sesarea menjadi dua kali lipat. Perubahan yang terjadi terdiri dari volume darah dan hemokonsentrasi. Pada persalinan per vaginam, hemokonsentrasi akan naik dan pada persalinan seksio sesarea, hemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu (Marmi, 2017 : 105).

2) *Cardiac output*

Cardiac output meningkat selama kala I dan kala II persalinan. Puncaknya selama masa nifas dengan tidak

memperhatikan tipe persalinan dan penggunaan anestesi. *Cardiac output* tetap tinggi dalam beberapa waktu sampai 48 jam *postpartum*, ini umumnya mungkin diikuti dengan peningkatan stroke volume akibat dari peningkatan *venous return*, *bradycardi* terlihat selama waktu ini. *Cardiac output* akan kembali pada keadaan semula seperti sebelum hamil 2-3 minggu (Walyani dkk, 2015 : 64).

i. Sistem pencernaan

1) Nafsu makan

Ibu sering kali cepat lapar setelah melahirkan dan siap makan pada 1-2 jam post partum primordial, dan dapat ditoleransi dengan diet yang ringan. Setelah benar-benar pulih dari efek analgesia, anestesia, dan kelelahan, kebanyakan ibu merasa sangat lapar. Permintaan untuk memperoleh makanan dua kali dari jumlah yang biasa dikonsumsi camilan yang sering ditemukan (Marmi, 2017 : 92).

Pada ibu yang melahirkan dengan cara operasi (*sectio caesarea*) biasanya membutuhkan waktu sekitar 1-3 hari agar fungsi saluran cerna dan nafsu makan dapat kembali normal (Maritalia, 2014 : 27).

2) Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anestesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal (Marmi, 2017 : 92).

3) Pengosongan usus

Buang air besar (B.A.B) biasanya mengalami perubahan pada 1-3 hari pertama postpartum. Hal ini disebabkan terjadinya penurunan tonus otot selama proses persalinan. Selain itu, enema sebelum melahirkan kurang asupan nutrisi dan dehidrasi serat dugaan ibu terhadap timbulnya rasa nyeri disekitar anus/perineum setiap kali akan b.a.b juga mempengaruhi defekasi secara spontan (Maritalia, 2014 : 27).

j. Sistem perkemihan

Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormon estrogen menurun, hilangnya peningkatan vena pada tingkat bawah, dan hilangnya peningkatan volume darah akibat kehamilan, hal ini merupakan mekanisme tubuh untuk mengatasi kelebihan cairan. Keadaan ini disebut dengan

diuresis pasca partum. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu. Bila wanita pasca persalinan tidak dapat berkemih dalam waktu 4 jam pasca persalinan mungkin ada masalah dan sebaiknya segera di pasang dower kateter selama 24 jam (Suprijati, 2014 : 17).

k. Sistem integument

Penurunan melanin umumnya setelah persalinan, menyebabkan berkurangnya hyperpigmentasi kulit, perubahan pembuluh darah yang tampak pada kulit karena kehamilan dan akan menghilang pada saat estrogen menurun (Walyani dkk, 2015 : 68).

l. Sistem musculoskeletal

1) Dinding perut dan peritoneum

Setelah persalinan, dinding perut longgar karena diregang begitu lama, tetapi biasanya pulih kembali dalam 6 minggu (Marmi, 2017 : 98).

2) Kulit abdomen

Kulit abdomen yang melebar selama kehamilan tampak melonggar dan mengendur sampai berminggu-minggu atau bahkan berbulan-bulan yang dinamakan striae. Melalui latihan postnatal, otot-otot

dari dinding abdomen seharusnya dapat normal kembali dalam beberapa minggu (Marmi, 2017 : 99).

3) Striae

Ibu postpartum memiliki tingkat diastasis sehingga terjadi pemisahan muskulus rektus abdominalis tersebut dapat dilihat dari pengkajian keadaan umum, aktivitas, paritas dan jarak kehamilan yang dapat menentukan berapa lama tonus otot kembali normal (Marmi, 2017 : 99).

4) Perubahan ligament

Ligamen-ligamen dan diafragma pelvis serta fascia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus, setelah janin lahir, berangsur-angsur menciut kembali seperti sediakala (Sukarni dkk, 2013 : 330).

5) Simpisis pubis

Hal ini biasanya ditandai oleh nyeri tekan signifikan pada pubis disertai peningkatan nyeri saat bergerak ditempat tidur atau saat berjalan. Pemisahan simpisis dapat dipalpasi (Sukarni dkk, 2013 : 330).

5. Perubahan Psikologi Masa Nifas

a. Adaptasi psikologis masa nifas

1) Fase Taking In

Pada fase ini, kebutuhan istirahat, asupan nutrisi dan komunikasi yang baik harus dapat terpenuhi. Bila kebutuhan tersebut tidak terpenuhi, ibu dapat mengalami gangguan psikologis berupa : kekecewaan pada bayinya, ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami, rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya dan kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayinya (Maritalia, 2014:31).

2) Fase *Taking Hold*

Fase *taking hold* adalah periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini, timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu mempunyai perasaan sangat sensitif, sehingga mudah tersinggung dan marah (Walyani dkk, 2015 : 80).

3) Fase *Taking Go*

Fase *taking go* adalah periode menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini

berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Ibu memahami bahwa bayi butuh disusui sehingga siap terjaga untuk memenuhi kebutuhan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya sudah meningkat pada fase ini (Walyani dkk, 2015 : 80).

b. Postpartum Blues (Baby Blues)

Postpartum blues merupakan kesedihan atau kemurungan setelah melahirkan, biasanya hanya muncul sementara waktu yakni sekitar dua hari hingga dua minggu sejak kelahiran bayi. Beberapa penyesuaian dibutuhkan oleh wanita dalam menghadapi aktivitas dan peran barunya sebagai ibu pada minggu-minggu atau bulan-bulan pertama setelah melahirkan, baik dari segi fisik maupun segi psikologis (Marmi, 2017 : 111).

c. Depresi Postpartum

Gejala ini timbul seperti halnya wanita mengalami proses menstruasi, dimana perubahan hormon mempengaruhi perilaku sang ibu. Biasanya hal ini terjadi pada kurun waktu satu minggu setelah melahirkan yang

biasanya sang ibu akan merasakan resah, gelisah, pusing, bahkan ada pula yang sampai mengamuk seperti orang yang mengalami gangguan jiwa (Sukarni dkk, 2013 : 333).

d. Kesedihan dan duka cita

Tahap-tahap berduka menurut Marmi (2017 : 130-131), yaitu :

1) Syok

Merupakan respons awal individu terhadap kehilangan.

2) Berduka

Ada penderitaan, fase realitas. Penerimaan terhadap fakta kehilangan dan upaya terhadap realitas yang harus ia lakukan terjadi pada periode ini.

3) Resolusi

Fase menentukan hubungan baru yang bermakna. Selama periode ini seseorang yang berduka menerima kehilangan, penyesuaian telah komplet dan individu kembali pada fungsinya secara penuh.

6. Kebutuhan Dasar Pada Masa Nifas

a. Nutrisi dan cairan

Ibu nifas membutuhkan nutrisi yang cukup, bergizi seimbang, terutama kebutuhan protein dan karbohidrat.

Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari (ibu harus mengonsumsi 3 sampai 4 porsi tiap hari). Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari. Pil zat besi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin. Minum kapsul vitamin A (2000 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI nya.

Zat-zat yang dibutuhkan ibu pasca melahirkan antara lain :

1) Kalori

Wanita dewasa memerlukan 2.200 k kalori. Ibu menyusui memerlukan kalori yang sama dengan wanita dewasa +700 k kalori pada 6 bulan pertama kemudian +500 k kalori pada bulan selanjutnya (Walyani dkk, 2015 : 103-104).

2) Protein

Jumlah kelebihan protein yang diperlukan oleh ibu nifas adalah sekitar 10-15%. Protein utama dalam air susu ibu adalah whey. Mudah dicerna whey menjadi kepala susu yang lembut yang memudahkan penyerapan nutrient kedalam aliran darah bayi (Marmi, 2017 : 136).

3) Kalsium dan vitamin D

Kalsium dan vitamin D berguna untuk pembentukan tulang dan gigi. Kebutuhan kalsium dan vitamin D

didapat dari minum susu rendah kalori atau berjemur dipagi hari. Konsumsi kalsium pada masa menyusui meningkat menjadi 5 porsi per hari (Yanti, 2011 : 79).

4) Magnesium

Magnesium dibutuhkan sel tubuh untuk membantu gerak otot, fungsi syaraf dan memperkuat tulang. Kebutuhan magnesium di dapat pada gandum dan kacang-kacangan (Yanti, 2011 : 79-80).

5) Sayuran hijau dan buah

Kebutuhan yang diperlukan sedikitnya tiga porsi sehari. Satu porsi setara dengan 1/8 semangka, 1/4 mangga, 3/4 cangkir brokoli, 1/2 wortel, 1/4-1/2 cangkir sayuran hijau yang telah dimasak, satu tomat (Yanti, 2011 : 80).

6) Karbohidrat kompleks

Makanan yang dikonsumsi dianjurkan mengandung 50-60% karbohidrat. Laktosa (gula susu) adalah bentuk utama dari karbohidrat yang ada dalam jumlah lebih besar dibandingkan dalam susu sapi (Marmi, 2017 : 136).

7) Lemak

Lemak 25-35% dari total makanan. Lemak menghasilkan kira-kira setengah kalori yang diproduksi oleh air susu ibu (Walyani dkk, 2015 : 104).

8) Garam

Selama periode nifas, hindari konsumsi garam berlebihan. Hindari makanan asin seperti kacang asin, keripik kentang atau acar (Yanti, 2012 : 80).

9) Cairan

Fungsi cairan sebagai pelarut zat gizi dalam proses metabolisme tubuh. Minumlah cairan cukup untuk membuat tubuh tidak dehidrasi. Asupan tablet tambah darah dan zat besi diberikan setara 40 hari post partum, minum kapsul vit A (200.000 unit) (Marmi, 2017 : 137).

10) Vitamin dan mineral

Kegunaan vitamin dan mineral adalah untuk melancarkan metabolisme tubuh. Beberapa vitamin dan mineral yang ada pada air susu ibu perlu mendapat perhatian khusus karena jumlahnya kurang mencukupi, tidak mampu memenuhi kebutuhan bayi sewaktu bayi bertumbuh dan berkembang (Walyani dkk, 2015 : 105).

11) Zinc

Berfungsi untuk kekebalan tubuh, penyembuhan luka dan pertumbuhan. Kebutuhan zinc di dapat dalam daging, telur dan gandum. Enzim dalam pencernaan dan metabolisme memerlukan seng. Kebutuhan seng setiap hari sekitar 12 mg. Sumber seng terdapat pada seafood, hati dan daging (Yanti, 2012 : 83).

12) DHA

DHA penting untuk perkembangan daya lihat dan mental bayi. Asupan DHA berpengaruh langsung pada kandungan dalam ASI (Yanti, 2012 : 83).

b. Ambulasi dini

Mobilisasi sebaiknya dilakukan secara bertahap. Diawali gerakan miring ke kanan dan ke kiri diatas tempat tidur. Mobilisasi ini tidak mutlak, bervariasi tergantung pada ada tidaknya komplikasi persalinan, nifas dan status kesehatan ibu sendiri (Maritalia, 2014 : 48).

c. Eliminasi

1) Miksi

Miksi disebut normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam. Ibu diusahakan dapat buang air kecil sendiri, bila tidak dilakukan dengan tindakan

dirangsang dengan mengalirkan air kran di dekat klien dan mengompres air hangat diatas simpisis. Bila tidak berhasil dengan cara diatas maka dilakukan kateterisasi (Ambarwati, 2010 : 105).

2) Buang air besar

Ibu post partum diharapkan dapat BAB 3-4 hari post partum. Apabila mengalami kesulitan BAB atau obstipasi, lakukan diet teratur, cukup cairan, konsumsi makanan berserat, olahraga, berikan obat rangsangan per oral atau per rectal atau lakukan klisma bila perlu (Marmi, 2016 : 148).

d. Personal hygiene

Mandi diperlukan untuk menjaga kebersihan/hygiene terutama perawatan kulit, karena fungsi ekskresi dan keringat bertambah (Sutanto dkk,2017:181). Sebaiknya pakaian agak longgar di daerah dada sehingga payudara tidak tertekan dan kering (Walyani dkk,2015:114). Cuci rambut dengan conditioner yang cukup, lalu menggunakan sisir yang lembut (Walyani dkk,2015:114).

e. Istirahat

Kebutuhan istirahat ibu menyusui minimal 8 jam sehari, yang dapat dipenuhi melalui istirahat malam dan siang (Sulistyawati, 2009 : 103).

Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal :

- 1) Mengurangi jumlah ASI yang di produksi.
- 2) Memperlambat proses involusi uterus dan meningkatkan perdarahan.
- 3) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Marmi, 2017 : 146).

f. Seksual

Ibu yang baru melahirkan boleh melakukan hubungan seksual kembali setelah 6 minggu persalinan. Batasan waktu 6 minggu didasarkan atas pemikiran pada masa itu semua luka akibat persalinan, termasuk luka episiotomi dan luka bekas Sectio Caesarea (SC) biasanya telah sembuh dengan baik. Bila suatu persalinan dipastikan tidak ada luka atau laserasi/robek pada jaringan, hubungan seks bahkan telah boleh dilakukan 3-4 minggu setelah proses melahirkan (Maritalia, 2014 : 53-54).

g. Latihan / senam nifas

Senam nifas adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan sampai dengan hari ke sepuluh. Tujuan senam nifas adalah membantu mempercepat pemulihan kondisi ibu, mempercepat proses involusio uteri, membantu memulihkan dan mengencangkan otot panggul, perut dan perineum, memperlancar pengeluaran lochea, membantu mengurangi rasa sakit, merelaksasikan otot-otot yang menunjang proses kehamilan dan persalinan, mengurangi kelainan dan komplikasi masa nifas (Yanti, 2012 : 85).

2.1.4 Bayi Baru Lahir

1. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir adalah bayi, dari lahir sampai usia 4 minggu dengan usia gestasi 38-42 minggu (Maryunani, 2010 : 359). Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari (Marmi, 2012 : 5).

2. Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir

Tanda-tanda bayi baru lahir normal menurut (Sari, 2014 : 245-246) yaitu :

- a. Berat badan 2500-4000 gram.

- b. Panjang badan 48-52 cm.
- c. Lingkar kepala 33-35 cm.
- d. Lingkar dada 30-38 cm.
- e. Bunyi jantung 120-160 x/ menit.
- f. Pernafasan dada 40-60 x/menit.
- g. Kulit kemerahan dan licin karena jaringan dan diikuti vernik caseosa.
- h. Rambut lanugo terlihat, rambut kepala biasanya sudah sempurna.
- i. Kuku telah agak panjang.
- j. Genetalia jika perempuan labia mayora telah menutupi labia minora, jika laki-laki testis telah turun.
- k. Refleks moro bila dikagetkan akan kelihatan seperti memeluk.
- l. Gerak refleks sudah baik bila tangan diletakkan benda bayi akan menggenggam.
- m. Eliminasi baik, urine dan mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama dan berwarna kecoklatan.

Tabel 2.7
Tanda APGAR

Tanda	Nilai : 0	Nilai : 1	Nilai : 2
Appearance (warna kulit)	Pucat/biru seluruh tubuh	Tubuh merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse (denyut jantung)	Tidak ada	<100	>100
Grimace (tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
Activity (aktivitas)	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menangis
Respiration (pernapasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis

Sumber : Dewi, 2010 : 2.

Interpretasi :

- a. Nilai 1-3 : Asfiksia berat.
- b. Nilai 4-6 : Asfiksia sedang.
- c. Nilai 7-10 : Asfiksia ringan (normal).

3. Adaptasi Bayi Baru Lahir

a. Perubahan metabolisme karbohidrat

Dalam waktu 2 jam setelah lahir kadar gula darah tali pusat akan menurun, energi tambahan yang diperlukan neonatus pada jam-jam pertama sesudah lahir diambil dari hasil metabolisme asam lemak sehingga kadar gula darah dapat mencapai 120 Mg/100 museum Lampung. Bila ada gangguan metabolisme akan lemah. Sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan neonatus maka kemungkinan besar bayi akan menderita hipoglikemia (Sari dkk, 2014 : 240).

b. Sistem kardiovaskuler

Dengan menciutnya arteria dan vena umbilikalisis dan kemudian dipotongnya tali pusat, aliran darah dari plasenta melalui vena kava inferior dan foramen ovale ke atrium kiri terhenti. Dengan diterimanya darah oleh atrium kiri dari paru-paru, tekanan di atrium kiri menjadi lebih tinggi dari pada tekanan di atrium kanan, ini menyebabkan foramen ovale menutup. Sirkulasi janin sekarang berubah menjadi sirkulasi bayi yang hidup di luar badan ibu (Manuaba, 2009 : 324).

c. Adaptasi neurologis

- 1) Sistem neurologis bayi secara anatomi atau fisiologis belum berkem
- 2) bang sempurna.
- 3) Bayi baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, kontrol otot yang buruk, mudah terkejut, dan tremor pada ekstremitas.
- 4) Perkembangan neonatus menjadi cepat. Saat bayi tumbuh, perilaku yang lebih kompleks (misalnya : kontrol kepala, tersenyum, dan meraih dengan tujuan) akan berkembang.
- 5) Refleks bayi baru lahir merupakan indikator penting perkembangan normal (Sondakh, 2013 : 178).

d. Perubahan pernafasan

Tekanan rongga dada bayi pada saat melalui jalan lahir per vaginam mengakibatkan paru-paru kehilangan 1/3 dari cairan yang terdapat di dalamnya, sehingga tersisa 80-100 mL. Setelah bayi lahir, cairan yang hilang tersebut akan diganti dengan udara (Sondakh, 2013 : 177).

e. Adaptasi Pada Ginjal

Ginjal bayi baru lahir menunjukkan penurunan aliran darah ginjal dan penurunan kecepatan filtrasi glomerulus. Kondisi itu mudah menyebabkan retensi cairan dan intoksikasi air. Bayi baru lahir mengeskresikan sedikit urine pada 48 jam pertama kehidupan, sering kali hanya 30-60 ml (Varney, 2007 : 888).

f. Perubahan pada darah

Selama beberapa hari pertama kehidupan, nilai hemoglobin sedikit meningkat, sedangkan volume plasma menurun. Akibat perubahan dalam volume plasma tersebut, hematokrit yang normalnya dalam rentang 51 hingga 56% pada saat kelahiran, meningkat dari 3 menjadi 6%. Hemoglobin kemudian turun perlahan, tapi terus-menerus pada 7-9 minggu pertama setelah bayi lahir. Nilai

hemoglobin rata-rata untuk bayi berusia 2 bulan ialah 12,0 gr/dL (Varney, 2007 : 884).

g. Sistem sirkulasi

Karena tali pusat di klem, sistem bertekanan rendah yang ada pada unit janin-plasenta terputus. Sistem sirkulasi bayi baru lahir sekarang merupakan sistem sirkulasi tertutup, bertekanan tinggi dan berdiri sendiri (Varney, 2008 : 880).

Tabel 2.8
Perubahan Sirkulasi Janin Ketika Lahir

Struktur	Sebelum lahir	Setelah lahir
Vena umbilikus	Membawa darah arteri ke hati dan jantung	Menutup menjadi ligamentum teres hepatis
Arteri umbilikalis	Membawa darah arteriovenosa ke plasenta	Menutup menjadi ligamentum venosum
Duktus venosus	Pirau darah arteri ke dalam vena cava inferior	Menutup menjadi ligamentum arteriosum
Foramen ovale	Menghubungkan atrium kanan ke kiri	Biasanya menutup kadang-kadang terbuka
Paru-paru	Tidak mengandung udara dan sangat sedikit mengandung darah berisi cairan	Berisi udara dan disuplai darah dengan baik
Arteri pulmonalis	Membawa sedikit darah ke paru	Membawa banyak darah ke paru
Aorta	Menerima darah dari kedua ventrikel	Menerima darah hanya dari ventrikel kiri
Vena cava inferior	Membawa darah vena dari tubuh dan darah arteri dari plasenta	Membawa darah hanya dari atrium kanan

Sumber : Sondakh, 2013 : 178.

h. Perubahan suhu tubuh

Neonatus dapat menghasilkan dengan cara, yaitu menggigil, aktivitas otot volunter, dan termogenesis (produksi panas tubuh) tanpa menggigil. Kehilangan panas pada neonatus segera berdampak pada hipoglikemia, hipoksia dan asidosis (Varney, 2007 : 881).

1) Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi (perpindahan panas dari tubuh bayi ke objek lain melalui kontak langsung). Contoh hilangnya panas tubuh bayi secara konduksi, ialah menimbang bayi tanpa alas timbangan, tangan penolong yang dingin memegang bayi baru lahir, menggunakan stetoskop dingin untuk pemeriksaan bayi baru lahir (Marmi, 2016 : 333).

2) Konveksi

Panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang tergantung kepada kecepatan dan suhu udara). Contoh hilangnya panas tubuh bayi secara konveksi, ialah membiarkan atau menempatkan bayi baru lahir dekat

jendela, membiarkan bayi baru lahir diruangan yang terpasang kipas angin (Marmi, 2016 : 333).

3) Radiasi

Panas dipancarkan dari bayi baru lahir, keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara 2 objek yang mempunyai suhu berbeda), contoh bayi baru lahir dibiarkan dalam ruangan dengan Air Conditioner (AC) (Muslihatun, 2010 : 76).

4) Evaporasi

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

i. Perubahan struktur

Dengan berkembangnya paru-paru mengakibatkan tekanan O_2 meningkat tekanan CO_2 menurun. Hal ini mengakibatkan turunnya resistensi pembuluh darah paru-paru sebagian sehingga aliran darah ke pembuluh darah tersebut meningkat (Sari dkk, 2014 : 241).

j. Sistem gastrointestinal

Bayi baru lahir kurang mampu mencerna protein dan lemak dibandingkan orang dewasa. Absorpsi karbohidrat

relatif efisien, tetapi tetap kurang efisien dibandingkan dengan orang dewasa (Varney, 2007 : 885).

k. Adaptasi Integumen

Kulit sering terlihat bercak terutama pada sekitar extremitas. Tangan dan kaki sedikit sianotik (akrosianotik). Ini disebabkan oleh ketidakstabilan vasomotor. Stasis kapiler dan kadar hemoglobin yang tinggi. Keadaan ini normal, bersifat sementara dan bertahan selama 7-10 hari. Terutama jika terpajang pada udara dingin (Wagiyo, 2016 : 424).

l. Sistem reproduksi

Peningkatan kadar estrogen selama masa hamil yang diikuti dengan penurunan setelah bayi lahir mengakibatkan pengeluaran bercak darah melalui vagina. Genetalia eksterna biasanya edematosa disertai hiperpigmentasi. Pada bayi premature, klitoris menonjol dan labia mayora kecil dan terbuka. Testis turun ke dalam skrotum pada 90% bayi baru lahir laki-laki (Wagiyo, 2016 : 414).

m. Penyesuaian pada imun

1) Imunitas alami

Imunitas alami terdiri dari struktur tubuh yang mencegah atau meminimalkan infeksi (Varney, 2008 : 886-887).

2) Imunitas yang didapat

Janin mendapatkan imunitas ini melalui perjalanan transplasenta dari imunoglobulin varietas IgG. Imunoglobulin lain seperti IgM dan IgA, tidak dapat melewati plasenta (Varney, 2008 : 887-888).

4. Kebutuhan Bayi Baru Lahir

a. Nutrisi

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

Kebutuhan cairan pada tiap-tiap bayi untuk mencapai kenaikan berat badan yang optimal berbeda. Oleh karena itu, pemberian cairan kepada bayi yang daya isap dan menelannya baik hendaknya *on demand*. Pada umumnya cairan yang diberikan pada hari pertama sebanyak 60 ml/kg berat badan dan setiap hari ditambah, sehingga pada hari ke-14 dicapai 200 ml/kg berat badan (Winkjosastro, 2008 : 257).

Tabel 2.9
Kebutuhan Dasar Cairan dan Kalori Neonatus

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

Sumber : Saifuddin, 2014 : 380.

b. Eliminasi

1) Buang Air Kecil (BAK)

Urine pertama dikeluarkan dalam 24 jam pertama dan setelahnya dengan frekuensi yang semakin sering meningkatkan asupan cairan. Urine encer, berwarna kuning dan tidak berbau (Fraser, 2009 : 711). BAK bayi normalnya mengalami berkemih 8-10 kali atau popok kotor per hari. Untuk menjaga bayi tetap bersih, hangat dan kering maka setelah BAK harus diganti popoknya (Walsh, 2012 : 378).

2) Buang Air Besar (BAB)

Feses pertama ini berwarna hijau kehitaman, lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel. Sejak hari ke tiga hingga ke lima kelahiran, feses mengalami tahap transisi dan menjadi berwarna

kuning kecoklatan (Fraser, 2009 : 711). Feses bayi yang diberi ASI akan berubah warna jadi hijau-emas, lunak dan terlihat seperti bibit (seedy). Bayi yang diberi susu formula memiliki feces berwarna coklat gelap, seperti pasta atau padat (Varney, 2008 : 897).

c. Istirahat dan tidur

Bayi baru lahir tidur 16-18 jam sehari, paling sering blog waktu 45 menit sampai 2 jam. Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari (Walsh, 2012 : 378). Pada umumnya bayi terbangun sampai malam hari pada usia 3 bulan. Jumlah waktu tidur bayi berkurang seiring dengan bertambahnya usia bayi (Marmi, 2012 : 81).

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 rentan untuk mengering. Pencucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah

urine dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah (Walsh, 2012 : 377).

e. Aktivitas

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, 2012 : 378).

f. Psikososial

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

5. Kunjungan Bayi Baru Lahir

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

a. Saat bayi berada di klinik (dalam 24 jam).

- b. Saat kunjungan tindak lanjut (KN), yaitu 1 kali pada umur 1-3 hari, 1 kali pada umr 4-7 hari dan 1 kali pada umr 8-28 hari (JNPK-KR, 2008 : 139).

6. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

- a. Pernafasan sulit atau lebih dari 60 kali.
- b. Terlalu panas/dingin, warna kulit kuning, biru atau pucat.
- c. Isapan lemah (tidak mau menghisap).
- d. Mengantuk berlebihan (banyak muntah).
- e. Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah.
- f. Infeksi (suhu meningkat, pernafasan sulit).
- g. Feses/kemih (tidak berkemih dalam 24 jam, feses lembek, kering, hijau tua, ada lendir atau darah).
- h. Aktivitas : menggigil (tangis tidak bisa, sangat mudah tersinggung, lemas, terlalu mengantuk, lunglai, kejang, kejang halus, tidak tenang, menangis terus menerus) (Deslidel dkk, 2012 : 216).

7. Ikterus neonatorum

1. Pengertian ikterus neonatorum

Ikterus adalah diskolorisasi kuning kulit atau organ lain akibat penumpukan bilirubin. Ditemukan 25-5% pada neonatus cukup bulan dan lebih tinggi pada neonatus kurang

bulan, pada sebagian besar neonatus ikterus akan ditemukan dalam minggu pertama kehidupannya, dapat berupa gejala fisiologi, dapat merupakan manifestasi bukan penyakit atau keadaan patologis (Rahmy, 2011 : 56).

2. Klasifikasi ikterus neonatorum

Menurut Alimul H (2008 :193), klasifikasi ikterus antara lain:

- a. Ikterus fisiologis adalah perubahan warna kuning yang timbul pada hari kedua dan hari ketiga dan menghilang pada minggu pertama selambat-lambatnya 10 hari pertama setelah lahir.
- b. Ikterus patologis, jika ditemukan adanya kuning pada hari kedua setelah lahir, atau jika ditemukan pada hari ke 14, bisa juga ditemukan pada bayi kurang bulan, feses berwarna pucat serta daerah lutut dan siku tampak sekali berwarna kekuningan.

3. Penyebab terjadinya ikterus neonatorum

- a. Produksi yang berlebihan
- b. Gangguan pengambilan bilirubin
- c. Gangguan dalam proses uptake dan konjugasi hepare
- d. Gagguan transportasi
- e. Gangguan dalam ekskresi (Sarwono, 2008, 757).

4. Pemeriksaan penunjang

a. Hubungan kadar bilirubin (mg%) dengan daerah ikterus menurut Kramer, daerah 1 yaitu kepala dan leher (5mg%), daerah 2 yaitu kepala, leher dan badan bagian atas (9%), daerah 3 yaitu kepala,leher, badan bagian atas, badan bagian bawah dan tungkai (11mg%), daerah 4 yaitu kepala,leher, badan bagian atas, badan bagian bawah, lengan dan kaki di bawah dengkul (12mg%), bagian 5 yaitu bagian 1-4, tangan dan kaki (16mg%).

b. Darah tepi lengkap untuk melihat adanya sel abnormal

c. Zat urine, misalnya galaktosa (Fraser, 2010 : 852).

5. Penanganan ikterus neonatorum

a. Fototerapi, jika ditegakkan terjadi ikterus patologis

b. Pemberian fenobarbita, untu mempermudah eksresi

c. Menyusui bayi dengan ASI

d. Terapi sinar matahari di pagi hari dari jam 7-9 selama 15-20 menit

e. Pemberian tindak lanjut dengan evaluasi berkala terhadap pertumbuhan, perkembangan dan rehabilitasi terhadap gejala sisa.

2.1.5 Keluarga Berencana

1. Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga Berencana adalah suatu program nasional yang dijalankan pemerintah untuk mengurangi populasi penduduk, karena diasumsikan pertumbuhan populasi penduduk tidak seimbang dengan ketersediaan barang dan jasa (pembatasan kelahiran) (Maryunani, 2010 : 539).

Program KB (Keluarga berencana) adalah suatu langkah-langkah atau suatu usaha kegiatan yang disusun oleh organisasi-organisasi KB dan merupakan program pemerintah untuk mencapai rakyat yang sejahtera berdasarkan peraturan dan perundang-undangan kesehatan (Marmi, 2016 : 84).

2. Pengertian Kontrasepsi

Kontrasepsi berasal dari kata “kontra”, artinya melawan dan konsepsi, artinya pembuahan. Jadi kontrasepsi berarti mencegah bertemunya sperma dengan ovum, sehingga tidak terjadi pembuahan yang mengakibatkan terjadinya kehamilan (Irianto, 2014 : 126).

Kontrasepsi yaitu pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim (Mulyani, dkk , 2013 : 1).

3. Jenis-Jenis Kontrasepsi

a. Metode Amenore Laktasi (MAL)

1) Pengertian

Metode Amenorea Laktasi (MAL) atau Lactational Amenorrhea Method (LAM) adalah metode kontrasepsi sementara yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI saja tanpa tambahan makanan dan minuman lainnya (Marmi, 2016 : 144).

2) Syarat penggunaan MAL

Menyusui secara penuh (*full breast feeding*), sebelum haid, dan umur bayi kurang dari 6 bulan.

Cara kerja : Penundaan/penekanan ovulasi (Retno, 2011 : 78).

3) Efektifitas

Efektifitas MAL sangat tinggi sekitar 98 persen apabila digunakan secara benar dan memenuhi persyaratan sebagai berikut : digunakan selama 6 bulan pertama setelah melahirkan, belum mendapat haid pasca melahirkan dan menyusui secara eksklusif (tanpa memberikan makanan atau minuman tambahan). Efektifitas dari metode ini juga sangat tergantung pada frekuensi dan intensitas menyusui (Marmi, 2016 : 145).

4) Keuntungan MAL (Hidayati, 2012 : 5)

a) Kontrasepsi

Efektifitas tinggi (keberhasilan 98% pada 6 bulan pasca persalinan), segera efektif, tidak mengganggu senggama, tidak ada efek samping secara sistemik, tidak perlu pengawasan medis, tidak perlu obat atau alat, dan tanpa biaya.

b) Non kontrasepsi

(1) Untuk bayi

Mendapatkan kekebalan pasif (mendapatkan antibodi perlindungan lewat ASI) dan sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal.

(2) Untuk ibu

Mengurangi perdarahan pasca persalinan, mengurangi resiko anemia, meningkatkan hubungan psikologis ibu dan bayi.

5) Keterbatasan MAL menurut Marmi (2016 : 146)

Memerlukan persiapan dimulai sejak kehamilan, metode ini hanya efektif digunakan selama 6 bulan setelah melahirkan, belum mendapat haid dan menyusui secara eksklusif, tidak melindungi dari penyakit menular seksual termasuk Hepatitis

B ataupun HIV/AIDS, tidak menjadi pilihan bagi wanita tidak menyusui, kesulitan dalam mempertahankan pola menyusui secara eksklusif.

6) Indikasi MAL

Ibu yang menyusui secara eksklusif dan bayinya berusia kurang dari 6 bulan, belum mendapat menstruasi setelah melahirkan, kita dapat mendorong ibu untuk memilih metode lain dengan tetap menganjurkan untuk melanjutkan ASI, saat terjadi keadaan-keadaan seperti : bayi mulai diberikan makanan pendamping secara teratur (menggantikan satu kali menyusui), menstruasi sudah mulai kembali, bayi sudah tidak terlalu sering menyusu (on demand), bayi sudah berusia 6 bulan atau lebih (Hidayati, 2012 : 7-8).

7) Kontraindikasi MAL (Marmi, 2016 : 147)

Pasca melahirkan yang sudah mendapat haid, tidak menyusui secara eksklusif, bekerja dan terpisah dari bayinya lebih dari 6 jam, harus menggunakan metode kontrasepsi tambahan, menggunakan obat yang mengubah suasana hati, menggunakan obat-obatan (ergotamine, anti metabolisme, cyclosporine, bromocriptine, obat radioaktif, lithinium atau anti koagulan), bayi sudah berumur lebih dari 6 bulan, bayi yang mempunyai gangguan metabolisme.

b. Metode Keluarga Berencana Alamiah (KBA)

1) Koitus interruptus (senggama terputus)

a) Pengertian

Coitus interruptus atau senggama adalah metode keluarga berencana tradisional atau alamiah, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum mencapai ejakulasi (Maryunani dkk, 2010 : 50).

b) Manfaat koitus interruptus (Maryunani dkk, 2010 : 51)

(1) Manfaat kontrasepsi

Alamiah, efektif bila dilakukan dengan benar, tidak mengganggu produksi ASI, tidak ada efek samping, tidak membutuhkan biaya, tidak memerlukan persiapan khusus, dapat dikombinasikan dengan kontrasepsi lain, dapat digunakan setiap waktu.

(2) Manfaat non kontrasepsi

Adanya peran serta suami dalam keluarga berencana dan kesehatan reproduksi, menanamkan sifat saling pengertian, tanggung jawab bersama dalam ber-KB.

c) Efektifitas koitus interruptus

Metode ini kurang efektif karena sering terjadi keterlambatan menarik penis, terdapat ejakulasi ringan

sehingga spermatozoa sudah keluar dan dapat menimbulkan kehamilan. Tingkat kehamilan tinggi yaitu 17-25% (Sukarni dkk, 2013 : 368).

d) Keterbatasan koitus interptus, menurut Marmi (2016 : 151)

Sangat tergantung dari pihak pria dalam mengontrol ejakulasi dan tumpahan sperma selama senggama, memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual (orgasme), sulit mengontrol tumpahan sperma selama penetrasi, sesaat dan setelah interupsi coitus, tidak melindungi dari penyakit menular seksual, kurang efektif dalam mencegah kehamilan.

e) Indikasi Koitus Interruptus (Irianto, 2014 : 208)

Suami yang ingin berpartisipasi dalam keluarga berencana, pasangan yang taat beragama atau memiliki alasan filosofi untuk tidak memakai metode-metode, pasangan yang memerlukan metode sementara sambil menunggu metode yang lain, pasangan yang membutuhkan metode pendukung, pasangan yang melakukan hubungan seksual tidak teratur.

f) Kontraindikasi Koitus Interruptus (Irianto, 2014 : 208)

Suami dengan pengalaman ejakulasi dini, suami yang sulit melakukan senggama terputus, suami yang

memiliki kelainan fisik atau psikologis, ibu yang mempunyai pasangan yang sulit bekerja sama, pasangan yang tidak bersedia melakukan senggama terputus.

c. Metode Barrier

1) Kondom

a) Pengertian

Kondom merupakan selubung atau sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya karet (lateks), plastik (vinil) atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis untuk menampung sperma ketika seorang pria mencapai ejakulasi saat berhubungan seksual (Mulyani, 2013 : 56).



Gambar 2.30

Kondom

Sumber : Prawirohardjo, 2008 : 319

b) Cara kerja kondom

Menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma diujung selubung karet

yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan.

c) Manfaat kondom menurut Irianto (2014 : 216) :

(1) Manfaat kondom secara kontrasepsi

Mudah dipakai sendiri, dapat mencegah penularan penyakit kelamin, efektivitas 88-98%.

(2) Manfaat kondom secara non-konsepsi

Peran serta suami untuk ber-KB, mencegah penularan PMS, mencegah ejakulasi dini, mengurangi insidensi kanker serviks, adanya interaksi sesama pasangan, mencegah imuno infertilitas.

d) Efektifitas kondom

Secara ilmiah didapatkan hanya sedikit angka kegagalan kondom yaitu 2-12 kehamilan per 100 wanita per tahun (Irianto, 2014 : 216). Namun ada yang menyebutkan bahwa efektifitas teoritik : 1-2 kehamilan/100 pemakai/tahun, sedangkan efektifitas praktek : 3-15 kehamilan/100 pemakai/tahun (Marmi, 2016 : 158).

e) Keterbatasan kondom (Irianto, 2014 : 217)

Efektifitas tidak terlalu tinggi, cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi, agak mengganggu hubungan seksual (mengurangi sentuhan

langsung), pada beberapa klien bisa menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan ereksi, beberapa klien malu untuk membeli kondom di tempat umum, pembuangan kondom bekas mungkin menimbulkan masalah dalam hal limbah.

d. Kontrasepsi hormonal

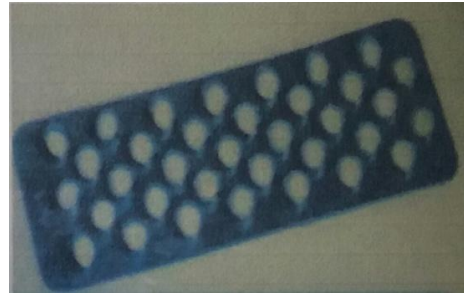
1) Pil

Pil KB atau oral contraceptives pill merupakan alat kontrasepsi hormonal yang berupa obat dalam bentuk pil yang dimasukkan melalui mulut (diminum), berisi hormone estrogen dan atau progesteron, yang bertujuan untuk mengendalikan kelahiran atau mencegah kehamilan dengan menghambat pelepasan sel telur dari ovarium setiap bulannya (Marmi, 2016 : 190).

a) Pil mini

(1) Pengertian

Pil mini adalah pil KB yang hanya mengandung hormon progesteron dalam dosis rendah. Mini pil atau pil progestin disebut juga pil menyusui. Dosis progestin yang digunakan 0,03-0,05 mg (Mulyani, 2013 : 73).



Gambar 2.31
Pil Progestin (Mini Pil)

Sumber : Prawirohardjo, 2008 : 326.

(2) Cara kerja

Menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium (tidak begitu kuat), endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit.

(3) Efektifitas Mini Pil

Efektifitas mini pil bergantung pada kemampuan wanita minum satu pil setiap hari, mini pil yang terlupa lebih besar kemungkinannya menyebabkan kehamilan daripada pil kombinasi yang terlupa (Sukarni dkk, 2013 : 377).

(4) Keuntungan Mini Pil

Sangat efektif apabila digunakan dengan benar, tidak mempengaruhi ASI, kesuburan cepat kembali, nyaman dan mudah digunakan, efek

samping sedikit, dapat dihentikan setiap saat, tidak mengandung estrogen, hubungan seksual tidak terganggu (Marmi, 2016 : 209).

(5) Keterbatasan (Hidayati R, 2012 : 14-16)

- (a) Hampir 30-60% mengalami gangguan menstruasi (perdarahan sela, *spotting*, amenore).
- (b) Peningkatan berat badan.
- (c) Dipengaruhi oleh aktivitas androgenik Levonorgestrel yang menyebabkan peningkatan nafsu makan bagi pengguna mini pil.
- (d) Harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama (sebaiknya malam hari).
- (e) Payudara tegang, mual, pusing, dermatitis, dan jerawat.
- (f) Aktivitas Levonorgestrel menurunkan kadar globulin pengikat hormone seks (Sex Hormone Binding Globulin-SHBG) di dalam sirkulasi.
- (g) Risiko kehamilan ektopik tinggi (4 dari 100 kehamilan).
- (h) Perubahan dalam motilitas tuba menyebabkan implantasi ektopik lebih besar.
- (i) Tidak melindungi dari PMS.

(6) Efek samping Mini Pil

Gangguan haid (perdarahan bercak, *spotting*, amenorea, hipomenorroea dan haid tidak teratur), peningkatan/penurunan berat badan, payudara tegang, mual, pusing, perubahan mood, depresi, rasa letih, nyeri kepala, reaksi kulit alergis dan melasma, dermatitis atau jerawat, hirsutisme (pertumbuhan bulu yang berlebihan pada daerah muka) tetapi sangat jarang, obstipasi, varises dan kejang tungkai, libido berkurang (Marmi, 2016 : 210).

(7) Indikasi

Usia reproduksi, telah memiliki anak, atau yang belum memiliki anak, menginginkan suatu metode kontrasepsi yang sangat efektif selama periode menyusui, pasca persalinan dan tidak menyusui, pasca keguguran, perokok segala usia, mempunyai tekanan darah tinggi (selama <180/110 mmHg) atau dengan masalah pembekuan darah, tidak boleh menggunakan estrogen atau lebih senang tidak menggunakan estrogen (Saifuddin, 2010 : MK-50).

(8) Kontraindikasi (Hidayati, 2012 : 16-17).

(a) Hamil/diduga hamil.

(b) Pada kehamilan ini dapat menyebabkan maskulinisasi dari janin perempuan, meskipun mini pil tidak menyebabkan cacat bawaan atau abortus yang mengancam (kecuali pada progestin dosis tinggi).

(c) Perdarahan per vaginam yang belum jelas penyebabnya. Termasuk tidak dapat menerima gangguan menstruasi.

(d) Menggunakan obat tuberkolusis (Rifampisin) atau obat untuk epilepsi (Fenitoin dan Barbiturat).

(e) Kanker payudara atau riwayat kanker payudara.

(f) Mioma uteri.

(g) Progestin memicu pertumbuhan mioma uteri.

(h) Riwayat stroke.

(i) Progestin menyebabkan spasme pembuluh darah.

(9) Waktu penggunaan Mini Pil (Affandi, dkk, 2014 : MK-53)

(a) Mulai hari pertama sampai hari ke-5 siklus haid.

(b) Dapat digunakan setiap saat, asal saja tidak terjadi kehamilan. Bila menggunakannya setelah

hari ke-5 siklus haid, jangan melakukan hubungan seksual selama 2 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 2 hari saja.

- (c) Bila klien tidak haid (amenorea), mini pil dapat digunakan setiap saat, asal saja diyakini tidak hamil. Jangan melakukan hubungan seksual selama 2 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 2 hari saja.
- (d) Bila menyusui antara 6 minggu dan 6 bulan pasca persalinan dan tidak haid, mini pil dapat dimulai setiap saat. Bila menyusui penuh, tidak memerlukan metode kontrasepsi tambahan.
- (e) Bila lebih dari 6 minggu pasca persalinan dan klien telah mendapat haid, mini pil dapat dimulai pada hari 1-5 siklus haid.
- (f) Mini pil dapat diberikan segera pasca keguguran.
- (g) Bila klien sebelumnya menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin menggantinya dengan mini pil, mini pil dapat segera diberikan, bila saja kontrasepsi

sebelumnya digunakan dengan benar atau ibu tersebut sedang tidak hamil.

(h) Bila kontrasepsi yang sebelumnya adalah kontrasepsi suntikan, mini pil diberikan pada jadwal suntikan berikutnya. Tidak diperlukan penggunaan metode kontrasepsi yang lain.

(i) Bila kontrasepsi yang sebelumnya adalah kontrasepsi non hormonal dan ibu tersebut ingin menggantinya dengan mini pil, mini pil diberikan pada 1-5 siklus haid dan tidak memerlukan metode kontrasepsi lain.

(j) Bila kontrasepsi sebelumnya yang digunakan adalah AKDR (termasuk AKDR yang mengandung hormon), mini pil dapat diberikan pada hari 1-5 siklus haid. Dilakukan pengangkatan AKDR.

b) Pil kombinasi

(1) Jenis pil kombinasi

(a) Monofasik

Pil yang tersedia dalam 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen/progestin

(E/P) dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormone aktif.

(b) Bifasik

Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen/progestin (E/P) dalam dua dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormone aktif.

(c) Trifasik

Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen/progestin (E/P) dalam tiga dosis yang berbeda, dengan tablet tanpa hormone aktif.

(2) Cara kerja pil kombinasi

Menahan ovulasi, mencegah implantasi, lender serviks mengental sehingga sulit dilalui sperma, pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula (Saifuddin, 2014 : 213).

(3) Manfaat pil kombinasi (Winkjosastro, 2009 : 157)

(a) Memiliki efektivitas tinggi (hampir menyerupai efektivitas tubektomi) apabila digunakan setiap

hari (1 kehamilan per 1000 perempuan dalam tahun pertama penggunaan).

- (b) Tidak mengganggu hubungan seksual.
- (c) Siklus haid menjadi teratur.
- (d) Dapat digunakan sejak usia remaja sampai menopause.
- (e) Kesuburan segera kembali, setelah penggunaan pil dihentikan.

(4) Keterbatasan pil kombinasi (Retno, 2011 : 76)

- (a) Mahal dan membosankan karena harus menggunakan setiap hari.
- (b) Mual, terutama pada 3 bulan pertama.
- (c) Perdarahan bercak atau perdarahan sela, terutama 3 bulan pertama.
- (d) Pusing.
- (e) Nyeri payudara.
- (f) Berat badan naik.
- (g) Amenore.

- (h) Tidak boleh diberikan pada perempuan menyusui (karena dapat mengganggu produksi ASI).

- (i) Pada sebagian kecil perempuan dapat menimbulkan depresi.
- (j) Dapat meningkatkan tekanan darah.
- (k) Tidak mencegah IMS.

(5) Indikasi pil kombinasi (Saifuddin, 2014 : 164)

- (a) Usia reproduksi, telah mempunyai anak satu maupun yang belum memiliki anak.
- (b) Gemuk atau kurus.
- (c) Menginginkan metode kontrasepsi dengan efektifitas tinggi.
- (d) Setelah melahirkan dan tidak menyusui.
- (e) Anemia karena haid berlebihan.
- (f) Nyeri haid yang hebat, siklus haid tidak teratur.
- (g) Riwayat kehamilan ektopik, kelainan payudara jinak, penyakit tiroid.

(6) Kontraindikasi pil kombinasi

Hamil atau dicurigai hamil, menyusui eksklusif, penyakit hati akut, perokok dengan usia >35 tahun, riwayat penyakit jantung, stroke, atau tekanan darah >180/110 mmHg, migraine, tidak dapat menggunakan pil secara teratur setiap hari (Winkjosastro, 2009 : 158).

(7) Waktu penggunaan pil kombinasi (Saifuddin, 2014 : 257)

(a) Setiap saat selagi haid.

(b) Hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid.

(c) Boleh menggunakan pada hari ke-8, tetapi perlu menggunakan metode kontrasepsi yang lain (kondom) mulai hari ke-8 sampai hari ke-14 atau tidak melakukan hubungan seksual sampai anda telah menghabiskan paket pil tersebut.

(d) Setelah melahirkan.

e. Suntik kombinasi

1) Pengertian

Jenis suntikan kombinasi adalah 25 mg Depo Medroksiprogesteron Asetat dan 5 mg Estradiol Sipionat yang diberikan injeksi IM sebulan sekali (Cyclofem), dan 50 mg Noretrindon Enantat dan 5 mg Estradiol Valerat yang diberikan injeksi IM sebulan sekali (Saifuddin, 2014 : 167).

2) Cara kerja suntik kombinasi

Menekan ovulasi, membuat lender serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu, perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu (Saifuddin, 2014 : 167).

3) Efektivitas suntik kombinasi

Sangat efektif (0,1-0,4 kehamilan per 100 perempuan) selama tahun pertama penggunaan (Saifuddin, 2014 : 167).

4) Keuntungan suntik kombinasi (Mulyani, 2013 : 74)

a) Keuntungan kontrasepsi

Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri, tidak diperlukan pemeriksaan dalam, jangka panjang dan klien tidak perlu menyimpan obat suntik.

b) Keuntungan non kontrasepsi

Mengurangi jumlah perdarahan, mencegah anemia, khasiat pencegahan terhadap kanker ovarium dan kanker endometrium, mencegah kehamilan ektopik, pada keadaan tertentu dapat diberikan pada perempuan usia perimenopause.

5) Kerugian suntik kombinasi

Terjadi perubahan pola haid, mual, sakit kepala, nyeri payudara ringan, keluhan seperti ini akan hilang setelah suntikan kedua atau ketiga, klien harus kembali setiap 30 hari untuk mendapatkan suntikan, dapat terjadi efek samping yang serius, seperti serangan jantung, stroke, bekuan darah pada paru-paru atau otak, penambahan berat

badan, kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian (Rinawati, 2013 : 74).

6) Indikasi suntik kombinasi (Kuswanti, 2014 : 86)

Usia reproduksi, ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektivitas yang tinggi, menyusui ASI pasca persalinan > 6 bulan, pasca persalinan dan tidak menyusui, anemia, nyeri haid hebat, riwayat kehamilan ektopik, sering lupa menggunakan pil kontrasepsi.

7) Kontraindikasi suntik kombinasi

Hamil atau diduga hamil, menyusui dibawah 6 minggu pasca persalinan, perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya, penyakit hati kronis, umur >35 tahun yang merokok, ibu mempunyai riwayat penyakit jantung, stroke, atau tekanan darah tinggi (>180/110 mmHg), kelainan pembuluh darah dan keganasan payudara (Mulyani,2013:75).

8) Waktu penggunaan suntik kombinasi (Saifuddin, 2014 : 169)

a) Suntikan pertama dapat diberikan dalam waktu 7 hari siklus haid. Tidak diperlukan kontrasepsi tambahan.

b) Bila suntikan pertama diberikan setelah hari ke 7 siklus haid, klien tidak boleh melakukan hubungan seksual

selama 7 hari atau menggunakan kontrasepsi lain untuk waktu 7 hari.

c) Bila klien tidak haid, suntikan pertama dapat diberikan setiap saat asal saja dapat dipastikan ibu tersebut tidak hamil. Klien tidak boleh melakukan hubungan seksual untuk 7 hari lamanya atau menggunakan metode kontrasepsi lainnya selama 7 hari tersebut.

d) Bila pasca persalinan 3 minggu, dan tidak menyusui, suntikan kombinasi dapat diberikan.

f. Suntik Progestin

1) Pengertian

Kontrasepsi suntik progestin adalah suatu sintesa progestin yang mempunyai efek progestin asli dari tubuh wanita dan merupakan suspensi steril medroxy progesterone acetate dalam air, yang mengandung progesterone asetat 150 mg (Marmi, 2016 : 217).



Gambar 2.32
Suntikan progestin 3 bulan

Sumber : Prawirohardjo, 2008 : 324.

2) Jenis - jenis suntikan

a) Depoprovera

Depoprovera biasa disingkat dengan DMPA berisi depo medroksiprogesteron asetat dan diberikan dalam suntikan tunggal 150 mg secara intramuscular setiap 12 minggu (Sukarni dkk, 2013 : 380). DMPA (Depo Medroxy Progesterone Acetate) atau Depo Provera yang diberikan tiap tiga bulan dengan dosis 150 miligram yang disuntik secara IM (Mulyani dkk, 2013 : 93).

b) Depo Noristerat

Depo Noristerat, mengandung 200 mg Noretindrom Enantat, yang diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik intramuscular (Marmi, 2016 : 217).

3) Efektivitas suntik progestin

Kontrasepsi suntikan progestin memiliki efektifitas tinggi yaitu 0,3 kehamilan per 100 perempuan per tahun, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan. Tingginya minat pemakaian alat kontrasepsi ini oleh karena murah, aman, sederhana, efektif dan dapat dipakai pada pasca persalinan (Marmi, 2016 : 218).

4) Cara kerja suntik progestin

Mencegah ovulasi, menjadikan selaput lender rahim tipis dan atrofi, menghambat transportasi gamet ke tuba.

5) Keuntungan suntik progestin (Mulyani dkk, 2013 : 94-95)

- a) Efektifitas tinggi.
- b) Sederhana pemakaiannya.
- c) Cukup menyenangkan bagi akseptor.
- d) Cocok untuk ibu-ibu yang menyusui anak.
- e) Tidak berdampak serius terhadap penyakit gangguan pembekuan darah dan jantung karena tidak mengandung hormon estrogen.
- f) Dapat mencegah kanker endometrium, kehamilan ektopik, serta beberapa penyebab penyakit akibat radang panggul.
- g) Menurunkan krisis anemia bulan sabit (sickle cell).

6) Keterbatasan suntik progestin (Mulyani, 2013 : 95)

- a) Terdapat gangguan haid seperti amenore yaitu tidak datang haid pada setiap bulan selama menjadi akseptor keluarga berencana suntik tiga bulan berturut-turut.
- b) Timbulnya jerawat di badan atau wajah dapat disertai infeksi atau tidak bila digunakan dalam jangka panjang.
- c) Berat badan yang bertambah 2,3 kilogram pada tahun pertama dan meningkat 7,5 kilogram selama enam tahun.

d) Pusing dan sakit kepala.

e) Bisa menyebabkan warna biru dan rasa nyeri pada daerah suntikan akibat perdarahan bawah kulit.

7) Indikasi suntik progestin

Usia reproduksi, setelah melahirkan, menghendaki kontrasepsi jangka panjang, menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai, perokok (kontraindikasi pada suntik kombinasi), setelah abortus atau keguguran, telah banyak anak tetapi belum menghendaki tubektomi, sering lupa menggunakan pil kontrasepsi, tidak dapat menggunakan kontrasepsi berestrogen, anemia difisiensi besi, tekanan darah <180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah atau anemia bulan sabit (Marmi, 2016 : 219-220).

8) Kontraindikasi suntik progestin

Hamil atau dicurigai hamil, ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, diabetes mellitus yang disertai komplikasi, perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya (Mulyani dkk, 2013 : 96).

9) Efek samping suntik progestin

Gangguan haid, berat badan bertambah, sakit kepala, keputihan (Leukorea), galaktorea (pengeluaran ASI yang

berlebihan), depresi, pusing dan mual (Sukarni dkk, 2013 : 382).

g. Implant

1) Pengertian

Implan adalah metode kontrasepsi yang dipakai di lengan atas bagian sebelah dalam. Berbentuk *silantik* (lentur). Berukuran hampir sebesar korek api. Implant dipakaikan di lengan kiri. Ditanamkan diantara kulit dan daging. Tepatnya dibawah kulit namun di atas lapisan daging (otot), sehingga jika dilihat dari luar akan terlihat menonjol dan dapat diraba (Irianto, 2014 : 190).



Gambar 2.33
Implant

Sumber : Prawirohardjo, 2008 : 328

2) Jenis-jenis implant

a) Norplan

Terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, dengan diameter 2,4 mm yang diisi dengan 36

mg Levonogestrel dan lama kerjanya 5 tahun (Mulyani dkk, 2013 : 110).

b) Implanon

Implanon adalah batang tunggal berisi 68 mg etonogestrel yang dipasang secara sub dermal dan mendapat lisensi selama 3 tahun. Panjang batang tersebut 4 cm dan berdiameter 2 mm, dan dilengkapi aplikator steril yang sudah diisi (Sukarni dkk, 2013 : 368).

c) Jedena dan Indoplant

Terdiri dari 2 batang yang diisi dengan 75 mg Levonogestrel dengan lama kerjanya 3 tahun (Mulyani dkk, 2013 : 111).

3) Cara kerja implant

Lendir serviks menjadi kental, mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, mengurangi transportasi sperma, menekan ovulasi (Saifuddin, 2010 : 55).

4) Efektifitas implant

Efektifitas sangat efektif (kegagalan 0,2-1 kehamilan per 100 perempuan (Saifuddin dkk, 2010 : MK-54).

5) Keuntungan implant (Mulyani dkk, 2013: 112-113)

a) Keuntungan implant secara kontrasepsi, antara lain :

Daya guna tinggi, perlindungan jangka panjang sampai 5 tahun, pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan implant, tidak memerlukan pemeriksaan dalam, bebas dari pengaruh estrogen, tidak mengganggu hubungan saat senggama, tidak mengganggu produksi ASI, dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan.

b) Keuntungan implant secara nonkontrasepsi, antara lain :

Mengurangi nyeri haid, perdarahan atau bercak perdarahan diantara siklus haid, melindungi terjadinya kanker endometrium, menurunkan angka kejadian kelainan jinak payudara, melindungi diri dari beberapa penyebab penyakit radang panggul, menurunkan angka kejadian endometriosis.

6) Keterbatasan implant

Pada kebanyakan pasien dapat menyebabkan perubahan pola menstruasi berupa perdarahan bercak (spotting), hipermenore, atau meningkatkan jumlah darah menstruasi, serta amenore. Selain itu juga menimbulkan keluhan-keluhan seperti nyeri kepala, peningkatan berat badan, jerawat, perubahan perasaan (mood) atau kegelisahan (nervousness), membutuhkan tindak pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan, tidak memberikan efek produktif terhadap infeksi menular seksual termasuk AIDS, pasien tidak dapat menghentikan sendiri

pemakaian kontrasepsi, insiden kehamilan ektopik sedikit lebih tinggi (Hidayati, 2012 : 72-73).

7) Indikasi implant

Usia reproduksi, telah memiliki anak ataupun yang belum, menghendaki kontrasepsi yang memiliki efektifitas tinggi dan menghendaki pencegahan kehamilan jangka panjang, menyusui dan membutuhkan kontrasepsi, pasca persalinan dan tidak menyusui, pasca keguguran, tidak menginginkan anak lagi, tetapi menolak sterilisasi, riwayat kehamilan ektopik, tekanan darah <math><180/110\text{ mmHg}</math>, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (*sickle cell*), tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal yang mengandung estrogen dan sering lupa menggunakan pil (Saifuddin dkk, 2010 : MK-55).

8) Kontraindikasi implant

Hamil atau diduga hamil, perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya, kanker payudara atau riwayat kanker payudara, tidak dapat menerima perubahan pola menstruasi yang terjadi, diabetes mellitus (Hidayati, 2012 : 68).

9) Efek samping implant

Gangguan siklus haid (menstruasi), ekspulsi implant, perubahan berat badan, jerawat, rasa nyeri (perih, pedih payudara), gangguan fungsi hati, perubahan libido (dorongan

seksual), pusing (sakit kepala, migrain), nyeri perut bagian bawah, kloasma bercak hitam pada wajah, tomo plebitis atau tromboemboli, infeksi pada luka insisi, perubahan perasaan (depresi), gangguan pertumbuhan rambut (Irianto, 2014 : 195).

h. Kontrasepsi mekanis (AKDR/IUD)

1) Pengertian

IUD adalah salah satu alat kontrasepsi modern yang telah dirancang sedemikian rupa (baik bentuk, ukuran, bahan, dan masa aktif fungsi kontrasepsinya) diletakkan dalam kavum uteri sebagai usaha kontrasepsi, menghalangi fertilisasi, dan menyulitkan telur berimplantasi dalam uterus (Hidayati, 2012:29).



Gambar 2.34
AKDR/IUD

Sumber : Prawirohardjo, 2008 : 330.

2) Cara kerja IUD

Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi, mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum

uteri, AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi, memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus (Affandi, 2010 : MK-81).

3) Efektifitas IUD menurut Marmi (2016 : 265-266)

a) Efektifitas dari IUD dinyatakan pada angka kontinuitas (continuationrate) yaitu berapa lama IUD tetap tinggal in-uterio tanpa : ekspulsi spontan, terjadinya kehamilan dan pengangkatan/pengeluaran karena alasan-alasan medis atau pribadi.

b) Efektifitas dari bermacam-macam IUD tergantung pada :

IUD-nya (ukuran, bentuk, dan mengandung Cu atau Progesterone), dan akseptor (umur, paritas, frekuensi senggama).

c) Dari faktor yang berhubungan dengan akseptor yaitu umur dan paritas, diketahui :

(1) Makin tua usia, makin rendah angka kehamilan, ekspulsi dan pengangkatan/pengeluaran IUD.

(2) Makin muda usia, terutama pada nulligravid, maka tingkat angka ekspulsi dan pengangkatan/pengeluaran IUD.

(3) *Use-effectiveness* dari tergantung pada variabel administratif, pasien dan medis, termasuk kemudahan insersi, pengalaman pemasang, kemungkinan ekspulsi dari pihak akseptor, kemampuan akseptor untuk mengetahui terjadinya ekspulsi dan kemudahan akseptor untuk mendapatkan pertolongan medis.

(4) Sebagai kontrasepsi AKDR tipe T efektifitasnya sangat tinggi yaitu berkisar antara 0,6-0,8 kehamilan per 100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan). Sedangkan AKDR progesteron antara 0,5-1 kehamilan per 100 perempuan pada tahun pertama penggunaan.

4) Keuntungan IUD

Sebagai kontrasepsi efektifitasnya tinggi (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan), dapat efektif segera setelah pemasangan, IUD merupakan metode kontrasepsi jangka panjang, tidak bergantung pada daya ingat, tidak mempengaruhi hubungan seksual, tidak ada interaksi dengan obat-obatan, membantu mencegah kehamilan diluar kandungan (kehamilan ektopik) (Mulyani, dkk, 2013 : 103).

5) Keterbatasan IUD

Setelah pemasangan, beberapa ibu mungkin mengeluh merasa nyeri dibagian perut dan perdarahan sedikit-sedikit (spotting). Ini biasanya berjalan selama 3 bulan setelah pemasangan (Sukarni dkk, 2013 : 374).

6) Indikasi IUD

Perokok, pasca abortus, sedang memakai obat antibiotik dan anti kejang, pasien obesitas/kurus, sedang menyusui, penderita tumor jinak payudara, penderita Ca payudara, pusing-pusing/nyeri kepala, varises kaki dan vulva, pernah menderita penyakit stroke, DM, liver, dan empedu, menderita hipertensi, jantung, malaria, skistosomiasis (tanpa anemia), penyakit tiroid, epilepsi atau TBC nonpelvis, pasca-KET, Pasca-pembedahan pelvis (Hidayati, 2012 : 37).

7) Kontraindikasi IUD (Mulyani dkk, 2013: 105-106)

Kemungkinan hamil, setelah melahirkan (2-28 hari pasca melahirkan), pemasangan IUD hanya boleh dilakukan sebelum 48 jam dan setelah 4 minggu pasca melahirkan, memiliki resiko IMS (termasuk HIV).

8) Efek samping IUD

Perubahan Sirkulasi haid (umumnya 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan), haid lama dan banyak,

pendarahan (spotting) antar menstruasi, tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS, tidak bisa melepas AKDR sendiri, perempuan harus memeriksa posisi benang (Saifuddin dkk, 2010 : MK-80).

i. Kontap (Kontrasepsi Mantap)

Kontrasepsi mantap merupakan salah satu metode kontrasepsi yang dilakukan dengan cara mengikat atau memotong saluran telur (pada perempuan) dan saluran sperma (pada laki-laki) (Mulyani dkk, 2013 : 119).

1) Tubektomi

a) Pengertian

Tubektomi adalah salah satu cara kontrasepsi dengan tindakan pembedahan yaitu memotong tuba fallopi/tuba uterine yang mengakibatkan orang atau pasangan yang bersangkutan tidak akan memperoleh keturunan lagi dan bersifat permanen (Sukarni, 2013 : 389).



Gambar 2.35
Tubektomi

Sumber : Prawirohardjo, 2008 : 331.

b) Efektivitas

Kurang dari satu kehamilan per 100 (5 per 1000) perempuan pada tahun pertama penggunaan.

c) Keuntungan tubektomi (Saifuddin dkk, 2010 : MK-82)

(1) Keuntungan kontrasepsi : sangat efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan), tidak mempengaruhi proses menyusui (breastfeeding), tidak bergantung pada faktor senggama, baik bagi klien apabila kehamilan akan menjadi risiko kesehatan yang serius, pembedahan sederhana, dapat dilakukan dengan anestesi local, tidak ada efek samping dalam jangka panjang, tidak ada perubahan dalam fungsi seksual.

(2) Keuntungan non kontrasepsi : berkurangnya risiko kanker ovarium.

d) Cara Kerja tubektomi

Cara kerja dengan mengoklusi tuba falopi (mengikat/memotong atau memasang cincin) sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum (Saifuddin, 2010 : MK-81).

e) Keterbatasan tubektomi

Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini (tidak dapat dipulihkan kembali), kecuali

dengan operasi rekanalisasi, klien dapat menyesal dikemudian hari, risiko komplikasi kecil meningkat (meningkat apabila digunakan anestesi umum), rasa sakit/ketidnyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan, dilakukan oleh dokter yang terlatih (dibutuhkan dokter spesialis ginekologi atau dokter spesialis bedah untuk proses laparaskopi), tidak melindungi diri dari IMS, termasuk HBV dan HIV/AIDS (Affandi, 2014 : MK-92).

f) Efek samping

Jarang sekali ditemukan efek samping, baik jangka pendek maupun jangka panjang.

2) Vasektomi

a) Pengertian

Vasektomi adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vasa deferensia sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi (penyatuan dengan ovum) tidak terjadi (Saifuddin, 2010 : M-85).

b) Cara Kerja

Cara kerja dengan jalan melakukan oklusi vasa deferensia sehingga alur transportasi sperma terhambat dan

proses fertilisasi (penyatuan dengan ovum) tidak terjadi (Saifuddin, 2010 : MK-85).

c) Efektivitas vasektomi

Setelah masa pengosongan sperma dari vasikula seminalis (20 kali ejakulasi menggunakan kondom) maka kehamilan hanya terjadi pada 1 per 100 perempuan pada tahun pertama penggunaan (Saifuddin, 2010 : MK-85).

d) Manfaat

Hanya sekali aplikasi dan efektif dalam jangka panjang, tinggi tingkat resiko efisiensi biaya dan lamanya penggunaan kontrasepsi (Saifuddin, 2010 : MK-85).

e) Keterbatasan

Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini (tidak dapat dipulihkan kembali), kecuali dengan operasi rekanalisasi, klien dapat menyesal dikemudian hari, risiko komplikasi kecil meningkat (meningkat apabila digunakan anestesi umum) (Affandi, 2014 : MK-92).

f) Efek samping

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

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Kehamilan

1. Pengkajian Data

a. Data subjektif

Data subjektif dikumpulkan melalui anamnesis. Tujuan anamnesis adalah mengumpulkan informasi tentang riwayat kesehatan, kehamilan dan persalinan (JNPK-KR, 2008 : 38).

1) Identitas Klien

a) Nama

Nama merupakan identitas khusus yang membedakan seseorang dengan orang lain. Hendaknya klien dipanggil sesuai dengan nama panggilan yang biasa baginya atau yang disukai agar ia merasa nyaman serta lebih mendekatkan hubungan interpersonal bidan dengan klien (Widatiningsih dkk, 2017 : 162).

b) Umur

Umur perlu diketahui guna mengetahui apakah klien dalam kehamilan yang beresiko atau tidak. Usia di bawah 16 tahun atau di atas 35 tahun merupakan umur-umur yang berisiko tinggi untuk hamil. Umur yang baik untuk kehamilan maupun persalinan adalah 19-25 tahun (Walyani, 2015 : 118).

c) Agama

Agama dan berbagai praktik terkait agama yang harus diobservasi. Informasi ini dapat menuntut ke suatu diskusi tentang pentingnya agama dalam kehidupan, tradisi keagamaan dalam kehamilan dan kelahiran, perasaan tentang jenis kelamin tenaga kesehatan dan pada beberapa kasus, penggunaan produk darah (Walyani, 2015 : 118).

d) Pendidikan dan pekerjaan

Pendidikan dan pekerjaan berkaitan dengan status sosial-ekonomi di masyarakat. Tingkat pendidikan seseorang memengaruhi kemampuan dalam menyerap informasi pada saat dilakukan penyuluhan kesehatan. Pekerjaan berhubungan erat dengan penghasilan yang diperoleh (Widatiningsih dkk, 2017 : 163).

e) Alamat

Faktor lingkungan mempengaruhi cara pemilihan tempat dan penolong persalinan, sehingga dapat menimbulkan risiko saat persalinan atau saat hamil (Manuaba, 2010 : 242). Ibu yang tinggal di daerah yang terkena radiasi dapat berpengaruh pada janin,

kerusakan otak, mikrosefali, atau cacat bawaan lainnya (Ngastiyah, 2007 : 196).

f) Ekonomi

Ibu hamil yang lebih tinggi sosial ekonominya maka ibu akan lebih fokus untuk mempersiapkan fisik dan mentalnya sebagai seorang ibu. Sementara ibu hamil yang lebih rendah sosial ekonominya maka ia akan mendapat banyak kesulitan terutama masalah pemenuhan kebutuhan primer (Jannah, 2012 : 143).

2) Keluhan utama

a) Edema dependen

Edema dependen pada kaki timbul akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah. Gangguan sirkulasi ini disebabkan oleh tekanan uterus yang membesar pada vena-vena panggul saat wanita tersebut duduk atau berdiri dan pada vena cava inferior saat terlentang (Varney, 2007 : 540).

b) Peningkatan frekuensi berkemih

Peningkatan frekuensi berkemih sering dialami oleh primigravida. Bagian janin akan menurun masuk

kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih (Varney, 2007 : 103).

c) Konstipasi

Pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltik usus (tonus otot menurun) sehingga kesulitan untuk BAB (Hani dkk, 2011 : 72).

d) Sesak nafas

Uterus telah mengalami pembesaran hingga terjadi penekanan diafragma. Selain itu diafragma akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan (Varney, 2007 : 503).

e) Nyeri ulu hati

Hal ini disebabkan relaksasi sfingter jantung pada lambung akibat pengaruh yang ditimbulkan peningkatan jumlah *progesterone*, penurunan motilitas gastrointestinal yang terjadi akibat relaksasi otot halus yang kemungkinan disebabkan peningkatan jumlah *progesteron* dan tekanan uterus, tidak ada ruang fungsional untuk lambung akibat perubahan tempat dan penekanan oleh uterus yang membesar (Varney,2007: 103).

f) Kram tungkai

Salah satu dugaan lainnya adalah bahwa uterus yang membesar memberi tekanan baik pada pembuluh darah panggul, sehingga mengganggu sirkulasi atau pada saraf, sementara saraf ini melewati *foramen obturator* dalam perjalanan menuju ekstremitas bagian bawah (Varney, 2007 : 503).

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 (Varney, 2007 : 543).

3) Riwayat kesehatan

a) Penyakit Jantung

Peningkatan ini terjadi pada awal kehamilan dan mencapai puncaknya pada usia kehamilan 20 minggu hingga 24 minggu peningkatan curah jantung selama kehamilan, persalinan, dan kelahiran akan meningkatkan resiko dekompensasi jantung pada wanita yang mempunyai riwayat penyakit jantung (Varney, 2007 : 250). Keluhan utama yang

dikemukakan adalah cepat merasa lelah, jantung berdebar-debar, sesak nafas disertai kebiruan, edema tungkai atau terasa berat saat kehamilan muda (Marmi, 2011 : 160).

b) Diabetes Mellitus (DM)

Idealnya, pada ibu yang menderita DM tanpa komplikasi selama kehamilannya, persalinan dapat dilakukan secara spontan pada saat sudah cukup bulan (Fraser, *et.all*, 2009 : 338). Pengaruh penyakit diabetes dapat terjadi gangguan pertumbuhan janin dalam rahim, terjadi keguguran, persalinan prematur, kematian janin dalam rahim, lahir mati atau bayi besar, dapat terjadi hidramnion, dan dapat menimbulkan pre eklamsi (Manuaba, 2010 : 333-334).

c) Infeksi Ginjal Dan Saluran Kemih

Pengaruh infeksi ginjal dan saluran perkemihan terhadap kehamilan karena demam yang tinggi dan menyebabkan terjadi kontraksi otot rahim sehingga dapat menimbulkan keguguran dan persalinan prematuritas. Kehamilan dapat menurunkan daya tahan tubuh sehingga makin meningkatkan infeksi menjadi

sepsis yang menyebabkan kematian ibu dan janin (Manuaba, 2013 : 345).

d) Anemia

Anemia dalam kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi. Bahaya anemia selama kehamilan yaitu terjadi abortus, hambatan tumbuh kembang janin dan rahim, mudah terjadi infeksi, ancaman dekompensasi kordis ($Hb < 6gr\%$) *molahidatidosa*, *hiperemesis gravidarum*, perdarahan *ante partum* (Manuaba, 2010 : 240).

e) Penyakit Paru

Gangguan fungsi paru-paru yang berat sebagai penyalur O_2 dan CO_2 dapat mengakibatkan gangguan pertumbuhan janin sampai dengan keguguran (Manuaba, 2013 : 336).

f) Penyakit Asma

Dalam batas yang wajar, penyakit asma tidak banyak mempengaruhi kehamilan (Manuaba, 2010 : 336). Wanita yang menderita penyakit asma berat dan mereka yang tidak mengendalikan asmanya akan beresiko mengalami persalinan prematur, abruptio

plasenta, korioamnionitis, dan kelahiran seksio sesarea (Fraser, *et.all*, 2009 : 254).

g) Hepatitis Infeksiosa

Pengaruh infeksi hepatitis terhadap kehamilan bersumber dari gangguan fungsi hati dalam mengatur dan mempertahankan metabolisme tubuh sehingga aliran nutrisi ke janin dapat terganggu atau berkurang (Manuaba, 2010 : 217).

h) TORCH

Semua infeksi TORCH meliputi komponen toksoplasmosis, rubella, sitomegalovirus dan herpes simpleks dapat menimbulkan *abortus*, *prematunitas*, dan pertumbuhan janin terhambat (Manuaba, 2013 : 340).

i) Sifilis

Pengaruhnya terhadap kehamilan dalam bentuk persalinan prematuritas atau kematian dalam rahim dan infeksi bayi dalam bentuk *plak congenital* (*pemfigus sifilitus*, deskuamasi kulit telapak tangan dan kaki, terdapat kelainan pada mulut dan gigi) (Manuaba, 2013 : 338).

j) Kelainan Pembekuan Darah

Pembekuan darah yang dapat dan tidak dapat diobati merupakan penyakit yang berbahaya bagi kehamilan dan persalinan (Winkjosastro, 2009 : 267).

k) HIV / AIDS

Kehamilan dapat memperberat kondisi klinik wanita dengan infeksi HIV. Transmisi vertical virus AIDS dari ibu kepada janinnya terjadi melalui plasenta. Pengobatan infeksi HIV dan penyakit oportunistiknya dalam kehamilan merupakan masalah, karena banyak obat belum diketahui dampak buruknya terhadap kehamilan (Saifuddin, 2008 : 193).

l) Hipertensi Esensial

Kehamilan dengan hipertensi esensial dapat berlangsung sampai aterm tanpa gejala menjadi preeklamsia tidak murni (Manuaba, 2010 : 335).

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Diabetes meskipun tidak diturunkan secara genetik, memiliki kecenderungan terjadi pada anggota keluarga yang lain, terutama jika mereka hamil atau obesitas. Hipertensi juga memiliki komponen familial, dan

kehamilan kembar juga memiliki insiden yang lebih tinggi pada keluarga tertentu (Fraser, *et.all*, 2009 : 254).

5) Riwayat Kebidanan

a) Riwayat Haid

Gambaran riwayat haid klien yang akurat biasanya membantu penetapan tanggal perkiraan kelahiran, dengan menggunakan rumus Neagle $h+7$ $b-3$ $th+1$ untuk siklus 28 hari, sedangkan untuk siklus 35 hari dengan menggunakan rumus $h+14$ $b-3$ $th+1$. Siklus menstruasi lebih pendek atau lebih panjang dari normal, kemungkinan wanita tersebut telah hamil saat terjadi perdarahan. Data yang harus ditanyakan tentang haid meliputi siklusnya, nyeri haid, dan kapan haid terakhirnya (Marmi, 2011 : 157). Sedangkan menurut Franser (2009 : 251), riwayat menstruasi dikaji untuk menentukan tanggal taksiran partus (TP). Taksiran partus dihitung dengan menambahkan 9 bulan dan 7 hari.

b) Riwayat Kehamilan Yang Lalu

Bila kehamilan dan persalinan yang lampau dijumpai keadaan kehamilan dengan komplikasi atau penyakit, pernah mengalami keguguran, persalinan prematur, kehamilan mati dalam rahim, persalinan

dengan tindakan operasi, persalinan lama >24 jam atau kehamilan lewat waktu (Manuaba, 2010 : 125). Diabetes pada kehamilan yang terdiagnosis pada kehamilan pertama biasanya akan berulang pada kehamilan berikutnya (Varney, 2007 : 639).

c) Riwayat Persalinan Yang Lalu

Riwayat persalinan yang menjadi faktor resiko yaitu persalinan prematur, persalinan dengan berat bayi lahir rendah, persalinan lahir mati, persalinan dengan induksi, persalinan dengan plasenta manual, persalinan dengan perdarahan postpartum, persalinan dengan tindakan (ekstraksi forceps, ekstraksi vacum), letak sungsang, ekstraksi versi, operasi sesar (Manuaba, 2010 : 245).

d) Riwayat Nifas Yang Lalu

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh tetapi tidak lebih dari 38°C. Bila terjadi peningkatan terus menerus selama 2 hari, kemungkinan terjadi infeksi. 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 dkk, 2013 : 201).

e) Riwayat Kehamilan Sekarang

Meliputi hari pertama haid terakhir (HPHT), hari perkiraan lahir (HPL), kehamilan yang ke berapa, tempat periksa hamil pertama kali, imunisasi TT, keluhan selama hamil, obat yang dikonsumsi selama hamil, apakah mengonsumsi jamu atau tidak, gerakan janin (frekuensi lebih dari 10x/24 jam atau tidak) (Kuswanti, 2014 : 140).

6) Riwayat KB / kontrasepsi

KB terakhir yang digunakan jika pada kehamilan perlu juga ditanyakan rencana KB setelah melahirkan (Hani dkk, 2011 : 90). Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi *Estimated Date of Delivery (EDD)* dan karena penggunaan metode lain dapat membantu “menanggali kehamilan”. Riwayat penggunaan IUD terdahulu meningkatkan risiko kehamilan ektopik, dan tanyakan kepada klien lamanya pemakaian alat kontrasepsi dan jenis kontrasepsi yang digunakan serta keluhan yang dirasakan (Marmi, 2016 : 158).

7) Riwayat perkawinan

Kalau orang hamil yang sudah lama menikah, nilai anak tentu besar sekali dan ini harus diperhitungkan dalam pimpinan persalinan (anak mahal) (Hani dkk, 2011 : 93). Meliputi umur saat menikah, lama pernikahan, status pernikahan (Kuswanti, 2014 : 140).

8) Riwayat seksual

Menurut Saifuddin (2014 : 160), pada umumnya koitus diperbolehkan pada masa kehamilan jika kepala sudah masuk rongga panggul, koitus sebaiknya dihentikan karena dapat menimbulkan perasaan sakit dan perdarahan.

9) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2.500 kalori. Jumlah kalori yang berlebihan dapat menyebabkan obesitas dan hal ini merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya preeklamsia (Saifuddin, 2014 : 286). Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram/hari. Sumber protein tersebut dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewani (ikan, ayam, keju, susu, telur) (Saifuddin, 2014 : 286).

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram/hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otot dan rangka (Saifuddin, 2014 : 286). Sumber zat besi terdapat dalam sayuran hijau, daging yang berwarna merah dan kacang-kacangan. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi besi (Saifuddin, 2014 : 286). Asam folat berfungsi sebagai koezim dalam metabolisme asam nukleat, mencegah anemia megaloblastik (Varney, 2007 : 106).

Tabel 2.10
Nutrisi Ibu Hamil

Bahan Makanan	Kebutuhan Dalam Sehari	Berat
Nasi	6 porsi (nasi 1 porsi = $\frac{3}{4}$ gelas)	100 g = 175 kkal
Sayur	4 porsi (sayur 1 porsi = 1 gelas)	100 g = 25 kkal
Buah	4 porsi (buah 1 porsi = 1 buah pisang ambon)	50 g = 50 kkal
Tempe	4 porsi (tempe 1 porsi = 2 potong tempe sedang)	50 g = 50 kkal
Daging	3 porsi (daging 1 porsi = 1 potong daging sedang)	35 g = 50 kkal
Susu	1 porsi (susu 1 porsi = 1 gelas susu)	20 g = 50 kkal
Minyak	6 porsi (minyak 1 porsi = 1 sendok teh minyak)	5 g = 50 kkal
Gula	2 porsi (gula 1 porsi = 1 sendok makan gula)	20 g = 50 kkal

Sumber : Kemenkes RI No.41. 2014 : 89.

b) Eliminasi

(1) Buang Air Kecil (BAK)

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)

Kemungkinan terjadi obstipasi pada wanita hamil disebabkan oleh : kurang gerak badan, sering terjadi muntah dan kurang makan pada hamil muda, peristaltik usus kurang karena pengaruh hormonal, tekanan pada usus oleh pembesaran uterus, kurang intake serat dan air, serta konsumsi zat besi (Widatiningsih dkk, 2017 : 114).

c) Istirahat

Wanita hamil juga harus menghindari posisi duduk, berdiri dalam waktu yang sangat lama. Ibu hamil tidur malam kurang lebih sekitar 8 jam setiap istirahat dan tidur siang kurang lebih 1 jam (Marmi, 2011 : 124-125). Posisi yang baik adalah ibu tidur melingkar atau lurus pada salah satu sisi tubuh. Lebih dipilih kiri, dengan salah satu kaki menyilang diatas yang lainnya

dan dengan bantal diapit diantara kedua kaki
(Manuaba, 2010 : 98).

d) Aktivitas

Senam hamil bertujuan mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat dimanfaatkan untuk berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Senam hamil dimulai pada usia kehamilan sekitar 24-28 minggu. Beberapa aktivitas yang dapat dianggap sebagai senam hamil yaitu berjalan-jalan saat hamil terutama pagi hari (Manuaba, 2010 : 132).

e) Personal hygiene

Personal Hygiene pada ibu hamil adalah kebersihan yang dilakukan oleh ibu hamil untuk mengurangi kemungkinan infeksi, karena badan yang kotor yang banyak mengandung kuman (Walyani, 2015 : 98).

(1) Kebersihan tubuh

Mandi diperlukan untuk menjaga kebersihan/hygiene terutama perawatan kulit, karena fungsi ekskresi dan keringat bertambah. Mandi berendam tidak dianjurkan (Sutanto dkk, 2017 : 181).

Kebersihan gigi dan mulut, perlu mendapat perhatian karena seringkali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium. Rasa mual selama hamil dapat menimbulkan karies gigi (Kuswanti, 2014 : 120).

(2) Payudara

Menurut Marmi (2011 : 120), mempersiapkan payudara untuk proses laktasi dapat dilakukan perawatan payudara dengan cara membersihkan 2 kali sehari selama kehamilan. Apabila puting susu masih tenggelam dilakukan pengurutan pada daerah areola mengarah menjauhi puting susu untuk menonjolkan puting susu menggunakan perasat Hoffman.

(3) Kebersihan genetalia

Ibu hamil mengalami peningkatan pengeluaran pervaginam (*leukorrhea*), oleh karena itu genetalia harus sering dibersihkan dengan air terutama setelah defekasi/miksi. Arah pembersihan dari depan dahulu menuju ke anus, lalu dikeringkan memakai tisu/handuk dari depan ke belakang (Widatiningsih dkk, 2017 : 113).

(4) Pakaian

Menurut Widatiningsih dkk (2017 : 113), sebaiknya ibu hamil mengenakan pakaian yang longgar dan mudah menyerap keringat (dari bahan katun). Hindari penggunaan stocking karena memperparah bendungan vena yang sudah ada. Untuk celana pilih yang tidak ketat. Sepatu hendaknya dengan hak yang rendah karena pelvis ibu hamil condong ke depan dan kelegkungan kurvatura lumbal bertambah.

f) Riwayat ketergantungan

(1) Merokok

Bayi yang lahir dari wanita yang merokok lebih dari ½ pak per hari cenderung lebih kurus daripada bayi yang lahir dari wanita bukan perokok. Selain itu, bayi yang lahir dari lingkungan rumah yang penghuninya merokok mengalami peningkatan efek jangka panjang (Manuaba, 2010 : 201).

(2) Alkohol

Minum alkohol secara langsung dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan

janin dan menimbulkan kelahiran dengan berat badan rendah bahkan dapat menimbulkan cacat bawaan atau kelainan pertumbuhan dan perkembangan mental (Manuaba, 2013 : 122).

(3) Obat terlarang

Pengobatan saat hamil harus selalu memperhatikan apakah obat tersebut tidak berpengaruh terhadap tumbuh kembang janin (Manuaba, 2010 : 226). Penggunaan obat seperti heroin, kemudian metadon, kanabis, kokain, dan amfetamin bila digunakan secara berlebihan pada kehamilan berkaitan dengan keguguran, persalinan premature, berat badan lahir rendah, lahir mati, dan abnormalitas (Manuaba, 2010 : 201).

10) Dukungan situasional

Dukungan selama hamil sangat dibutuhkan bagi wanita hamil, terutama dari orang terdekat apalagi ibu yang baru pertama kali hamil. Seorang wanita akan merasa tenang dan nyaman dengan adanya dukungan dan perhatian dari orang-orang terdekat (Marmi, 2011 : 145).

11) Latar belakang sosial budaya

Menurut Walsh (2012 : 164), faktor yang dikaitkan dengan resiko nutrisi tinggi pada kehamilan adalah faktor social/cultural diantaranya adalah pola makan yang tidak biasa (vegetarian), keyakinan yang mencakup larangan makanan khusus, dukungan social buruk.

12) Psikososial dan spiritual ibu hamil semester III

Menurut Varney (2007 : 543), pada primigravida terdapat kecemasan dalam menghadapi persalinan penyebabnya adalah wanita tersebut merasa cemas dengan kehidupan bayi dan kehidupannya sendiri, seperti apakah bayinya akan lahir abnormal, wanita menyadari bahwa dirinya akan bersalin atau bayinya tidak mampu keluar karena perutnya sudah luar biasa besar atau organ vitalnya akan mengalami cedera akibat tendangan bayinya, ibu akan sedikit berduka karena harus mempersiapkan diri untuk berpisah dengan bayi yang ada dalam rahimnya dan mulai mengantisipasi hilangnya perhatian dan hak-hak istimewa yang diperolehnya ketika hamil dan mungkin tidak ada lagi setelah proses persalinan.

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

Keadaan umum dikatakan baik jika pasien memperlihatkan respons yang adekuat terhadap stimulasi lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami kelemahan. Klien dimasukkan dalam kriteria lemah ini jika ia kurang atau tidak memberikan respons yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan (Widatiningsih dkk, 2017 : 179).

b) Tanda-tanda vital

(1) Tekanan darah

Tekanan darah dalam batas normal, yaitu 100/70-130/90 mmHg. Wanita yang tekanan darahnya sedikit meningkat di awal pertengahan kehamilan mungkin mengalami *hipertensi kronis* atau jika wanita *nulipara* dengan sistolik > 120 mmHg, ia berisiko mengalami *preeklampsia* (Marmi, 2011 : 163). Kenaikan tidak boleh lebih dari 30 mmHg *sistolik* atau 15 mmHg pada *diastolik*, lebih dari batasan tersebut ada

kemungkinan mulai terdapat *preeklampsia* ringan (Manuaba, 2013 : 86).

(2) Nadi

Denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100 denyut per menit (dpm). Perlu dicurigai adanya hipotiroidisme jika denyut nadi >100 dpm (Marmi, 2011 : 163). Peningkatan denyut nadi dapat menunjukkan infeksi, syok, ansietas, atau dehidrasi *Respiratory Rate* (pernafasan) (Widatiningsih dkk, 2017 : 179).

(3) Suhu

Suhu tubuh normal menurut Kusmiyati (2011 : 56) adalah 36,5°C - 37,5°C. Peningkatan suhu menunjukkan proses infeksi atau dehidrasi (Widatiningsih dkk, 2017 : 180). Bila suhu tubuh lebih dari 37°C perlu diwaspadai adanya infeksi (Romauli, 2011 : 173).

(4) Pernafasan

Pada pernafasan normalnya 16-24 kali per menit. Frekuensi pernafasan hanya mengalami sedikit perubahan pada kehamilan lanjut seperti

volume tidal, volume ventilasi per menit dan pengambilan oksigen per menit akan bertambah secara signifikan (Saifuddin, 2009 : 203).

c) Pemeriksaan antropometri

(1) Tinggi Badan (TB)

Tinggi badan harus diukur pada saat kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil kurang lebih 145 cm (Marmi, 2011 : 163). Diukur dalam cm, tanpa sepatu. Tinggi badan kurang dari 145 cm ada kemungkinan terjadi *Cepalo Pelvic Disproposian* (Walyani,2015:86).

(2) Berat Badan (BB)

Berat badan ditimbang pada saat kunjungan awal. Kenaikan berat badan ibu hamil dianjurkan sekitar 1-2,5 kg pada trimester pertama dan selanjutnya rata-rata 0,4-0,5 kg per minggu untuk ibu dengan IMT rendah dan normal. Penambahan pada trimester III tidak boleh lebih dari 1 kg seminggu. Total penambahan berat badan di akhir kehamilan dengan IMT normal yaitu 11,5 - 16 kg (Widatiningsih dkk, 2017 : 180). Ibu yang menurut kategori BMI berada pada rentang obesitas lebih

berisiko mengalami komplikasi kehamilan. Komplikasi tersebut antara lain diabetes gestasional, hipertensi akibat kehamilan, dan distosia bahu (Saifuddin, 2014 : 180).

Tabel 2.11
Rekomendasi Penambahan Berat Badan Berdasarkan Indeks Massa Tubuh

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

Sumber : Saifuddin, 2009 : 180.

(3) Lingkar Lengan Atas (LILA)

Standar minimal untuk ukuran lingkar lengan atas pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika ukuran LILA kurang dari 23,5 cm maka tergolong risiko terhadap kurang energi kronis (KEK) (Widatiningsih dkk, 2017 : 181). Selain itu merupakan indikator kuat status gizi ibu kurang/buruk, sehingga berisiko untuk melahirkan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) (Romauli, 2011 : 173).

d) Pemeriksaan fisik

(1) Rambut

Bersih atau kotor, pertumbuhan warna mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli, 2011 : 174-175).

(2) Kepala

Kulit pucat, dan rambut rapuh dapat mengindikasikan kekurangan nutrisi. Adanya parasit berhubungan dengan kondisi tempat tinggal yang buruk (Walsh, 2012 : 114).

(3) Wajah / muka

Tampak *kloasma gravidarum* sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, tidak sembab. Bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romauli, 2011 : 174). Ditambahkan oleh Manuaba (2010 : 261), edema pada wajah merupakan salah satu gejala preeklamsi.

(4) Mata

Bentuk simetris, *konjungtiva* normal berwarna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu

mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada *konjungtivitis*. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya *preeklampsia*. Spasme anterior, edema sekitar diskus optikus, ablasio retina (lepasnya retina), merupakan salah satu tanda gejala preeklamsia (Romauli, 2011 : 174).

(5) Hidung

Tidak ada massa, edema mukosa, sekresi (lendir/darah), tidak ditemukan gerak cuping hidung pada pernapasan (Widatiningsih, 2017 : 181).

(6) Telinga

Normal tidak ada serumen yang berlebihan dan tidak berbau, bentuk simetris (Romauli, 2011 : 99).

(7) Mulut

Bibir simetris, lidah dan mukosa mulut : tidak ada sianosis, stomatitis, caries dentis, ginggivitis, tonsil/faring tidak ada tanda radang (bengkak, kemerahan) (Widatiningsih dkk, 2017 : 181).

(8) Gigi

Adanya *caries* atau keropos yang menandakan ibu kekurangan kalsium. Saat hamil sering terjadi *caries* yang berkaitan dengan *emesis* atau *hiperemesis*

gravidarum (Romauli, 2011 : 174). Memeriksa gigi saat hamil diperlukan untuk mencari kerusakan gigi yang dapat menjadi sumber infeksi (Manuaba, 2010 : 230).

(9) Leher

Kelenjar tiroid sedikit membesar selama hamil akibat *hiperplasia* kelenjar dan peningkatan *vaskularitas*. Namun perubahan anatomi ini tidak menyebabkan tiromegali yang signifikan dan setiap pembesaran yang signifikan perlu diteliti (Marmi, 2011 : 164). 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, 2013 : 340).

(10) Dada

Simetris, tidak ada retraksi otot interkostal, batuk. Suara nafas vasikuler, tidak ada wheezing, ronchi, stidor. Irama jantung teratur, tidak ditemukan murmur/bising jantung, gallop, tidak ada bunyi jantung tambahan lainnya (Widatiningsih dkk, 2017 : 181). Murmur jantung *sistolik* ditemukan pada 90% wanita hamil. Murmur terjadi karena tekanan darah ibu selama

hamil meningkat secara mencolok (Marmi, 2011 : 207).

(11) Axilla

Tidak ada nyeri, pembesaran kelenjar limfe (Widatiningsih dkk, 2017 : 181).

(12) Payudara

Memeriksa bentuk, ukuran, simetris atau tidak, puting payudara menonjol, datar, atau masuk ke dalam, adakah kolostrum atau cairan lain dari puting susu, pada saat klien mengangkat tangan ke atas kepala, periksa payudara untuk mengetahui adanya retraksi atau dimpling, pada saat klien berbaring lakukan palpasi secara sistematis dari arah payudara dan aksila, kemungkinan terdapat : massa atau pembesaran pembuluh limfe (Hani dkk, 2011 : 92). Pada minggu ke-12 kolostrum mulai keluar dari papila mammae pada pasien multigravida yang telah mantap menyusui pada masa kehamilan sebelumnya (Romauli, 2011 : 174).

Ditambahkan oleh Varney (2007 : 530), payudara harus kembali diperiksa pada usia kehamilan 36 minggu untuk memastikan perlunya tindakan untuk mengeluarkan puting yang datar atau masuk ke dalam.

(13) Abdomen

Bentuk pembesaran perut (perut membesar ke depan atau ke samping, keadaan pusat, tampakkah gerakan anak atau kontraksi rahim), adakah bekas operasi, linea nigra, striae abdomen, ukuran TFU, hitung TBJ, letak, presentasi, posisi, penurunan kepala janin, DJJ dan gerakan janin (Hani dkk, 2011 : 92).

Pada primigravida perut tegang, menonjol dan terdapat striae livida akibat dari peregangan uterus. Pada multigravida perut lembek, menggantung serta terdapat striae livida dan albikan (Manuaba, 2010 : 231).

(14) Genetalia

Pemeriksaan alat genetalia eksterna terdiri dari inspeksi vulva untuk mengetahui pengeluaran cairan atau darah dari liang senggama, perlukaan pada vulva/labium mayus, dan pertumbuhan abnormal (kandiloma akuminata-lata, kista batholini, fibroma labium mayus). Pada palpasi vulva akan teraba tumor pada vulva, teraba benjolan atau penebalan labium mayus, teraba pembengkakan kelenjar batholini (Manuaba, 2010 : 537). *Kondiloma akuminta*

menandakan adanya penyakit gonore. Sedangkan adanya *kandiloma lata* mempunyai ciri berbentuk bundar, pinggirnya basah dan ditutup oleh eskudat yang berwarna kelabu. Adanya *kondiloma lata* ini mempunyai arti diagnostik adanya penyakit sifilis (Wiknjosastro, 2009 : 274-278).

(15) Anus

Normal tidak ada benjolan atau pengeluaran darah dari anus. Hemoroid adalah pelebaran vena-vena di anus, hemoroid dapat bertambah besar dalam kehamilan karena ada bendungan darah di dalam rongga panggul (Romauli, 2011 : 111).

(16) Ekstremitas

Edema dapat mengidentifikasi penyakit kardiovaskuler. Varises dapat meningkatkan risiko flebitis dalam kehamilan (Varney, 2007 : 115).

Normal bila tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon ditekuk, bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungkin tanda preeklamsi. Pasien yang reflek patella negatif kemungkinan mengalami kekurangan vitamin B1 (Romauli, 2011 : 112).

e) Pemeriksaan Khusus

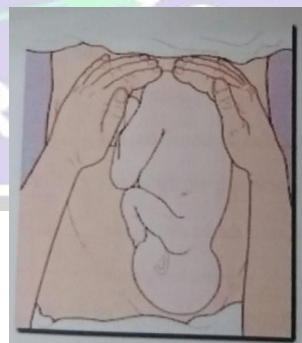
(1) Palpasi

Tangan bidan harus bersih dan hangat, tangan yang dingin tidak memiliki indera peraba akut yang diperlukan, tangan yang dingin cenderung menstimulasi kontraksi abdomen dan otot uterus. Lengan dan tangan harus relaks, palpasi dilakukan dengan bantalan jari, bukan ujung jari yang lembut (Fraser, *et.all*, 2009 : 258).

(a) Leopold I

Tujuan leopold I :

Pemeriksaan Leopold I digunakan untuk menentukan tinggi fundus uteri, bagian janin dalam fundus, dan konsistensi fundus (Manuaba, 2010 : 118).



Gambar 2.36
Leopold I

Sumber : Mochtar, 2012 : 134.

Langkah-langkah melakukan Leopold I :

- a) Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha.
- b) Pemeriksa berdiri di sebelah kanan penderita dan melihat kearah muka penderita.
- c) Rahim dibawa ke tengah.
- d) Tinggi fundus uteri ditentukan.
- 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 uteri kosong. Pemeriksaan tuanya kehamilan dari tingginya fundus uteri (Marmi, 2011 : 167).

Variasi Knebel : Menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan lain diatas simfisis (Manuaba, 2010 : 239).

Temuan :

- a) Jika bagian janin bulat dan keras, mudah digoyangkan, berarti kepala dan posisi janin membujur.

- b) Jika bagian janin teraba tidak beraturan, agak bulat, lebih lunak dari kepala, sulit untuk digoyang, berarti bokong dan letaknya membujur. Normalnya akan teraba bokong.
- c) Jika tidak teraba apapun di fundus atau kosong, berarti posisi janin melintang (Hani, 2011 : L-3).

Tabel 2.12
Perkiraan TFU Terhadap Umur Kehamilan

Umur kehamilan	Umur Kehamilan	
	Tinggi Fundus Uteri	Centimeter (Cm)
12 minggu	1/3 di atas simfisis atau 3 jari diatas simfisis	
16 minggu	½ simfisis – pusat	
20 minggu	2/3 di atas simfisis atau 3 jari di bawah pusat	20 cm
24 minggu	Setinggi pusat	23 cm
28 minggu	1/3 di atas pusat atau 3 jari di atas pusat	26 cm
32 minggu	½ pusat – procesus xipoides	30 cm
36 minggu	Setinggi procesus xipoides	33 cm
40 minggu	Dua jari (4 cm) di bawah px	

Sumber : Hani dkk, 2011 : L-4.

(b) Leopold II

Tujuan Leopold II :

Untuk mengetahui letak janin memanjang atau melintang dan bagian janin yang teraba seperti papan di sebelah kiri atau kanan (Walyani, 2015 : 87).



Gambar 2.37
Leopold II

Sumber : Mochtar, 2012 : 136.

Langkah-langkah melakukan Leopold II menurut Mochtar (2012 : 136), yaitu :

- (a) Posisikan ibu masih dengan lutut fleksi (kaki ditekuk) dan pemeriksa menghadap ibu.
- (b) Meletakkan telapak tangan kiri pada dinding perut lateral kanan dan telapak tangan kanan pada dinding perut lateral kiri ibu secara sejajar dan pada ketinggian yang sama.
- (c) Mulai dari bagian atas tekan secara bergantian atau bersamaan (simultan) telapak tangan kiri dan kanan kemudian geser kearah bawah dan rasakan adanya bagian yang rata dan memanjang (punggung) atau bagian-bagian kecil (ekstremitas).

(d) Bagian punggung : akan teraba jelas, rata, cembung, kaku/tidak dapat digerakkan.

(e) Bagaian-bagian kecil (tangan dan kaki) : akan teraba kecil, bentuk/posisi tidak jelas dan menonjol, kemungkinan teraba gerakan kaki janin secara aktif maupun pasif.

Variasi Budin : Menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus, tangan yang lain meraba punggung janin (Manuaba, 2013 : 118).

Variasi Ahfeld : Menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di tengah perut (Manuaba, 2013 : 119).

(c) Leopold III

Tujuan Leopold III :

Menentukan bagian terbawah janin diatas simfisis ibu dan bagian terbawah janin sudah masuk PAP atau masih bisa digoyangkan (Manuaba, 2010 : 119).

Langkah-langkah melakukan Leopold III :

- a) Dipergunakan satu tangan saja.
- b) Bagian bawah ditentukan antara ibu jari dan jari lainnya.
- c) Cobalah apakah bagian bawah masih dapat digoyangkan (Marmi, 2011 : 168).



Gambar 2.38
Leopold III

Sumber : Mochtar, 2012 : 136.

Temuan :

- a) Hasil temuan sama dengan pada Leopold I.
- b) Jika bagian presentasi adalah kepala, dan mungkin agak sulit untuk digoyang, berarti kepala sudah engaged (Hani, 2011 : L-7).

(d) Leopold IV

Tujuan : Menentukan bagian terbawah janin dan seberapa jauh janin sudah masuk PAP. Bila

bagian terendah masuk PAP telah melampaui lingkaran terbesarnya, maka tangan yang melakukan pemeriksaan divergen, sedangkan bila lingkaran terbesarnya belum masuk PAP, maka tangan pemeriksa konvergen (Manuaba, 2010 : 240).



Gambar 2.39
Leopold IV

Sumber : Mochtar, 2012 : 137.

Langkah-langkah melakukan Leopold IV menurut Mochtar (2012 : 136-137), yaitu :

- a) Pemeriksa menghadap ke arah kaki ibu, dengan posisi kaki ibu lurus.
- b) Meletakkan ujung telapak tangan kiri dan kanan pada lateral kiri dan kanan uterus bawah, ujung-ujung jari tangan kiri dan kanan berada pada tepi atas simfisis.

- c) Menemukan kedua ibu jari kiri dan kanan kemudian rapatkan semua jari-jari tangan yang meraba dinding bawah uterus.
- d) Perhatikan sudut yang terbentuk oleh jari-jari: bertemu (konvergen) atau tidak bertemu (divergen).
- e) Setelah itu memindahkan ibu jari dan telunjuk tangan kiri pada bagian terbawah bayi (bila presentasi kepala upayakan memegang bagian kepala di dekat leher dan bila presentasi bokong upayakan untuk memegang pinggang bayi).
- f) Memfiksasi bagian tersebut ke arah pintu atas panggul kemudian meletakkan jari-jari tangan kanan diantara tangan kiri dan simfisis untuk menilai seberapa jauh bagian terbawah telah memasuki pintu atas panggul.
- g) Apabila kedua jari-jari tangan pemeriksa bertemu (konvergen) berarti bagian terendah janin belum memasuki pintu atas panggul, sedangkan apabila kedua tangan pemeriksa membentuk jarak atau tidak bertemu

(divergen) maka bagian terendah janin sudah memasuki Pintu Atas Panggul (PAP).

- h) Penurunan kepala dinilai dengan : 5/5 (seluruh bagian jari masih meraba kepala, kepala belum masuk PAP), 1/5 (teraba kepala 1 jari dari lima jari, bagian kepala yang sudah masuk 4 bagian), dan seterusnya sampai 0/5 (seluruh kepala sudah masuk PAP) (Mochtar, 2012 : 136-137).

(2) Osborn Test

Tujuan pemeriksaan test Osborn ini, adalah untuk mengetahui adanya DKP (Disporposisi Kepala Panggul) pada ibu hamil. Prosedur pemeriksaan Osborn ini, adalah sebagai berikut :

- (a) Dilakukan pada umur kehamilan 36 minggu.
- (b) Tangan kiri janin mendorong kepala janin masuk atau kearah PAP (Yeyeh, 2011 : 355).

Apabila kepala mudah masuk tanpa halangan, maka hasil test Osborn adalah negatif (-). Apabila kepala tidak bisa masuk dan teraba tonjolan diatas simfisis, maka tonjolan diukur dengan 2 jari telunjuk dan jari tengah tangan kanan. Apabila lebar tonjolan

lebih dari dua jari, maka hasil test Osborn adalah positif (+). Apabila lebar tonjolan kurang dari dua jari, maka tes Osborn adalah ragu-ragu (\pm). Dengan pertambahan usia kehamilan, ukuran kepala diharapkan bisa menyesuaikan dengan ukuran panggul (moulase) (Yeyeh, 2011 : 355).

Sedangkan menurut Romauli (2011 : 86), langkah-langkah pemeriksaan Osborn test yaitu :

- (a) Pegang kepala janin dan diupayakan untuk masuk ke PAP.
- (b) Jika tidak dapat masuk karena masih tinggi, harus diukur dengan jari untuk mengetahui seberapa tingginya dari simpisis pubis.
- (c) Jika tingginya sekitar 3 jari diatas simpisis atau lebih berarti Osborn Test + (kepala janin belum masuk ke PAP = kemungkinan ada *Cephalopelvic Disporpotion*).

(3) TFU

Menurut Mc.Donald pemeriksaan TFU dapat dilakukan dengan menggunakan pita pengukur, dengan cara memegang tanda-nol pita pada aspek superior simpisis pubis dan menarik pita secara longitudinal

sepanjang aspek tengah uterus ke ujung atas fundus, sehingga dapat ditentukan TFU (Manuaba, 2010 : 100).

(4) TBJ

Menurut Mochtar (2012 : 141), rumus yang digunakan untuk mengukur tafsiran berat janin adalah

Rumus Johnson-Tausak, yaitu :

$$TBJ = (MD-n) \times 155$$

Keterangan :

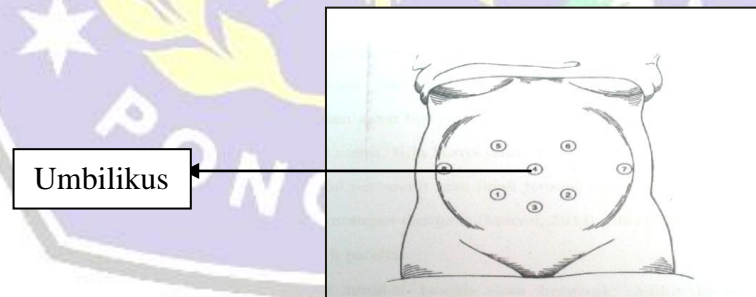
BB = Berat badan janin

MD = Jarak symphysis fundus uteri

n = 11 jika kepala sudah masuk PAP, 12 jika kepala belum masuk PAP.

(5) Auskultasi

Jumlah denyut jantung janin normal antara 120 sampai 140 denyut permenit (Manuaba, 2010 : 116).



Gambar 2.40
Letak punctum maksimum

Sumber : Wheeler, 2014 : 145.

Keterangan :

3 - 6 atau 3 - 5 : Letak kepala

- 6 - 3 : Letak sungsang
 5 - 3 : Letak sungsang
 7 - 8 atau 8 - 7 : Letak lintang

Pada pemeriksaan auskultasi denyut jantung janin akan terdengar jelas dipihak punggung janin dekat pada kepala. Pada presentasi biasa (letak kepala), tempat ini dikiri atau kanan bawah pusat. Letak Punctum Maksimum setelah minggu ke-26 gestasi. Hasil pemeriksaan secara auskultasi dapat digunakan untuk menghitung DJJ, yaitu perhitungan DJJ dilakukan dengan memberi interval 5 detik, ialah 5 detik pertama dihitung, kemudian berhenti selama 5 detik, dihitung lagi 5 detik kedua, berhenti, dan dihitung 5 detik ketiga, lalu dijumlahkan dan dikali 4. DJJ dinyatakan teratur jika jarak denyut antara 5 detik pertama, ketiga dan kelima tidak lebih dari 2 denyutan (Marmi, 2011 : 169).

f) Pemeriksaan Panggul

(1) Pemeriksaan panggul luar

- (a) *Distansia spinarum*, jarak antara spina iliaca anterior superior kiri dan kanan (normalnya \pm 23-26 cm).
- (b) *Distansia kristarum*, jarak antara crista iliaca kanan dan kiri (normalnya \pm 26-29 cm).

(c) Conjungata eksterna (baudeloque), jarak antara pinggir atas symphysis dan ujung processus spinosus ruas tulang lumbal ke-V (normalnya $\pm 18-20$ cm).

(d) Ukuran lingkaran panggul, dari pinggir atas symphysis ke pertengahan antara spina iliaca anterior superior dan trochanter major sepihak dan kembali melalui tempat-tempat yang sama di pihak yang lain (normalnya 80-90 cm) (Marmi, 2011 : 175-176).

(2) Pemeriksaan panggul dalam

Menurut Marmi (2011 : 84), pemeriksaan dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu. Didapatkan hasil normal bila promotorium tidak teraba, tidak ada tumor (*exostose*), linea innominata teraba sebagian, spina iskiadika tidak teraba, *os.sacrum* mempunyai inklinasi ke belakang dan sudut arkus pubis $>90^\circ$.

g) Pemeriksaan Penunjang

(1) Pemeriksaan darah

(a) Pemeriksaan Hemoglobin

Periksa Hb pada kunjungan pertama dan pada kehamilan 28 minggu atau lebih sering jika ada tanda-tanda anemia (Winkjosastro, 2009 : 30).

Menurut Romauli (2011 : 187), tujuan pemeriksaan haemoglobin adalah untuk mengetahui kadar Hb dalam darah dan menentukan derajat anemia. Kondisi haemoglobin dapat digolongkan sebagai berikut : Hb 11 gr% (tidak anemia), Hb 9-10 gr% (Anemia ringan), Hb 7-8 gr% (Anemia sedang), Hb < 7 gr% (Anemia berat).

(b) Pemeriksaan Golongan Darah

Ibu dengan rhesus negatif beresiko mengalami keguguran, amniosentesis, atau trauma uterus, harus diberi anti-gammaglobulin D dalam beberapa hari setelah pemeriksaan (Fraser, *et.all*, 2009 : 255).

Mengetahui golongan darah ini sebagai persiapan ibu apabila ibu mengalami perdarahan selama persalinan, sehingga tranfusi darah dapat segera dilakukan (Romauli, 2011 : 188).

(2) Pemeriksaan Urine

Hal lain yang dapat ditemukan pada urinalisis rutin antara lain :

(a) Keton

Akibat pemecahan lemak untuk menyediakan glukosa, disebabkan oleh kurangnya pemenuhan kebutuhan janin yang dapat terjadi akibat muntah, hiperemesis, kelaparan, atau latihan fisik yang berlebihan (Fraser, *et.all*, 2009 : 255).

(b) Glukosa

Karena peningkatan sirkulasi darah, penurunan ambang ginjal atau penyakit (Fraser, *et.all*, 2009 : 255).

(c) Protein

Akibat kontaminasi oleh leukore vagina, atau penyakit seperti infeksi saluran perkemihan atau gangguan hipertensi pada kehamilan (Fraser, *et.all*, 2009 : 255).

(3) Ultrasonografi (USG)

USG dapat digunakan umur kehamilan 4-5 minggu untuk memastikan kehamilan dengan melihat adanya kantong gestasi, gerakan janin dan denyut jantung janin (Widatiningsih dkk, 2017 : 17).

(4) Non Stress Test (NST)

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai hubungan gambaran DJJ dan aktivitas janin. Penilaian dilakukan terhadap frekuensi dasar DJJ, variabilitas dan timbulnya akselerasi yang menyertai gerakan janin. Adapun penilaian NST dilakukan terhadap frekuensi dasar denyut jantung janin (*baseline*), variabilitas (*variability*) dan timbulnya akselerasi yang sesuai dengan gerakan/aktivitas janin (*Fetal Activity Determination/FAD*) (Marmi, 2011 : 190).

(5) Kartu Skor Poedji Rochyati

Untuk mendeteksi risiko ibu hamil dapat menggunakan kartu Skor Poedji Rochyati. Terdiri dari Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan skor 2 ditolong oleh bidan, Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan skor 6-10 ditolong oleh bidan atau dokter dan Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan skor >12 ditolong oleh dokter (Kemenkes RI No.41, 2014 : 12).

2. Analisis Data

Analisis/assessment merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subyektif dan

obyektif, mencakup : diagnosis/masalah kebidanan, diagnosis/masalah potensial serta perlunya mengidentifikasi kebutuhan tindakan segera untuk antisipasi diagnosis/masalah potensial (Muslihatun, 2010 : 248-249).

Kemungkinan masalah menurut Varney dkk (2007 : 538), antara lain : Edema dependen, nokturia, hemoroid, konstipasi, kram pada tungkai, sesak nafas, pusing, nyeri punggung, varises, panas dan nyeri ulu hati (*heart burn*) dan kecemasan menghadapi persalinan.

3. Perencanaan

a. Diagnosa kebidanan

Diagnosa : G_{1/1}P_{APIAH}, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2010 : 123).

1) Tujuan : Ibu dan janin sehat, sejahtera sampai melahirkan.

2) Kriteria :

- a) Keadaan umum baik.
- b) Kesadaran composmentis.
- c) Tanda-tanda vital normal.

TD : 100/70 - 130/90 mmHg.

N : 76 - 88 x/menit.

S : 36,5°C - 37,5°C.

RR : 16 - 24 x/menit.

d) Pemeriksaan laboratorium

Hb \geq 11 gr%, protein urine (-), reduksi urine (-).

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

f) TFU sesuai dengan usia kehamilan.

3) Intervensi menurut Varney (2007 : 108) sebagai berikut :

a) Bina hubungan baik dengan komunikasi terapeutik

R/ Tercipta hubungan saling percaya sehingga ibu kooperatif dalam tindakan.

b) Jelaskan kepada ibu tentang hasil pemeriksaan.

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

c) Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin timbul pada ibu hamil trimester III.

R/Perubahan fisiologis kehamilan normal memungkinkan identifikasi perubahan yang terjadi akibat kehamilan dan mendeteksi abnormalitas.

d) 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.

e) 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 disiapkan untuk menghadapi kemungkinan keadaan darurat.

f) Diskusikan kepada ibu mengenai persiapan persalinan (P4K).

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

g) Anjurkan ibu untuk menghindari kelelahan/aktivitas terlalu berat.

R/Aktivitas yang terlalu berat akan meningkatkan penggunaan energi dalam jaringan sehingga suplai

O₂ ke jaringan berkurang dan dapat menyebabkan iskemia sehingga mengakibatkan nyeri bertambah.

h) Jelaskan kepada ibu tentang tanda-tanda persalinan

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

i) Jadwalkan ibu untuk kontrol ulang sesuai jadwal atau sewaktu-waktu jika ada keluhan.

R/ Kunjungan ulang merupakan pendeteksi komplikasi serta persiapan kelahiran dan kegawatdaruratan.

b. Masalah

1) Edema dependen

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

b) Kriteria : Setelah tidur/istirahat edema dapat berkurang.

c) Intervensi menurut Sulistyawati (2011 : 213-214) sebagai berikut :

(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 tekanan pada vena cava inferior oleh pembesaran uterus yang akan memperberat edema dependen.

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

R/ Meringankan tekanan pada vena di dalam panggul.

- (4) Anjurkan pada ibu untuk menghindari pakaian yang ketat.

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

- (5) Anjurkan kepada ibu untuk menggunakan penyokong atau korset.

R/ Korset ibu hamil didesain untuk menyangga bagian perut diatas simphisis pubis disebelah depan dan masing-masing disisi bagian tengah pinggang disebelah belakang sehingga tidak

menimbulkan tekanan pada perut yang membesar.

2) Nokturia

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

b) Kriteria : 1. Ibu BAK 7-8 x/hari terutama siang hari
2. Infeksi saluran kencing tidak terjadi.

c) Intervensi menurut Varney (2007 : 541) sebagai berikut:

(1) Jelaskan penyebab terjadinya sering kencing.

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

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

R/ Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih.

(3) Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK.

R/ Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

(4) Anjurkan ibu untuk 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.

3) Hemoroid

a) Tujuan : Setelah dilakukan penyuluhan, masalah hemoroid dapat berkurang.

b) Kriteria : Keluhan hemoroid berkurang

c) Intervensi menurut Varney (2007 : 539) sebagai berikut:

(1) Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan tinggi serat dan minum air hangat satu gelas tiap bangun pagi untuk menghindari konstipasi.

R/ Makanan tinggi serat dan minum air hangat menjadikan feses tidak terlalu padat/ keras dan akan merangsang peristaltik usus sehingga dapat merangsang pengosongan kolon lebih cepat.

(2) Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat BAB.

R/ Mengejan yang terlalu sering akan memicu terjadinya hemoroid.

(3) Anjurkan ibu untuk mandi berendam air hangat.

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

(4) Anjurkan ibu untuk kompres air es atau garam untuk mengurangi hemoroid.

R/ Air es dan garam dapat membuat pembuluh darah berkontraksi sehingga menyempit dan hemoroid berkurang.

4) Konstipasi

- a) Tujuan : Tidak terjadi konstipasi.
- b) Kriteria : Ibu bisa BAB 1-2 x/hari, konsistensi lunak.
- c) Intervensi menurut Hani dkk (2011 : 203) sebagai berikut :

(1) Anjurkan ibu untuk membiasakan pola BAB teratur.

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

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

R/ Asupan cairan yang adekuat membuat feses agar tetap lunak.

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

R/ Dengan minum panas/dingin sehingga 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.

5) Kram pada tungkai/kaki

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

b) Kriteria : Kram pada kaki berkurang, ibu dapat mengatasi bila kram tungkai berkurang

c) Intervensi menurut Bandiyah (2009 : 214), sebagai berikut :

(1) Jelaskan penyebab kram tungkai.

R/ Kram tungkai disebabkan penurunan kadar kalsium.

(2) Anjurkan ibu 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 message.

R/ Sirkulasi darah ke jaringan lancar.

(4) Minta ibu untuk tidak berdiri lama.

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

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

R/ Otot-otot bisa relaksasi sehingga kram tungkai berkurang.

(6) Anjurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor.

R/ Mengonsumsi kalsium dan fosfor baik untuk kesehatan tulang.

6) Sesak nafas

a) Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya dan kebutuhan O₂ ibu terpenuhi.

b) Kriteria : Frekuensi pernapasan 16-24 x/menit, ibu menggunakan pernapasan perut.

c) Intervensi menurut Saifuddin (2010 : 304) sebagai berikut :

(1) Jelaskan pada ibu penyebab sesak nafas yaitu karena membesarnya uterus.

R/ Ibu mengerti penyebab sesak nafas karena membesarnya uterus.

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

R/ Menghindari penekanan pada 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 O_2 .

(5) Anjurkan ibu berdiri meregangkan lengannya di atas kepala.

R/ Peregangan tulang dapat meringankan penarikan nafas.

7) **Pusing** (sehubungan dengan ketegangan otot, stress, perubahan postur tubuh, ketegangan mata dan keletihan)

a) Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya sehingga tidak merasa cemas.

b) Kriteria : 1. Pusing berkurang.

2. Kesadaran composmentis.

3. Tidak terjadi jatuh atau hilang keseimbangan.

c) Intervensi menurut Sunarti (2013 : 109) sebagai berikut:

(1) Jelaskan kepada 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 dari bangun tidur.

(3) Anjurkan ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama di lingkungan panas dan sesak.

R/ Kekurangan O₂ karena lingkungan sesak dapat menyebabkan pusing.

(4) Jelaskan untuk menghindari posisi terlentang.

R/ Sirkulasi oksigen (O₂) ke otak lancar.

8) Nyeri punggung

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

b) Kriteria : Nyeri punggung dapat berkurang.

c) Intervensi menurut Prawirohardjo (2008 : 314) sebagai berikut :

(1) Jelaskan kepada ibu tentang penyebab nyeri punggung.

R/ Nyeri punggung pada kehamilan dapat terjadi akibat karena pertumbuhan uterus yang menyebabkan perubahan postur dan juga akibat pengaruh hormon relaksin terhadap ligament.

(2) Tekuk kaki daripada membungkuk ketika mengangkat apapun. Lebarkan kedua kaki dan tempatkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain saat menekuk kaki.

R/ Menekuk kaki akan membuat kedua tungkai yang menopang berat badan dan meregang, bukan punggung.

(3) Hindari membungkuk berlebihan dan mengangkat beban.

R/ Menghilangkan tegang pada punggung bawah yang disebabkan oleh peningkatan lengkung vertebra lumbosakral dan pengencangan otot-otot punggung.

(4) Anjurkan ibu tidur miring kiri dan perut diganjal bantal.

R/ Mengurangi penekanan uterus pada ligamentum rotundum.

(5) Gunakan sepatu tumit rendah.

R/ Hak tinggi menyebabkan hiperlordosis sehingga nyeri punggung bertambah dan keseimbangan ibu bergeser terlalu jauh ke depan sehingga menambah nyeri.

(6) Gunakan kasur yang menyokong dan posisikan badan dengan menggunakan bantal sebagai ganjal.

R/ Bantal menyebabkan terbentuknya postur yang baik ketika berbaring tanpa adanya tegangan di area tertentu.

(7) Motivasi ibu untuk tetap senang hamil yang sesuai dengan usia kehamilan.

R/ Memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot-otot dinding perut, otot-otot dasar panggul sehingga relaksasi dan kenyamanan ibu.

9) Varises

a) Tujuan : Tidak terjadi varises atau varises tidak bertambah parah.

b) Kriteria : Tidak terdapat varises.

c) Intervensi menurut Sulistyawati (2011 : 213) sebagai berikut :

(1) Kenakan kaos kaki penyokong.

R/ Penggunaan kaos kaki penyokong dapat meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan risiko terjadi varises.

(2) Hindari mengenakan pakaian ketat.

R/ Pakaian yang ketat dapat menghambat aliran balik vena.

(3) Hindari berdiri terlalu lama dan tidak menyilang saat duduk.

R/ Menurunkan risiko varises dan memperlancar aliran balik vena.

(4) Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur.

R/ Memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot-otot dinding perut, otot-otot dasar panggul sehingga relaksasi dan kenyamanan ibu.

(5) Kenakan penyokong abdomen maternal atau korset.

R/ Korset ibu hamil didesain untuk menyangga bagian perut diatas simpisis pubis disebelah depan dan masing-masing disisi bagian tengah

pinggang disebelah belakang sehingga tidak menimbulkan tekanan pada perut yang membesar.

10) Panas dan nyeri ulu hati (*heart burn*)

a) Tujuan : Setelah dilakukan penyuluhan, masalah nyeri ulu hati dapat teratasi.

b) Kriteria : Ulu hati tidak terasa nyeri.

c) Intervensi menurut Saifuddin (2008 : 316) sebagai berikut :

(1) Jelaskan penyebab nyeri dan panas di ulu hati (*heart burn*) yaitu peningkatan produksi hormon progesterone, relaksasi sphincter esophagus bagian bawah bersamaan perubahan dalam gradient tekanan sepanjang sphincter, kemampuan gerak serta tonus gastro intestinal menurun, serta pergeseran lambung karena pembesaran uterus.

R/ Ibu mengerti penyebab timbulnya panas dan nyeri ulu hati sehingga ibu tidak cemas lagi.

(2) Anjurkan ibu makan dengan porsi kecil tetapi sering untuk menghindari lambung terlalu penuh.

R/ Untuk mengurangi rasa mual dan muntah yang dialami ibu.

(3) Anjurkan ibu untuk menghindari makanan yang berlemak, berbumbu merangsang, dan pedas.

R/ Karena makanan yang berlemak, berbumbu merangsang, dan pedas dapat meningkatkan asam lambung sehingga akan memperparah gejala.

(4) Hindari rokok, kopi, alkohol, dan cokelat.

R/ Karena rokok, kopi, alkohol dan cokelat akan berdampak pada pertumbuhan janin dalam rahim.

(5) Hindari berbaring setelah makan dan makan segera sebelum tidur.

R/ Bila setelah makan langsung berbaring maka asam lambung akan naik sehingga akan menyebabkan refluks.

(6) Hindari minum selain minum air putih.

R/ Karena air putih adalah zat tidak berpartikel sehingga akan memperlancar proses metabolisme dalam tubuh.

(7) Tidur dengan kaki ditinggikan.

R/ Memperlancar aliran darah uteroplasenta, sehingga janin tidak mengalami fetal distress.

(8) Berikan antasida

R/ Antasida adalah obat yang digunakan untuk menetralkan asam lambung sehingga dapat mengurangi ketidaknyamanan yang ada.

11) Kecemasan menghadapi persalinan

- a) Tujuan : Kecemasan berkurang.
- b) Kriteria : 1. Ibu tampak tenang, rileks.
2. Ibu tampak tersenyum.
3. Suami dan keluarga memberi dukungan.
- c) Intervensi menurut Bandiyah (2009 : 217) sebagai berikut :
- (1) Jelaskan kepada ibu tentang hal-hal yang dapat menyebabkan kecemasan.
R/ Ibu mengerti penyebab kecemasan menjelang persalinan adalah hal yang normal.
- (2) Anjurkan ibu untuk mandi air hangat.
R/ Selain memperlancar sirkulasi darah, juga memberikan rasa nyaman.
- (3) Anjurkan ibu untuk melaksanakan relaksasi progresif.

R/ Relaksasi dapat mengurangi masalah-masalah psikologis seperti halnya rasa cemas menjelang persalinan.

4. Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Depkes RI, 2007 : 6).

5. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melakukan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi harus segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan/keluarga (Depkes RI, 2007 : 7).

6. Dokumentasi

Menurut Depkes RI (2007: 7), 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 : Data subyektif, mencatat hasil anamnesa.
- O : Data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.
- A : Hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.
- P : Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/*follow up* dan rujukan.

2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Persalinan

1. Pengkajian Data

a. Data subjektif

1) Identitas

1) Nama

Untuk menetapkan identitas pasien karena mungkin memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomer telepon yang berbeda (Manuaba, 2012 : 173).

2) Usia

Usia dibawah 16 tahun meningkatkan insiden preeklampsia. Usia diatas 35 tahun meningkatkan insiden abrupsio plasenta, persalinan yang lama pada

nulipara, seksio sesarea, kelahiran preterm (Varney, 2007 : 110).

3) Agama

Agama dan berbagai praktik terkait agama yang harus diobservasi. Informasi ini dapat menuntut ke suatu diskusi tentang pentingnya agama dalam kehidupan, tradisi keagamaan dalam kehamilan dan kelahiran, perasaan tentang jenis kelamin tenaga kesehatan dan pada beberapa kasus, penggunaan produk darah (Walyani, 2015 : 118).

4) Pendidikan

Pendidikan yang kurang membuat masyarakat tetap berorientasi pada pengobatan dan pelayanan tradisional sehingga mempengaruhi kesejahteraan ibu (Manuaba, 2010 : 11).

5) Pekerjaan

Mengetahui pekerjaan klien penting untuk mengkaji pasien berada dalam keadaan utuh dan untuk mengkaji potensi kelainan prematur dan pajangan terhadap bahaya lingkungan kerja yang dapat merusak janin (Marmi, 2011 : 155).

6) Alamat

Selain sebagai data distribusi lokal pasien, data ini juga memberi gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalinan (Sulistyawati, 2010 : 221).

2) Keluhan utama

Menurut Winkjosastro (2009 : 79) gejala dan tanda kala II adalah ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi dan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan atau vaginanya. Sedangkan menurut Manuaba (2012 : 242) gejala utama persalinan pada kala II (pengusiran) 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 mendeteksi lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya pleksus Frankenhauser.

3) Alasan Kunjungan

Alasan wanita datang ke tempat bidan/klinik, yang diungkapkan dengan kata-katanya sendiri (Hani, 2010 : 85).

4) Riwayat kebidanan

a) Riwayat menstruasi

Hari pertama haid terakhir merupakan data dasar yang diperlukan untuk menemukan usia kehamilan, apakah cukup bulan atau premature. Kaji pula kapan bayi lahir (menurut taksiran ibu) dan taksiran persalinan (Rohani, 2011 : 43).

Bila seorang wanita datang dengan haid terlambat dan diduga ada kehamilan, maka dapat ditentukan tanggal perkiraan partus, jika hari pertama haid terakhir diketahui dan siklus kurang lebih 28 hari, rumus yang dipakai adalah rumus Neagle. Perkiraan partus menurut rumus yaitu Hari +7, Bulan -3, dan tahun +1 untuk siklus $28 + x$ hari (Winkjosastro, 2009 : 340).

b) Riwayat kehamilan yang lalu

Informasi esensial tentang kehamilan terdahulu mencakup bulan dan tahun kehamilan berakhir, usia gestasi pada saat itu, tipe persalinan (*spontan*, *forsep*, *ekstraksi vakum*, atau bedah sesar), lama persalinan (lebih baik dihitung dari kontraksi pertama), berat lahir, jenis kelamin, dan komplikasi lain, kesehatan fisik dan emosi terakhir harus diperhatikan (Romauli, 2011 :

165). Aborsi spontan berulang dapat mengindikasikan adanya kondisi seperti abnormalitas genetik, ketidakseimbangan hormon, atau inkompetensi serviks (Fraser, *et.all*, 2009 : 252).

c) Riwayat persalinan yang lalu

Riwayat persalinan yang menjadi faktor resiko yaitu persalinan prematur, persalinan dengan berat bayi lahir rendah, persalinan lahir mati, persalinan dengan induksi, persalinan dengan plasenta manual, persalinan dengan perdarahan postpartum, persalinan dengan tindakan (ekstraksi forceps, ekstraksi vacuum), letak sungsang, ekstraksi versi, operasi sesar (Manuaba, 2013 : 245).

Lama persalinan sebelumnya merupakan indikasi yang baik untuk memperkirakan lama persalinan kali ini sehingga memungkinkan untuk membedakan persalinan antara primigravida dan gravida selanjutnya serta persalinan dengan paritas yang lebih tinggi (Varney, 2007 : 692).

d) Riwayat nifas yang lalu

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C. Bila terjadi peningkatan melebihi 38°C berturut-turut selama 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, 2013 : 201).

e) Riwayat kelahiran bayi

Berat dan panjang badan waktu lahir, jenis kelamin, kelainan yang menyertai, bila bayi meninggal apa penyebab kematiannya (Rohani dkk, 2011 : 66).

f) Riwayat kehamilan sekarang

Riwayat kehamilan sekarang dikaji untuk menentukan umur kehamilan dengan tepat (Rukiyah, 2009 : 49). Pemeriksaan dilakukan sekurang-kurangnya empat kali selama masa kehamilan, dengan distribusi waktu minimal satu kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), satu kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu), dan dua kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 24 minggu sampai persalinan (Kemenkes RI, 2014).

g) Riwayat persalinan sekarang

Lama kala I primigravida 12 jam, multigravida 8 jam. Pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Lama kala II untuk primigravida 30 menit dan multigravida 15 menit. Lama kala IV 2 jam (Manuaba, 2013 : 246).

h) Riwayat KB

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

5) Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan ibu

(1) Anemia

Anemia berpengaruh terhadap persalinan yaitu terjadinya gangguan his (kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlangsung lama, partus

terlantar, kala II berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio placenta, dan perdarahan post partum karena atonia uteri, kala IV dapat terjadi perdarahan sekunder dan atonia uteri (Manuaba, 2013 : 243).

(2) Hipertensi

Pada ibu penyakit hipertensi, janin bertumbuh kurang wajar (dismaturitas), dilahirkan prematur atau mati dalam kandungan. Sering pula terjadi solusio plasenta yang mempunyai akibat buruk, baik bagi ibu maupun anak (Winkjosastro dkk, 2009 : 335).

(3) Asma

Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O₂ dan CO₂, pengawasan hamil dan pertolongan persalinan dapat berlangsung biasa, kecuali terdapat indikasi pertolongan dengan tindakan operasi (Manuaba, 2011 : 336).

Wanita yang menderita penyakit asma berat dan mereka yang tidak mengendalikan asmanya akan beresiko mengalami persalinan prematur, abruptio plasenta, korioamnionitis, dan kelahiran seksio sesarea (Fraser, *et.all*, 2009 : 254).

(4) Penyakit jantung

Perubahan fisiologi terjadinya peningkatan volume darah dan peningkatan frekuensi denyut jantung menyebabkan peningkatan serambi kiri jantung yang mengakibatkan edema pada paru (Saifuddin, 2010 : 769). Peningkatan ini terjadi pada awal kehamilan dan mencapai puncaknya pada usia kehamilan 20 minggu hingga 24 minggu peningkatan curah jantung selama kehamilan, persalinan, dan pelahiran akan meningkatkan resiko dekompensasi jantung pada wanita yang mempunyai riwayat penyakit jantung (Varney, 2007 : 250).

(5) Diabetes mellitus

Akibat peningkatan kadar insulin dan glukosa terjadilah pertumbuhan fisik yang dramatis, yang menghasilkan bayi besar (Varney, 2007 : 636). Idealnya, pada ibu yang menderita DM tanpa

komplikasi selama kehamilannya, persalinan dapat dilakukan secara spontan pada saat sudah cukup bulan (Fraser, *et.all*, 2009 : 338).

(6) Epilepsi

Dibandingkan wanita bukan epilepsi, wanita epilepsi memiliki resiko melahirkan bayi malformasi dua sampai tiga kali lebih tinggi dan resiko memiliki anak dengan gangguan kejang 2% sampai 3%. Mereka juga beresiko mengalami preeklamsia dan persalinan premature (Wheeler, 2014 : 305).

(7) Hipertiroidisme

Menurut Fraser, *et.all*, (2009 : 346) hipertiroidisme pada kehamilan berhubungan dengan peningkatan insiden pre eklamsia, kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, dan kematian janin.

(8) Gonore

Bayi yang dilahirkan dari ibu penderita gonore dapat menderita konjungtivitis, gonore neonatorum atau disebut juga blenore neonatorum. Kemungkinan terbesar terjadinya *blenore*

neonatorum terjadi pada saat bayi melewati vagina ibu dengan gonore (Cunningham, 2007 : 434).

(9) TBC

Pada kehamilan pada infeksi TBC resiko prematuritas, IUGR dan berat badan lahir rendah meningkat, serta resiko kematian perinatal meningkat 6x lipat (Prawirohardjo, 2008 : 145).

(10) HIV/AIDS

Pada ibu yang positif terkena HIV dan memilih melahirkan pervaginam, penggunaan elektroda kulit kepala dan penyampelan darah janin akan melukai kulit bayi dan dapat meningkatkan resiko infeksi, oleh sebab itu prosedur ini harus dihindari (Chamberlain, 2010 : 63). Transmisi vertical virus AIDS ibu ke janinnya telah banyak terbukti, tapi belum jelas diketahui kapan transmisi perinatal itu terjadi (Winkjosastro, 2009 : 336).

b) Riwayat kesehatan keluarga

Untuk mengetahui apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit menular seperti TBC, hepatitis, HIV/AIDS, penyakit menurun maupun keturunan kembar (Nursalam, 2009 : 332).

c) Riwayat ginekologi

Riwayat ginekologi meliputi infertilitas, terpajan dietilstibestrol (DES), infeksi vagina, penyakit menular seksual, servisititis kronis, endometritis, penyakit radang panggul, kista, endometriosis, mioma, relaksasi pelvic, polip, massa pada payudara, pap smear yang abnormal, biopsy, kanker ginekologi, perkosaan (Varney,2007:68).

6) Riwayat perkawinan

Menurut Sulistyawati (2010 : 25), pertanyaan yang dapat diajukan antara lain, usia nikah pertama kali, status pernikahan sah/tidak, lama pernikahan, perkawinan sekarang adalah suami yang keberapa.

7) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Pola nutrisi

Mortilitas dan absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang. Apabila kondisi ini diperburuk oleh penurunan lebih lanjut sekresi asam lambung selama persalinan, maka saluran cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama (Varney, 2007 : 686). Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energy dan mencegah dehidrasi.

Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi, dan/atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur, dan kurang efektif (Winkjosastro dkk, 2009 : 337).

b) Eliminasi

Ibu dianjurkan untuk BAK sendiri minimal 2 jam sekali atau bila ibu merasa kandung kemih sudah penuh, Kandung kemih dapat menghalangi penurunan kepala janin ke dalam rongga panggul (Marmi, 2012 : 68). Anjurkan ibu untuk buang air besar jika perlu. Jika ibu ingin buang air besar saat fase aktif, lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa apa yang dirasakan ibu bukan disebabkan oleh tekanan bayi pada rektum (Winkjosastro dkk, 2009 : 338).

c) Aktivitas

Menurut Winkjosastro dkk (2009 : 338) bila kepala janin sebagian sudah masuk pintu atas panggul, serta ketuban belum pecah, tidak ada keberatan wanita tersebut untuk duduk atau berjalan-jalan disekitar kamar bersalin. Apabila kepala janin belum turun dalam pintu atas panggul, sebaiknya wanita tersebut berbaring terlentang, karena bila ketuban belum pecah mungkin

terjadi komplikasi seperti prolaps tali pusat, prolaps tangan, dan sebagainya.

d) Istirahat

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu dapat beristirahat dengan cukup dan tenang setiap harinya atau tidak, karena dapat berpengaruh terhadap kondisi kesehatannya apabila tidak mempunyai cukup waktu untuk beristirahat (Fathma, 2014 : 127). Posisi duduk atau setengah duduk dan berbaring miring ke kiri dapat memberikan rasa nyaman bagi ibu dan memberinya kemudahan untuk beristirahat di antara kontraksi (Marmi, 2011 : 69).

e) Personal hygiene

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

f) Pola kebiasaan

Kebiasaan merokok, minum alkohol, dan kecanduan narkoba dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dan menimbulkan kelahiran

dengan BBLR bahkan dapat menimbulkan cacat bawaan atau kelainan pertumbuhan dan perkembangan mental (Manuaba, 2013 : 122).

8) Psikososial dan spiritual

Sejalan dengan kemajuan persalinan, ibu dapat merasa kurang percaya diri terhadap kemampuan kopingnya menghadapi sifat kontraksi yang sangat kuat yang mengendalikan tubuhnya (Varney, 2007 : 429).

9) Latar belakang social budaya

a) Respon keluarga terhadap kehamilan dan persalinan ini

Adanya respon yang positif dari keluarga terhadap persalinan akan mempercepat proses adaptasi pasien menerima peran dan kondisinya (Sulistyawati, 2010:23).

b) Adat istiadat setempat yang berkaitan dengan masa hamil dan persalinan

Kebiasaan adat yang dianut dalam menghadapi persalinan, selama tidak membahayakan pasien, sebaiknya tetap difasilitasi karena ada efek psikologis yang positif untuk pasien dan keluarganya (Sulistyawati, 2010 : 24).

Menurut Eny (2010 : 50) bapak didahulukan untuk mendapatkan makanan yang bergizi sedangkan bagian

yang tertinggal diberikan kepada ibu, sehingga gizi untuk ibu selama masa hamil kurang, hal tersebut berakibat pada tingginya angka anemia.

b. Data objektif

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

Keadaan umum baik, keadaan emosional stabil, kesadaran composmentis. Pada saat ini diperhatikan pula bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan. Ibu cenderung bersikap lordosis. Apabila ibu berjalan dengan sikap kifosis, skoliosis atau pincang maka kemungkinan ada kelainan panggul (Romauli, 2011 : 172).

b) Tanda-tanda vital

(1) Tekanan darah

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

(2) Suhu

Suhu tubuh normal menurut Kusmiyati (2011 : 56) adalah $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$. Peningkatan suhu menunjukkan proses infeksi atau dehidrasi (Widatiningsih dkk, 2017 : 180). Bila suhu tubuh lebih dari 37°C perlu diwaspadai adanya infeksi (Romauli, 2011 : 173).

(3) Nadi

Denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100 denyut per menit (dpm). Perlu dicurigai adanya hipotiroidisme jika denyut nadi >100 dpm (Marmi, 2011 : 163). Peningkatan denyut nadi dapat menunjukkan infeksi, syok, ansietas, atau dehidrasi *Respiratory Rate* (pernafasan) (Widatiningsih dk, 2017 : 179).

(4) Pernafasan

Pada pernafasan normalnya 16-24 kali per menit. Frekuensi pernafasan hanya mengalami sedikit perubahan pada kehamilan lanjut seperti volume tidal, volume ventilasi per menit dan pengambilan oksigen per menit akan bertambah secara signifikan (Saifuddin, 2009 : 203).

c) Pemeriksaan antropometri

(1) Tinggi Badan (TB)

Diukur dalam cm, tanpa sepatu. Tinggi badan kurang dari 145 cm ada kemungkinan terjadi *Cepalo Pelvic Disproporian (CPD)* (Walyani, 2015 : 86).

(2) Berat Badan (BB)

Penambahan pada trimester III tidak boleh lebih dari 1 kg seminggu. Total penambahan berat badan di akhir kehamilan dengan IMT normal yaitu 11,5 - 16 kg (Widatiningsih dkk, 2017 : 180).

(3) LILA

Standar minimal untuk ukuran lingkaran lengan atas pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika ukuran LILA kurang dari 23,5 cm maka tergolong risiko terhadap kurang energi kronis (KEK) (Widatiningsih dkk, 2017 : 181).

2) Pemeriksaan fisik

a) Rambut

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

menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli, 2011 : 174-175).

b) Kepala

Kulit pucat, dan rambut rapuh dapat mengindikasikan kekurangan nutrisi. Adanya parasit berhubungan dengan kondisi tempat tinggal yang buruk (Walsh, 2012 : 114).

c) Muka

Tampak *kloasma gravidarum* sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, tidak sembab. Bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romauli, 2011 : 174). Edema pada wajah merupakan salah satu gejala preeklamsi (Manuaba, 2010 : 261).

d) Mata

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

e) Hidung

Tidak ada massa, edema mukosa, sekresi (lendir/darah), tidak ditemukan gerak cuping hidung pada pernapasan (Widatiningsih, 2017 : 181).

f) Telinga

Normal tidak ada serumen yang berlebihan dan tidak berbau, bentuk simetris (Romauli, 2011 : 99).

g) Mulut

Bibir simetris, lidah dan mukosa mulut : tidak ada sianosis, stomatitis, caries dentis, ginggivitis, tonsil/faring tidak ada tanda radang (bengkak, kemerahan) (Widatiningsih dkk, 2017 : 181).

h) Gigi

Adanya *caries* atau keropos yang menandakan ibu kekurangan kalsium. Saat hamil sering terjadi *caries* yang berkaitan dengan *emesis* atau *hiperemesis gravidarum* (Romauli, 2011 : 174). Memeriksa gigi saat hamil diperlukan untuk mencari kerusakan gigi yang dapat menjadi sumber infeksi (Manuaba, 2010 : 230). Gusi cenderung berdarah akibat hyperemia pada pertengahan kehamilan (Varney, *et.al*, 2007 : 555).

i) Leher

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

Kelenjar tiroid sedikit membesar selama hamil akibat *hiperplasia* kelenjar dan peningkatan *vaskularitas*. Namun perubahan anatomi ini tidak menyebabkan tiromegali yang signifikan dan setiap pembesaran yang signifikan perlu diteliti (Marmi, 2011 : 164). 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, 2013 : 340).

j) Dada

Simetris, tidak ada retraksi otot interkostal, batuk. Suara nafas vasikuler, tidak ada wheezing, ronchi, stidor. Irama jantung teratur, tidak ditemukan murmur/bising jantung, gallop, tidak ada bunyi jantung tambahan lainnya (Widatiningsih dkk, 2017 : 181).

k) Axilla

Tidak ada nyeri, pembesaran kelenjar limfe (Widatiningsih dkk, 2017 : 181).

l) Payudara

Memeriksa bentuk, ukuran, simetris atau tidak, puting payudara menonjol, datar, atau masuk ke dalam, adakah kolostrum atau cairan lain dari puting susu, pada saat klien mengangkat tangan ke atas kepala, periksa payudara untuk mengetahui adanya retraksi atau dimpling, pada saat klien berbaring lakukan palpasi secara sistematis dari arah payudara dan aksila, kemungkinan terdapat : massa atau pembesaran pembuluh limfe (Hani dkk, 2011 : 92).

m) Abdomen

Bentuk pembesaran perut (perut membesar ke depan atau ke samping, keadaan pusat, tampakkah gerakan anak atau kontraksi rahim), adakah bekas operasi, linea nigra, striae abdomen, ukuran TFU, hitung TBJ, letak, presentasi, posisi, penurunan kepala janin, DJJ dan gerakan janin (Hani dkk, 2011 : 92).

Linea alba pada kehamilan menjadi hitam, dikenal sebagai *linea nigra*. Tidak jarang dijumpai kulit perut

seolah-olah retak, warnanya berubah agak hiperemik dan kebiru-biruan, disebut *striae livida*. Setelah partus, *striae livida* ini berubah warnanya menjadi putih dan disebut *striae albikan* (Winkjosastro dkk, 2009 : 278).

n) Genetalia

Tanda-tanda inpartu pada vagina terdapat pengeluaran pervaginam berupa bloody slym, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka sebagai tanda gejala kala II (Manuaba, 2013 : 184).

Pada primipara labia mayora bersatu, hymen koyak beberapa tempat, vagina sempit dengan rugae utuh, perineum utuh sedangkan pada multipara labia mayora agak terbuka, karunkula himenalis, vagina lebar dengan rugae berkurang dan perineum terdapat luka bekas episiotomi (Manuaba, 2010 : 231).

o) Anus

Perineum mulai menonjol dan anus mulai membuka. Tanda ini akan tampak bila betul-betul kepala sudah di dasar panggul dan mulai membuka pintu (Winkjosastro dkk, 2009 : 46).

p) Ekstremitas

Edema dapat mengidentifikasi penyakit kardiovaskuler. Varises dapat meningkatkan risiko flebitis dalam kehamilan (Varney, 2007 : 115).

Normal bila tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon ditekek, bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungkin tanda preeklamsi. Pasien yang reflek patella negatif kemungkinan mengalami kekurangan vitamin B1 (Romauli, 2011 : 112).

3) Pemeriksaan khusus

a) 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, *et.all*, 2009 : 259).

Cara melakukan Leopold terdiri atas 4 bagian yaitu :

- (1) Leopold I untuk menentukan tuanya kehamilan dan bagian apa yang terdapat dalam fundus.

- (2) Leopold II untuk menentukan letak punggung janin dan letak bagian-bagian kecil janin.
- (3) Leopold III untuk menentukan apa yang terdapat di bagian bawah janin ini sudah terpegang oleh pintu atas panggul.
- (4) Leopold IV untuk menentukan apa yang menjadi bagian bawah dan berapa jauhnya bagian bawah ini masuk ke dalam rongga panggul (Sutanto,2017:147).

b) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Salah satu rumus untuk mengetahui perkiraan berat badan bayi lahir adalah rumus Mc.Donald. Rumus Mc.Donald menggunakan satu metode untuk menaksir berat badan janin dengan pengukuran TFU, yaitu mengukur jarak antara tepi atas symphysis pubis sampai puncak fundus uteri dengan mengikuti lengkungan uterus, memakai pita pengukur (Marliana, 2009 : 35).

Menurut Siswosudarmo dkk (2008 : 67), secara singkat rumus Mc.Donald adalah sebagai :

$$W \text{ (Gram)} = (\text{Tinggi Fundus Uteri} - \text{Station}) \times X$$

Keterangan :

W (*weight*) = Berat janin dalam gram.

Nilai station ditentukan sebagai berikut :

12 : Bila kepala bayi masih di atas atau pada spina ischiadika, atau setinggi spina ischiadika.

11 : Bila kepala bayi di bawah spina ischiadika.

Tabel 2.13
Usia Kehamilan Berdasarkan Tinggi Fundus Uteri

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
28 minggu	1/3 di atas pusat
34 minggu	½ pusat-prosesus xifoideus
36 minggu	Setinggi arcus kostae
40 minggu	Dua jari (4cm) di bawah prosesus xifoideus

Sumber : Manuaba, 2013 : 100.

c) Tafsiran Berat Janin (TBJ)

Menurut Mochtar (2012 : 141), rumus yang digunakan untuk mengukur tafsiran berat janin adalah

Rumus Johnson-Tausak, yaitu :

$$TBJ = (MD-n) \times 155$$

Keterangan :

BB = Berat badan janin

MD = Jarak symphysis fundus uteri

N = 11 jika kepala sudah masuk PAP, 12 jika kepala belum masuk PAP.

d) Penurunan bagian terbawah janin

Menurut Winkjosastro dkk (2009 : 42), penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari (perlimaanan).

e) Auskultasi

Jumlah denyut jantung janin normal antara 120 sampai 140 denyut permenit (Manuaba dkk,2010 : 116). Hasil pemeriksaan secara auskultasi dapat digunakan untuk menghitung DJJ, yaitu perhitungan DJJ dilakukan dengan member interval 5 detik, ialah 5 detik pertama dihitung, kemudian berhenti selama 5 detik, dihitung lagi 5 detik kedua, berhenti, dan dihitung 5 detik ketiga, lalu dijumlahkan dan dikali 4. DJJ dinyatakan teratur jika jarak denyut antara 5 detik pertama, ketiga dan kelima tidak lebih dari 2 denyutan (Marmi, 2011 : 169).

f) His

Pada permulaan his, kala II pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga parturien masih dapat berjalan-jalan. His kala II, His semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik

(Manuaba, 2013 : 185). 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 (Winkjosastro, 2009 : 40).

(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 (Winkjosastro, 2009 : 79).

(3) Kala III

Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (Winkjosastro, 2009 : 99).

(4) Kala IV

Persalinan kala empat dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu (Winkjosastro, 2009 : 99).

4) Pemeriksaan dalam (VT)

Dilakukan untuk mengetahui ukuran panggul dalam ibu dan kemungkinan jalan lahir dapat dilewati oleh janin (Fathma, 2014 : 132). Menurut Winkjosastro (2009 : 43-46), yang perlu dilakukan dalam pemeriksaan dalam adalah:

a) Memeriksa genetalia eksterna, memerhatikan ada tidaknya luka atau massa (benjolan) termasuk kondiloma, varikosis vulva atau rektum, atau luka parut di perineum.

b) Menilai cairan vagina dan menentukan bercak darah, perdarahan pervaginam atau mekonium :

(1) Jika ada perdarahan pervaginam dilarang melakukan pemeriksaan dalam.

(2) Jika ketuban sudah pecah, perhatikan warna dan bau air ketuban. Melihat pewarnaan mekonium, kekentalan dan pemeriksaan DJJ.







(3) Jika mekonium encer dan DJJ normal, meneruskan memantau DJJ dengan seksama menurut petunjuk partograf.

(4) Jika mekonium kental, menilai DJJ dan merujuk.

(5) Jika tercium bau busuk, mungkin telah terjadi infeksi.

- (6) Jika ketuban belum pecah jangan melakukan amniotomi.
- c) Adanya luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya. Hal ini merupakan informasi penting untuk menentukan tindakan pada saat kelahiran bayi.
- d) Menilai pembukaan dan penipisan serviks
- e) Memastikan tali pusat dan/ atau bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba pada saat melakukan periksa dalam.
- f) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian yang masuk ke dalam rongga panggul.
- g) Jika bagian terbawah kepala, memastikan penunjuknya (ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar) dan celah (sutura) sagitalis untuk menilai derajat penyusupan atau tumpang tindih tulang kepala serta menilai ukuran kepala janin dengan ukuran jalan lahir apakah sesuai.

Tabel 2.14
Penurunan Kepala Janin Menurut Sistem Perlimaan

Perlindungan	Hodge	Keterangan
5/5 		Kepala di atas PAP mudah digerakkan
4/5 	HI-HII	Sulit di gerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
3/5 	HII-HIII	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
2/5 	HIII +	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
1/5 	H IV	Kepala di dasar panggul
0/5 	H IV	Di Perineum

Sumber : Marmi, 2016 : 149.

5) Pemeriksaan panggul

Menurut Winkjosastro (2009 : 46-47), dalam pemeriksaan panggul yang perlu diperhatikan adalah ukuran panggul, untuk ukuran perlu diperhatikan hal berikut :

- a) Bila promotorium teraba pada pemeriksaan dalam, berarti ada kesempitan panggul.
- b) Normal linea inominata teraba dalam pemeriksaan dalam, bila teraba sebagian atau keseluruhan berarti ada kesempitan panggul.

- c) Spina ischiadika normal, tidak menonjol ke dalam. Bila menonjol berarti ada kesempitan panggul.
 - d) Keadaan dasar panggul apakah kaku, tebal atau elastis.
- 6) Pemeriksaan penunjang
- a) Pemeriksaan darah

(1) Pemeriksaan Hemoglobin

Periksa Hb pada kunjungan pertama dan pada kehamilan 28 minggu atau lebih sering jika ada tanda-tanda anemia. Hb dibawah 11 gr% pada kehamilan termasuk anemia, dibawah 8 gr% adalah anemia berat (Winkjosastro, 2009 : 30).

(2) Pemeriksaan Golongan Darah

Mengetahui golongan darah ini sebagai persiapan ibu apabila ibu mengalami perdarahan selama persalinan, sehingga tranfusi darah dapat segera dilakukan (Romauli, 2011 : 188).

b) Pemeriksaan urine

Hal lain yang dapat ditemukan pada urinalisis rutin antara lain :

(1) Keton

Akibat pemecahan lemak untuk menyediakan glukosa, disebabkan oleh kurangnya

memenuhi kebutuhan janin yang dapat terjadi akibat muntah, hiperemesis, kelaparan, atau latihan fisik yang berlebihan (Fraser, *et.all*, 2009 : 255).

(2) Glukosa

Karena peningkatan sirkulasi darah, penurunan ambang ginjal atau penyakit (Fraser, *et.all*, 2009 : 255).

(3) Protein

Akibat kontaminasi oleh leukore vagina, atau penyakit seperti infeksi saluran perkemihan atau gangguan hipertensi pada kehamilan (Fraser, *et.all*, 2009 : 255).

2. Analisis Data

Menurut Prawirohardjo (2009 : 109), G...P...umur kehamilan...minggu, aterm, hidup, tunggal, intrauteri, situs, habitus, posisi, presentasi, jalan lahir normal, keadaan ibu dan janin baik, inpartu kala I fase aktif dengan masalah :

- a. Nyeri sehubungan dengan adanya his/kontraksi.
- b. Cemas sehubungan dengan kurangnya pengetahuan ibu.
- c. Prognosa baik.

$G \geq 1 P_0 >$ UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, situs bujur, habitus *fleksi*, puka/puki, preskep, H..., kepala sudah

masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu :

- a. Kala I fase laten dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan (Varney, 2007 : 718).
- b. Kala I fase aktif akselerasi/dilatasi maksimal/deselerasi dengan kemungkinan masalah ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan (Winkjosastro dkk, 2009 : 40).
- c. Kala II dengan kemungkinan masalah :
 - 1) Kekurangan cairan.
 - 2) Infeksi (Winkjosastro dkk, 2009 : 93).
 - 3) Kram tungkai (Varney, 2007 : 722)
- d. Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kepmenkes No.938/Menkes/SK/8/2007 tentang standar asuhan kebidanan).
- e. $P_{\geq 1}$ kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah :
 - 1) Retensio plasenta
 - 2) Avulsi tali pusat
 - 3) Plasenta yang tertahan (Winkjosastro dkk, 2009 : 118).
- f. $P_{\geq 1}$ kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi :
 - 1) Atonia uteri

- 2) Robekan vagina, perineum atau serviks.
- 3) Subinvolusi sehubungan dengan kandung kemih penuh.

(Winkjosastro dkk, 2009 : 118).

3. Perencanaan

a. Diagnosa

G_{≥1}P₀> UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, situs bujur, habitus *fleksi*, puka/puki, preskep, H_{I-IV}, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/aktif (akselerasi/dilatasi maksimal/deselerasi)/kala II/kala III/kala IV KU ibu dan janin baik, dengan kemungkinan masalah adalah cemas, kurangnya pengetahuan mengenai kemajuan persalinan, kurangnya volume cairan tubuh sehubungan dengan penurunan asupan, gangguan mobilisasi fisik, resiko cedera (ibu dan janin), nyeri karena kontraksi rahim, gangguan pertukaran gas, resiko kerusakan janin, perubahan eliminasi urine, kelelahan.

1) Tujuan : Tidak terjadi komplikasi selama persalinan, ibu dan bayi sehat.

2) Kriteria :

- a) KU ibu baik, kesadaran komposmentis.
- b) TTV dalam batas normal.

TD : 100/60-130/90 mmHg.

N : 76-100 x/menit.

S : 36,5°C-37,5°C.

RR : 16-24 x/menit.

c) His minimal 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik.

d) Lama persalinan pada primigravida adalah 14-15 jam dan pada multigravida adalah 11-12 jam.

e) Pembukaan berlangsung normal, yaitu multi 2 cm/jam dan primi 1 cm/jam.

f) KU janin baik :

DJJ = 120-160 x/menit.

g) Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif.

h) Plasenta lahir spontan, lengkap.

3) Intervensi :

a) **Kala I**

(1) Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan meliputi kemajuan persalinan, keadaan ibu dan janin.

R/ Wanita yang menghadapi proses persalinan menginginkan dan memerlukan informasi

tentang kemajuan persalinan mereka (Varney *et.all*, 2007 : 117).

(2) Jelaskan pada ibu tentang proses persalinan.

R/ Wanita yang menghadapi proses persalinan menginginkan dan memerlukan informasi tentang kemajuan persalinan mereka (Varney *et.all*, 2007 : 117).

(3) Anjurkan ibu untuk melakukan teknik relaksasi saat ada his dengan mengambil napas dalam dari hidung dan mengeluarkannya dari mulut.

R/ Teknik relaksasi dapat meningkatkan relaksasi dan berfungsi membersihkan jalan napas dengan menghilangkan kemungkinan hiperventilasi (Varney *et.all*, 2007 : 118).

(4) Observasi kemajuan persalinan ibu dengan partograf.

R/ Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik (JNPK-KR, 2008 : 55).

Tabel 2.15
Pemantauan Pada Kala I

Parameter	Fase Laten	Fase Aktif
Tekanan darah	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Suhu badan	Setiap 4 jam	Setiap 2 jam
DJJ	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Kontraksi	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Pembukaan serviks	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Penurunan	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Nadi	Setiap 30-60 menit	Setiap 30-60 menit

Sumber : Marmi, 2016 : 162.

- (5) Anjurkan ibu untuk mendapatkan posisi yang nyaman dalam persalinan, anjurkan untuk tidak berbaring terlentang.

R/ Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya (janin, cairan ketuban, plasenta, dll) menekan vena cava inferior ibu. Hal ini akan mengurangi pasokan oksigen melalui sirkulasi uteroplasenter sehingga akan menyebabkan hipoksia pada bayi (Winkjosastro, 2009 : 358).

- (6) Dukung dan anjurkan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama persalinan dan proses kelahiran bayinya.

R/ Hasil persalinan yang baik ternyata erat hubungannya dengan dukungan dari keluarga

yang mendampingi ibu selama proses persalinan
(Wiknjosastro dkk, 2009 : 81).

- (7) Beri asupan nutrisi pada ibu dengan memberi ibu makanan dan minuman.

R/ Ibu bersalin mudah sekali mengalami dehidrasi selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Cukupnya asupan cairan dapat mencegah ibu mengalami hal tersebut (JNPK-KR, 2008 : 77).

- (8) Anjurkan ibu untuk BAB maupun BAK jika terasa.

R/ Kandung kemih yang penuh mengganggu penurunan kepala bayi (JNPK-KR, 2008 : 78).

- (9) Jaga privasi ibu dengan menutup pintu, jendela, serta kelambu tempat persalinan.

R/ Menjaga privasi dan mencegah pajanan merupakan upaya untuk menghormati martabat wanita (Varney *et.all*, 2007 : 119).

- (10) Jaga kebersihan dan kondisi tetap kering.

R/ Kebersihan dan kondisi kering meningkatkan kenyamanan dan relaksasi serta menurunkan resiko infeksi (Varney, 2007 : 119).

(11) Lakukan pemeriksaan dalam setiap 4 jam sekali atau sewaktu-waktu bila ada indikasi seperti ketuban pecah dan adanya tanda-tanda kala II.

R/ Pada kala I persalinan kemungkinan terjadi inersia uteri, tetania uteri, inkoordinasi otot rahim, dan adanya tumor pada jalan lahir (Manuaba, 2013 : 371).

(12) Gunakan teknik sentuhan fisik.

R/ Sentuhan yang diberikan pada wanita (misalnya pada tungkai, kepala, dan lengan) tanpa ada tujuan lain dapat mengekspresikan kepedulian, member kenyamanan, dan pengertian serta dapat menentramkan, menenangkan, menghilangkan kesepian, dan sebagainya (Varney, 2007 : 722).

(13) Berikan usapan pada punggung maupun abdomen.

R/ Usapan pada punggung dengan pemberian tekanan eksternal pada tulang belakang (lumbal) menghilangkan tekanan internal pada tulang belakang (lumbal) oleh kepala janin sehingga mengurangi nyeri. Usapan pada perut dapat meningkatkan kenyamanan dan merupakan

ekspresi kepedulian terhadap wanita (Varney, 2007 : 720).

b) Kala II

(1) Mengenali tanda dan gejala kala II.

R/ Tanda dan gejala kala dua persalinan adalah ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rectum dan/atau vaginanya, perineum menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani membuka, meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah (JNPK-KR, 2008 : 75).

(2) Menyiapkan pertolongan persalinan.

R/ Salah satu persiapan penting bagi penolong adalah memastikan penerapan prinsip dan praktik pencegahan infeksi (PI) yang dianjurkan, termasuk cuci tangan, memakai sarung tangan dan perlengkapan pelindung pribadi (JNPK-KR, 2008 : 76).

(3) Pakai celemek plastik.

R/ Memakai sarung tangan, mengenakan perlengkapan pelindung pribadi (kaca mata, masker, celemek, dll) dapat melindungi

penolong terhadap percikan yang dapat mengkontaminasi dan menyebarkan penyakit (JNPK-KR, 2008 : 76).

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

R/ Cuci tangan merupakan upaya yang paling penting untuk mencegah kontaminasi silang (Saifuddin, 2010 : U-14).

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

R/ Penggunaan sarung tangan merupakan tindakan kewaspadaan universal untuk melindungi dari setiap cairan atau rabas yang mungkin atau pathogen yang menular melalui darah (Varney, 2007 : 140).

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

R/ Semua perlengkapan dan bahan-bahan dalam partus set harus dalam keadaan desinfeksi tingkat tinggi atau steril (Wiknjosastro dkk, 2009 : 80).

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

(R/ Membersihkan vulva dan perineum dengan air DTT digunakan sebagai pencegahan infeksi dan menjaga kebersihan ibu (Ambarwati, 2010 : 54).

(8) Memastikan pembukaan lengkap, keadaan janin baik.

R/ Pemeriksaan dalam digunakan untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan menentukan tindakan selanjutnya (Wiknjosastro dkk, 2009 : 83).

(9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%. Kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam

larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.

R/ Dekontaminasi membuat benda-benda lebih aman ditangani dan dibersihkan oleh petugas.

Cuci tangan penting untuk pencegahan infeksi (Wiknjosastro dkk, 2009 : 18-20).

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

R/ Gangguan kondisi kesehatan janin dicerminkan dari DJJ yang kurang dari 100 atau lebih dari 160 per menit (JNPK-KR, 2008 : 41).

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

R/ Posisi duduk atau setengah duduk dapat memberikan rasa nyaman bagi ibu dan memberikan kemudahan baginya untuk beristirahat di antara kontraksi (JNPK-KR, 2008 : 80).

(12) Meminta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).

R/ Hasil persalinan yang baik ternyata erat hubungannya dengan dukungan dari keluarga yang mendampingi ibu selama proses persalinan (JNPK-KR, 2008 : 77).

(13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat meneran. Segera rujuk bila bayi belum atau tidak segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (multigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (primigravida).

R/ Meneran secara berlebihan menyebabkan ibu sulit bernapas sehingga terjadi kelelahan yang tidak perlu dan meningkatkan risiko asfiksia pada bayi sebagai akibat turunnya pasokan oksigen melalui plasenta (JNPK-KR, 2008 : 77).

(14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum

merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.

R/ Posisi jongkok dapat membantu mempercepat kemajuan persalinan kala dua dan mengurangi rasa nyeri yang hebat (Hidayati, 2010 : 82).

(15) Persiapkan pertolongan kelahiran bayi.

R/ Ketidakmampuan untuk menyediakan semua perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obat esensial pada saat diperlukan akan meningkatkan risiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi baru lahir sehingga keadaan ini dapat membahayakan keselamatan jiwa mereka (Wiknjosastro dkk, 2009 : 53).

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

R/ Persiapan untuk mencegah terjadinya kehilangan panas tubuh yang berlebihan pada bayi baru lahir harus dimulai sebelum kelahiran bayi (JNPK-KR, 2008 : 77).

(17) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.

R/ Kain kering yang dilipat 1/3 bagian dipersiapkan untuk mengusap muka bayi setelah lahirnya kepala (Wiknjosastro dkk, 2009 : 89).

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

R/ Ketidakmampuan untuk menyediakan semua perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obat esensial pada saat diperlukan akan meningkatkan risiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi baru lahir sehingga keadaan ini dapat membahayakan keselamatan jiwa mereka (Wiknjosastro dkk, 2009 : 53).

(19) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

R/ Penggunaan sarung tangan merupakan tindakan kewaspadaan universal untuk melindungi dari setiap cairan atau rabas yang mungkin atau patogen yang menular melalui darah (Varney, 2007 : 117).

(20) Persiapkan pertolongan kelahiran.

R/ Salah satu persiapan penting bagi penolong adalah memastikan penerapan prinsip dan praktik pencegahan infeksi (PI) yang

dianjurkan, termasuk cuci tangan, memakai sarung tangan dan perlengkapan pelindung pribadi (JNPK-KR, 2008 : 76).

Kelahiran kepala :

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

R/ Melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya kepala bayi secara bertahap dan hati-hati dapat mengurangi regangan berlebihan (robekan) pada vagina dan perineum (JNPK-KR, 2008 : 85).

(22) 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/ Prasad ini digunakan untuk mengetahui apakah tali pusat ada disekeliling leher bayi dan jika memang demikian, untuk menilai seberapa ketat tali pusat sebagai dasar untuk memutuskan cara mengatasi situasi tersebut (Varney, 2007 : 1146).

- (23) Tunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar, pegang secara spontan.

R/ Pengamatan yang cermat dapat mencegah setiap gangguan, memberi waktu untuk bahu *berotasi internal* ke arah diameter *anteroposterior* pintu bawah panggul (Varney, 2007 : 1147).

Lahirnya bahu :

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

R/ Penempatan tangan ini dirancang untuk mencegah memegang bayi dibawah mandibula atau di sekeliling leher untuk melahirkan bahu dan badan bayi (Varney, 2007 : 1153).

Lahirnya badan dan tungkai :

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

R/ Tangan ini mutlak penting untuk mengontrol lengan atas, siku, dan tangan bahu belakang saat bagian-bagian ini dilahirkan karena jika tidak tangan atau siku dapat menggelincir keluar dan menimbulkan laserasi perineum (Varney, 2007 : 1148).

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

R/ Tindakan ini memungkinkan anda menahan bayi sehingga anda dapat mengontrol kelahiran badan bayi yang tersisa dan menempatkan bayi aman dalam rengkuhan tangan anda tanpa ada kemungkinan tergelincir melewati badan atau tangan atau jari-jari anda (Varney, 2007 : 1148).

(27) Lakukan penilaian bayi baru lahir dengan 2 pertanyaan, yaitu :

- (a) Apakah bayi menangis kuat dan atau bernapas tanpa kesulitan?
- (b) Apakah bayi bergerak dengan aktif?
- (c) Jika bayi tidak menangis, tidak bernapas megap-megap, lakukan langkah resusitasi (lanjut ke langkah resusitasi pada asfiksia bayi baru lahir).

R/ Proses penilaian sebagai dasar pengambilan keputusan bukanlah suatu proses sesaat yang dilakukan satu kali. Penilaian ini menjadi dasar keputusan apakah bayi perlu resusitasi (Wiknjosastro dkk, 2009 : 152).

(28) Keringkan tubuh bayi.

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

R/ Bayi dengan hipotermia, sangat berisiko tinggi untuk mengalami kesakitan berat atau bahkan kematian (JNPK-KR, 2008 : 96).

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

R/ Oksitosin menyebabkan uterus berkontraksi yang akan sangat menurun pasokan oksigen pada bayi. Hati-hati jangan menekan kuat pada korpus uteri karena dapat terjadi kontraksi tetanik yang akan menyulitkan pengeluaran plasenta (Marmi, 2016 : 262).

(30) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.

R/ Wanita yang menghadapi proses persalinan menginginkan dan memerlukan informasi tentang kemajuan persalinan mereka (Varney, 2007 : 117).

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

R/ Oksitosin merangsang fundus uteri untuk berkontraksi dengan kuat dan efektif sehingga dapat membantu pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah. Aspirasi sebelum penyuntikan oksitosin ke pembuluh darah (Marmi, 2016 : 262).

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

R/ Memberi cukup waktu bagi tali pusat mengalirkan darah kaya zat besi bagi bayi (Wiknjosastro dkk, 2008 : 126).

(33) Pemotongan dan pengikatan tali pusat.

R/ Memberi cukup waktu bagi tali pusat mengalirkan darah kaya zat besi bagi bayi (Wiknjosastro dkk, 2009 : 126).

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

R/ Meletakkan bayi di atas abdomen ibu, memungkinkan ibu segera kontak dengan bayinya, menyebabkan uterus berkontraksi, dan mempertahankan bayi bebas dari cairan yang saat ini terakumulasi di meja atau tempat tidur di area antara kaki ibu (Varney, 2007 : 1154).

(35) Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.

R/ Bagian kepala bayi memiliki luas permukaan yang relatif luas dan bayi akan dengan cepat kehilangan panas jika bagian tersebut tidak tertutup (Wiknjosastro dkk, 2009 : 129).

c) Kala III

(36) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva

R/ Memegang tali pusat lebih dekat ke vulva akan mencegah avulsi (Marmi, 2016 : 263).

(37) Letakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi, tangan lain menegangkan tali pusat.

R/ Tindakan ini dilakukan untuk mendeteksi tanda-tanda pelepasan plasenta meliputi uterus mengalami perubahan bentuk dan tinggi, fundus berada di atas pusat, dan tali pusat memenjangan (Wiknjosastro dkk, 2009 : 100).

(38) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inverse uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya, dan ulangi prosedur di atas.

R/ Melahirkan plasenta dengan teknik dorso kranial dapat mencegah terjadinya inversio uteri (Wiknjosastro dkk, 2009 : 102).

Mengeluarkan plasenta :

(39) Lakukan penegangan 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).

R/ Segera melepaskan plasenta yang telah terpisah dari dinding uterus akan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu (Marmi, 2016 : 263).

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

R/ Melahirkan plasenta dan selaputnya dengan hati-hati akan membantu mencegah tertinggalnya selaput ketuban di jalan lahir (Marmi,2016:264).

Rangsangan taktil (message uterus)

(41) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan message uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan message dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi

(fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik.

R/ Tindakan masase fundus uteri dilakukan agar uterus berkontraksi. Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 15 detik lakukan penatalaksanaan atonia uteri (Wiknjastro,2009:106).

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

R/ Inspeksi plasenta, ketuban, dan tali pusat bertujuan untuk mendiagnosis normalitas plasenta, perlekatan, dan tali pusat untuk skrining kondisi yang tidak normal dan untuk memastikan apakah plasenta dan membran telah dilahirkan seluruhnya (Varney, 2007 : 1162).

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

R/ Penjahitan digunakan untuk mendekatkan kembali jaringan tubuh dan mencegah kehilangan darah (Hidayati, 2012 : 99).

d) Kala IV

Menilai perdarahan.

Melakukan prosedur pasca salin.

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

R/ Jika uterus tidak berkontraksi dengan segera setelah kelahiran plasenta, maka ibu dapat mengalami perdarahan sekitar 350-500 cc/menit dari bekas tempat melekatnya plasenta (Wiknjosastro dkk, 2009 : 107).

(45) Biarkan bayi melakukan kontak kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam atau lakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD).

R/ Merangsang produksi oksitosin dan prolaktin pada ibu. kolostrum adalah imunisasi pertama bagi bayi (Wiknjosastro dkk, 2009 : 131).

(46) Lakukan pemeriksaan fisik bayi.

R/ Dari hasil pemeriksaan, bidan memastikan tingkat kesejahteraan bayi baru lahir dan mengidentifikasi masalah yang mungkin terjadi dan masalah yang sedang terjadi (Varney, 2008 : 915).

(47) Setelah 1 jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis dan vitamin K₁ berikan suntikan Hepatitis B di paha kanan anterolateral.

R/ Vitamin K₁ injeksi 1 mg intramuskuler untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian BBL. Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi (Winkjosastro dkk, 2009 : 140).

(48) Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.

(a) 2-3x dalam 15 menit pertama pasca persalinan.

(b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan. Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.

R/ Kontraksi uterus yang baik dapat mengurangi dan mencegah terjadinya perdarahan pervaginam.

(49) Ajarkan ibu dan keluarga cara massage uterus dan menilai kontraksi.

R/ Jika ibu dan keluarga mengetahui cara melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi maka

ibu dan keluarga mamppu untuk segera mengetahui jika uterus tidak berkontraksi dengan baik (Winkjosastro dkk, 2009 : 107).

(50) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

R/ Memperkirakan kehilangan darah hanyalah salah satu cara untuk menilai kondisi ibu (Winkjosastro dkk, 2009 : 115).

(51) Memeriksa keadaan ibu dan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama post partum dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua postpartum.

R/ Monitor tekanan darah dan nadi penting selama kala IV untuk mendeteksi adanya syok diakibatkan oleh adanya kehilangan darah (Hidayati, 2010 : 94).

(52) Periksa kembali bayi untuk memastikan bayi bernapas dengan baik (40-60 x/menit) serta suhu tubuh normal ($36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$).

R/ Mekanisme pengaturan temperatur tubuh pada BBL belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh maka BBL dapat mengalami hipotermia (Winkjosastro, 2009:127).

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

R/ Mencuci dan membilas adalah tindakan-tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua cemaran darah, cairan tubuh atau benda asing dari kulit atau instrumen/peralatan (Winkjosastro dkk, 2009 : 17).

(54) Buang bahan-bahan terkontaminasi di tempat sampah yang sesuai.

R/ Jika tidak dikelola dengan benar, sampah terkontaminasi berpotensi untuk menginfeksi siapapun yang melakukan kontak atau menangani sampah tersebut termasuk anggota masyarakat (Winkjosastro dkk, 2009 : 31).

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

R/ Kebersihan dan kondisi kering meningkatkan kenyamanan dan relaksasi serta menurunkan resiko infeksi (Varney, 2007 : 719).

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

R/ Pemberian ASI secara dini bisa merangsang produksi ASI, memperkuat reflek menghisap bayi (Winkjosastro dkk, 2009 : 132).

(57) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.

R/ Dekontaminasi adalah langkah penting pertama untuk menangani peralatan, perlengkapan, sarung tangan dan benda-benda lainnya yang terkontaminasi (JNPK-KR, 2008 : 22).

(58) Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

R/ Prosedur ini dengan cepat mematikan virus Hepatitis B dan HIV (JNPK-KR, 2008 : 22).

(59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

R/ Cuci tangan merupakan upaya yang paling penting untuk mencegah kontaminasi silang (Saifuddin, 2010 : U-14).

Dokumentasi

(60) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan kala IV.

R/ Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik (JNPK-KR,2008:55).

b. Potensial masalah

1) Masalah dalam Kala I

a) Cemas menghadapi proses persalinan

Tujuan : Kecemasan ibu terhadap proses persalinan berkurang.

Kriteria : Ibu merasa nyaman dan tenang.

Intervensi menurut Marmi (2011 : 122) sebagai berikut :

(1) Hadirkan orang terdekat ibu

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

(2) Berikan sentuhan fisik misalnya pada tungkai, kepala, dan lengan.

R/ Sentuhan yang diberikan pada wanita (misalnya pada tungkai, kepala, dan lengan) tanpa ada tujuan lain dapat mengekspresikan kepedulian, member kenyamanan, dan pengertian serta

dapat menentramkan, menenangkan, menghilangkan kesepian, dan sebagainya.

(3) Berikan usapan punggung dan perut.

R/ Usapan pada punggung dengan pemberian tekanan eksternal pada tulang belakang (lumbal) sehingga mengurangi nyeri. Usapan pada perut dapat meningkatkan kenyamanan dan merupakan ekspresi kepedulian terhadap wanita.

(4) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang akan dilakukan.

R/ Rencana asuhan harus dijelaskan dengan baik kepada ibu dan keluarganya agar mereka mengerti manfaat yang diharapkan

b) Nyeri punggung bawah

Tujuan : Ibu merasa nyaman terhadap proses persalinan.

Kriteria : 1. Nyeri punggung berkurang.
2. Ibu merasa tenang.

Intervensi menurut Winkjosastro dkk (2009 : 363) sebagai berikut :

(1) Hadirkan orang terdekat ibu

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

- (2) Berikan sentuhan fisik misalnya pada tungkai, kepala, dan lengan.

R/ Sentuhan yang diberikan pada wanita (misalnya pada tungkai, kepala, dan lengan) tanpa ada tujuan lain dapat mengekspresikan kepedulian, member kenyamanan, dan pengertian serta dapat menenangkan, menenangkan.

- (3) Berikan usapan punggung.

R/ Usapan pada punggung dengan pemberian tekanan eksternal pada tulang belakang (lumbal) menghilangkan tekanan internal pada tulang belakang (lumbal) oleh kepala janin sehingga mengurangi nyeri.

- (4) Pengipasan atau penggunaan handuk sebagai kipas.

R/ Ibu bersalin menghasilkan suhu panas sehingga banyak mengeluarkan keringat.

- (5) Jika pembukaan belum lengkap, anjurkan ibu untuk mengambil posisi merangkak

R/ Posisi merangkak seringkali membantu ibu mengurangi nyeri punggung saat persalinan.

(6) Pemberian kompres panas pada punggung.

R/ Kompres panas akan meningkatkan sirkulasi di punggung sehingga memperbaiki anoreksia jaringan yang disebabkan oleh tekanan.

c) Nyeri menghadapi persalinan

Tujuan : Mengurangi rasa nyeri saat persalinan.

Kriteria : Nyeri yang dialami ibu Nampak berkurang.

Intervensi menurut Winkjosastro dkk (2009 : 150) sebagai berikut :

(1) Jelaskan fisiologi persalinan kepada ibu.

R/ Penjelasan fisiologi persalinan dapat menambah pengetahuan ibu dan mempermudah bidan melakukan pendekatan dan tindakan.

(2) Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada ibu.

R/ Wanita yang menghadapi proses persalinan menginginkan dan memerlukan informasi tentang kemajuan persalinan mereka.

(3) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang akan dilakukan.

R/ Rencana asuhan harus dijelaskan dengan baik kepada ibu dan keluarganya agar mereka mengerti manfaat yang diharapkan

2) Masalah dalam Kala II

a) Infeksi

Tujuan : Tidak terjadi infeksi.

Kriteria : Tanda-tanda vital

1. KU baik.
2. Nadi dalam batas normal (76-100 x/menit).
3. Suhu 36,5°C-37,5°C.
4. Cairan ketuban/cairan vagina tidak berbau.

Intervensi menurut Saifuddin (2011 : 278) sebagai berikut :

(1) Baringkan miring ke kiri

R/ Posisi berbaring miring ke kiri memudahkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi jika ia mengalami kelelahan dan juga dapat mengurangi risiko terjadinya laserasi perineum.

(2) Pasang infus menggunakan jarum dengan diameter besar ukuran 16/18G dan berikan RL atau NS 125 ml/jam.

R/ Jarum berdiameter besar memungkinkan pemberian cairan IV secara cepat dan dapat dipakai untuk transfusi darah (jika perlu). Oksitosin secara IV cepat merangsang kontraksi uterus. Ringer Laktat diberikan untuk restorasi volume cairan yang hilang selama perdarahan.

(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 bakteri.

(4) Segera rujuk ke fasilitas kesehatan yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetri.

R/ Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas kesehatan atau yang memiliki sarana lebih lengkap diharapkan mampu menyelamatkan jiwa ibu dan BBL.

b) Kekurangan cairan

Tujuan : Tidak terjadi dehidrasi.

Kriteria : Nadi 76-100 x/menit

Intervensi menurut Yeyeh (2009 : 120) sebagai berikut:

(1) Anjurkan ibu untuk minum

R/ Ibu bersalin mudah sekali mengalami dehidrasi selama proses persalinan dan kelahiran bayi.

(2) Jika dalam 1 jam dehidrasi tidak teratasi, pasang infus menggunakan jarum dengan diameter 16/18G dan berikan RL ata NS 125 cc/jam.

R/ Jarum berdiameter besar memungkinkan pemberian cairan IV secara cepat dan dapat dipakai untuk transfusi darah (jika perlu). Oksitosin secara IV cepat merangsang kontraksi uterus.

(3) Segera rujuk ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetric dan bayi baru lahir.

R/ Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas kesehatan atau yang memiliki sarana lebih lengkap diharapkan mampu menyelamatkan jiwa ibu dan BBL.

c) Kram tungkai

Tujuan : Tidak terjadi kram tungkai.

Kriteria : Sirkulasi darah lancar.

Intervensi menurut Varney (2007 : 722) sebagai berikut:

(1) Luruskan tungkai ibu inpartu.

R/ Meluruskan tungkai dapat melancarkan peredaran darah ke ekstremitas bawah.

(2) Atur posisi dorsofleksi.

R/ Relaksasi yang dilakukan secara bergantian dengan dorsofleksi kaki dapat mempercepat peredaran nyeri.

(3) Jangan lakukan pemijatan pada tungkai.

R/ Tungkai wanita tidak boleh dipijat karena ada resiko trombo tanpa sengaja terlepas.

d) Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kemenkes No.938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan).

Tujuan : dapat melewati masa transisi dengan baik.

Kriteria : 1. Bayi menangis kuat

2. bayi bergerak aktif

Intervensi menurut Kemenkes No.938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan) sebagai berikut :

(1) Observasi tanda-tanda vital dan tangisan bayi.

R/ Mengidentifikasi masalah yang mungkin terjadi dan masalah yang sedang terjadi.

(2) Jaga suhu bayi tetap hangat.

R/ Bayi dengan hipotermia, sangat berisiko tinggi untuk mengalami kesakitan bahkan kematian.

(3) *Bounding attachment* dan lakukan IMD

R/ Pelukan ibu pada tubuh bayi dapat menjaga kehangatan tubuh dan mencegah kehilangan panas.

(4) Berikan vitamin K1 secara IM sebanyak 0,5mg.

R/ Vitamin K₁ injeksi 1 mg intramuskuler untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian BBL.

(5) Berikan salep mata.

R/ Tetes mata untuk pencegahan infeksi mata dapat diberikan setelah ibu atau keluarga memomong bayi dan diberi ASI.

3) Masalah dalam Kala III

a) Retensio plasenta

Tujuan : Plasenta dapat dikeluarkan secara lengkap.

Kriteria : Tidak ada sisa plasenta yang tertinggal.

Intervensi menurut Marmi (2016 : 262) sebagai berikut :

(1) Periksa tanda-tanda vital ibu

R/ Pengawasan ini juga dilakukan secara ketat untuk mengetahui keadaan umum ibu dan tanda-tanda yang patologis (misalnya syok).

(2) Periksa kandung kemih ibu.

R/ Kandung kemih yang penuh akan mempengaruhi kontraksi uterus yang juga dapat menyebabkan perdarahan.

(3) Plasenta masih di dalam uterus selama 30 menit dan terjadi perdarahan berat, pasang infuse menggunakan jarum besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan RL atau NS dengan 20 unit oksitosin.

(a) Coba lakukan plasenta manual dan lakukan penanganan lebih lanjut.

(b) Bila tidak memenuhi syarat plasenta manual di tempat atau tidak kompeten maka segera

rujuk ibu ke fasilitas terdekat dengan fasilitas kegawatdaruratan obstetri.

R/ Jarum berdiameter besar memungkinkan pemberian cairan IV secara cepat dan dapat dipakai untuk transfusi darah (jika perlu). Oksitosin secara IV cepat merangsang kontraksi uterus.

(4) Dampingi ibu ketempat rujukan.

R/ Dengan pendampingan bidan ke tempat rujukan dapat mengantisipasi kemungkinan hal yang tidak diinginkan saat di perjalanan.

(5) Tawarkan bantuan walaupun ibu telah dirujuk dan mendapat pertolongan dengan fasilitas kesehatan rujukan.

R/ Penawaran bantuan akan meringankan beban ibu dan anggota keluarga pada saat yang mendesak.

b) Avulsi tali pusat

Tujuan : Avulsi tidak terjadi, plasenta lahir lengkap.

Kriteria : Tali pusat utuh.

Intervensi menurut Saifuddin (2009 : 278) sebagai berikut :

(1) Palpasi uterus untuk melihat kontraksi, minta ibu meneran pada setiap kontraksi.

R/ Mencegah kehilangan darah yang tidak perlu.

(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.

R/ Melahirkan plasenta dengan teknik dorso kranial dapat mencegah terjadinya inversio uteri.

(3) Setelah plasenta lahir, lakukan massage pada uterus dan periksa plasenta.

R/ Massage dilakukan segera setelah plasenta dan selaputnya dikeluarkan agar menimbulkan kontraksi.

(4) Jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit, tangani sebagai retensio plasenta.

R/ Penanganan yang tepat dan cepat dapat menyelamatkan jiwa ibu.

4) Masalah dalam Kala IV

a) Robekan vagina, perineum atau serviks

Tujuan : Robekan vagina, perineum atau serviks dapat teratasi

- Kriteria : 1. Vagina, perineum atau serviks dapat terjahit dengan baik
2. Perdarahan <500 cc.

Intervensi menurut Kamariyah (2014 : 143) sebagai berikut :

- (1) Lakukan pemeriksaan dengan hati-hati untuk memastikan laserasi yang timbul.

R/ Pemerisaan dengan hati-hati dan seksama dapat memastian dengan tepat lokasi laserasi.

- (2) Jika terjadi laserasi derajat satu dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat dua lakukan penjahitan.

R/ Penjahitan digunakan untuk mendekatkan kembali jaringan tubuh dan mencegah kehilangan darah.

- (3) Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks :

- (a) Pasang infuse dengan menggunakan jarum besar (ukuran 16 dan 18) dan berikan RL atau NS. Pasang tampon untuk mengurangi darah yang keluar.

(b) Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawat darurat obstetri. Dampingi ibu ke tempat rujukan.

R/ Jarum berdiameter besar memungkinkan pemberian cairan IV secara cepat dan dapat dipakai untuk transfusi darah (jika perlu).

b) Atonia uteri

Tujuan : Atonia uteri dapat teratasi.

Kriteria : 1. Kontraksi uterus baik, keras dan bundar.
2. Perdarahan <500 cc.

Intervensi menurut JNPK-KR (2008 : 133) sebagai berikut :

(1) Segera lakukan Kompresi Bimanual Interna (KBI) selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang.

R/ Atonia uteri seringkali bisa diatasi dengan KBI, jika KBI tidak berhasil dalam waktu 5 menit diperlukan tindakan-tindakan lain.

(2) Jika kompresi uterus tidak berkontraksi dan perdarahan terus keluar, ajarkan keluarga untuk melakukan Kompresi Bimanual Eksternal. Berikan suntikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol

600-1000 mcg per rectal dan gunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16-18), pasang infuse yang mengandung 20 unit oksitosin.

R/ Jarum berdiameter besar memungkinkan pemberian cairan IV secara cepat dan dapat dipakai untuk transfusi darah (jika perlu). Oksitosin secara IV cepat merangsang kontraksi uterus.

(3) Jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar ulangi KBI.

R/ KBI dengan ergometrin dan oksitosin akan membantu uterus berkontraksi.

(4) Jika uterus tidak berkontraksi selama 1-2 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan tindakan operasi dan tranfusi darah.

R/ Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu diharapkan mampu menyelamatkan jiwa ibu dan BBL.

(5) Dampingi ibu selama merujuk, lanjutkan tindakan KBI dan infuse cairan hingga ibu tiba ditempat rujukan.

R/ Memantau dan mencegah terjadi hal yang tidak diinginkan.

4. Pelaksana Tindakan

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2007 : 6).

5. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melakukan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi harus segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan/keluarga (Kepmenkes RI, 2007 : 7).

6. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI (2007 : 7), 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 : Data subyektif, mencatat hasil anamnesa.

O : Data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A : Hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P: Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan.

2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas

4. Pengkajian Data

a. Data subjektif

1) Identitas

a) Nama

Digunakan untuk membedakan antar klien yang satu dengan yang lain (Marmi, 2017 : 179).

b) Usia

Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap.

Sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentan sekali untuk terjadi perdarahan dalam masa nifas (Ambarwati, 2008: 131).

c) Penanggung jawab

Untuk mengetahui siapa yang bertanggung jawab terhadap klien, sehingga bila sewaktu-waktu dibutuhkan bantuannya dapat segera ditemui (Sulistiyawati, 2009 : 120).

d) Agama

Untuk menentukan bagaimana kita memberikan dukungan kepada ibu selama memberikan asuhan (Marmi, 2016 : 179).

e) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Marmi, 2011 : 287).

f) Pekerjaan

Gunanya untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien (Ambarwati, 2010 : 276).

g) Alamat

Alamat ditanyakan untuk : a) Mengetahui dimana ibu menetap, b) Mencegah kekeliruan, bila ada nama yang sama, c) Memudahkan menghubungi keluarga, dan

d) Dijadikan petunjuk pada waktu kunjungan rumah
(Marmi, 2011 : 120).

2) Keluhan utama

a) Nyeri setelah lahir (after pain)

Nyeri yang lebih berat pada paritas tinggi adalah penurunan tonus otot uterus, menyebabkan relaksasi intermitten (sebentar-sebentar). Nyeri setelah lahir akan hilang jika uterus tetap berkontraksi dengan baik, yang memerlukan kandung kemih kosong (Varney,2007:974).

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 (Varney,2007:975).

c) Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi, dan stasis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ke 3 *pascapartum* baik pada ibu menyusui

maupun tidak menyusui, dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam. Nyeri tekan payudara dapat menjadi nyeri hebat terutama jika bayi mengalami kesulitan dalam menyusui (Varney, 2007 : 975).

d) Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut. Sebelum tindakan dilakukan, penting untuk memeriksa perineum untuk menyingkirkan kemungkinan adanya komplikasi, seperti hematoma (Varney, 2007 : 975).

e) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum derajat tiga atau empat (Varney, 2007: 975).

f) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari, jika terjadi selama kehamilan, hemoroid menjadi trauma dan menjadi edema selama wanita mendorong bayi pada

kala II persalinan karena tekanan bayi dan distensi saat melahirkan (Varney, 2007 : 975).

1) Riwayat kebidanan

a) Riwayat menstruasi

Sebagian besar menstruasi kembali setelah 4 sampai 6 bulan. Dalam waktu 3 bulan belum menstruasi, dapat menjamin bertindak sebagai kontrasepsi (Manuaba, 2013 : 203). Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum mendapatkan lagi haidnya selama meneteki (Saifuddin, 2014 : 129).

b) Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

Terdapat pengeluaran lochea rubra sampai hari ketiga berwarna merah. Lochea serosa hari keempat sampai kesembilan warna kecoklatan. Lochea alba hari kesepuluh sampai kelimabelas warna putih dan kekuningan. Ibu dengan riwayat pengeluaran lochea purulenta, lochea stasis, infeksi uterin, rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus. Dan ibu meneteki kurang dari 2 tahun (Manuaba, 2013 : 201).

c) Riwayat persalinan sekarang

Lama kala I primigravida 12 jam, multigravida 8 jam. Pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Lama kala II untuk primigravida 30 menit dan multigravida 15 menit. Lama kala IV 2 jam (Manuaba, 2010 : 246).

d) Riwayat Nifas Sekarang

Ibu harus dianjurkan untuk menyusui, terutama karena menyusui dapat melindungi bayi dari alergi tertentu (Fraser, *et.all*, 2009 : 119). 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, 2013 : 201).

e) Riwayat KB

Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama meneteki. Oleh karena itu, metode *amenorrhoe* laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan baru (Saifuddin, 2014 : 128).

2) Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan ibu

(1) TBC

Ibu dengan tuberkulosis aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Manuaba, 2013 : 336).

(2) Asma

Wanita yang menderita penyakit asma berat dan mereka yang tidak mengendalikan asmanya akan beresiko mengalami persalinan prematur, abruptio plasenta, korioamnionitis, dan kelahiran seksio sesarea (Fraser, *et.all*, 2009 : 254).

(3) Hipertensi

Pada ibu penyakit hipertensi, janin bertumbuh kurang wajar (dismaturitas), dilahirkan prematur atau mati dalam kandungan. Sering pula terjadi solusio plasenta yang mempunyai akibat buruk, baik bagi ibu maupun anak (Winkjosastro dkk, 2009 : 335). Ibu yang pernah mengalami episode hipertensi pada kehamilan dapat terus mengalaminya hingga *pascapartum* (Fraser, *et.all*, 2009 : 629).

(4) Penyakit jantung

Pengaruh penyakit jantung dalam masa pasca persalinan/nifas antara lain :

(a) Setelah bayi lahir penderita dapat tiba-tiba jatuh

kolaps, yang disebabkan darah tiba-tiba membanjiri tubuh ibu sehingga kerja jantung sangat bertambah, perdarahan merupakan komplikasi yang cukup berbahaya (Manuaba, 2013 : 337).

(b) Mudah terjadi infeksi post partum, yang

memerlukan kerja tambahan jantung (Marmi, 2012 : 337).

(5) Anemia

Anemia pada kehamilan yang tidak tertangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan : terjadi sub involusi uteri, menimbulkan perdarahan *post partum*, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekompensasi kordis mendadak setelah persalinan, anemia kala nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba, 2013 : 240).

(6) Sifilis

Menurut Manuaba (2013 : 338), sifilis dapat menyebabkan infeksi pada bayi dalam bentuk Lues Kongenital (pemfigus sifilitus, deskuamasi kulit telapak tangan dan kaki, terdapat kelainan pada mulut dan gigi).

b) Riwayat kesehatan keluarga

Menurut Marmi (2017 : 125), riwayat keluarga memberi informasi tentang keluarga dekat pasien, termasuk orang tua, saudara kandung dan anak-anak. Hal ini membantu mengidentifikasi gangguan genetik atau familial dan kondisi-kondisi yang dapat mempengaruhi status kesehatan wanita atau janin. Ibu yang mempunyai riwayat dalam keluarga penyakit menular dan kronis dimana daya tahan ibu hamil menurun, ibu dan janinnya berisiko tertular penyakit tersebut.

3) Riwayat perkawinan

Menurut Sulistyawati (2010 : 25), pertanyaan yang dapat diajukan antara lain : usia nikah pertama kali, status pernikahan sah/tidak, lama pernikahan, perkawinan sekarang adalah suami yang keberapa.

4) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Pola nutrisi

(1) Makan

Ibu nifas membutuhkan nutrisi yang cukup, bergizi seimbang, terutama kebutuhan protein dan karbohidrat. Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari (ibu harus mengonsumsi 3 sampai 4 porsi tiap hari) (Heryani R, 2010 : 57).

(2) Minum

Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari. Pil zat besi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin. Minum kapsul vitamin A (2000 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASInya (Heryani R, 2010 : 57).

b) Eliminasi

(a) Buang Air Kecil

Efek persalinan pada kandung kemih dan uretra menghilang dalam 24 jam pertama pascapartum, kecuali wanita mengalami infeksi saluran kemih. Diuresis mulai segera setelah melahirkan dan berakhir hingga hari kelima pascapartum (Varney, 2007 : 679).

Miksi normal bila dapat BAK spontan setiap 3-4 jam. Kesulitan BAK dapat disebabkan karena sfingter ani selama persalinan, atau dikarenakan oedem kandung kemih selama persalinan. Lakukan kateterisasi apabila kandung kemih penuh dan sulit berkemih (Marmi, 2016 : 148).

(b) Buang Air Besar

Sedangkan untuk BAB, biasanya 2-3 hari postpartum masih susah maka diberi laksan supositoria dan minum air hangat atau agar BAB bisa teratur dapat dilakukan dengan diet teratur, pemberian cairan yang banyak, makanan yang cukup serat dan olahraga (Ambarwati, 2010 : 105).

c) Pola istirahat

Anjurkan ibu beristirahat yang cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Sarankan ibu untuk kembali menjalani kegiatan di rumah tangga seperti biasa secara perlahan, serta untuk tidur siang atau istirahat selagi bayi tidur (Ambarwati, 2010 : 107).

Untuk kembali melakukan kegiatan-kegiatan rumah tangga, harus dilakukan secara perlahan-lahan dan bertahap. Kebutuhan istirahat ibu menyusui minimal 8

jam sehari, yang dapat dipenuhi melalui istirahat malam dan siang (Sulistyawati, 2009 : 103).

d) Personal hygiene

Payudara dibersihkan pada saat mandi, terutama sebelum menyusui bila perlu kompres terlebih dulu dengan air hangat atau minyak agar keropeng-keropeng terlepas dan payudara bersih. Kebersihan tempat tidur harus juga diperhatikan. Beri alas perlak atau kain di bawah bokong ibu sehingga darah nifas tidak langsung mengenai alas kasur atau seprei diganti 2 minggu sekali, karena bila seprei yang kotor dapat menjadi media perkembangbiakan kuman. Usahakan menjemur kasur sekali dalam sebulan. Kebersihan lingkungan bukan hanya di lingkungan dalam rumah, namun di luar rumah seperti kebersihan peralatan dapur, peralatan rumah tangga, dan kebersihan halaman, termasuk pembuangan air limbah dan sampah. Ibu yang sedang menjalani masa nifas harus juga memperhatikan kebersihan giginya dengan cara menggosok gigi setelah makan, sebelum tidur malam, dan saat mandi (Roito, 2013 : 86).

e) Aktivitas sehari-hari

Ambulasi dini sangat penting dalam mencegah thrombosis vena. Tujuan dari ambulasi dini adalah untuk membantu menguatkan otot-otot perut dan dengan demikian menghasilkan bentuk tubuh yang baik, mengencangkan otot dasar panggul sehingga mencegah atau memperbaiki sirkulasi darah ke seluruh tubuh (Rukiyah dkk, 2010 : 76).

f) Aktivitas seksual

Ibu yang baru melahirkan boleh melakukan hubungan seksual kembali setelah 6 minggu persalinan. Batasan waktu 6 minggu didasarkan atas pemikiran pada masa itu semua luka akibat persalinan, termasuk luka episiotomi dan luka bekas Sectio Caesarea (SC) biasanya telah sembuh dengan baik. Bila suatu persalinan dipastikan tidak ada luka atau laserasi/robek pada jaringan, hubungan seks bahkan telah boleh dilakukan 3-4 minggu setelah proses melahirkan (Maritalia, 2014 : 53-54).

5) Latar Belakang Sosial Budaya

a) Respons ibu terhadap dirinya sendiri dan bayinya

Wanita mengalami banyak perubahan emosi/psikologis selama masa nifas sementara ibu akan menyesuaikan diri menjadi seorang ibu (Ambarwati, 2010 : 277).

b) Respon keluarga terhadap ibu dan bayinya

Adanya respon yang positif dari keluarga terhadap persalinan akan mempercepat proses adaptasi pasien menerima peran dan kondisinya (Sulistyawati,2010:23).

c) Kehidupan sosial budaya

Penggunaan bebat perut segera pada masa nifas (2-4 jam pertama) karena akan beresiko menghambat keluarnya lokea secara lancar. Dimasa lampau perawatan puerperium sangat konservatif. Wanita yang mengalami masa puerpurium diharuskan tidur telentang selama 40 hari (Manuaba, 2013 : 201).

6) Riwayat Ketergantungan

Merokok dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah di dalam tubuh, termasuk pembuluh-pembuluh darah pada uterus sehingga menghambat proses involusi, sedangkan alkohol dan narkoba mempengaruhi kandungan

ASI yang langsung mempengaruhi perkembangan psikologis bayi dan mengganggu proses bonding antara ibu dan bayi (Manuaba, 2013 : 122).

b. Data objektif

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

Keadaan umum baik, keadaan emosional stabil, kesadaran *composmentis*. Pada saat ini diperhatikan pula bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan. Ibu cenderung bersikap lordosis. Apabila ibu berjalan dengan sikap kifosis, skoliosis atau pincang maka kemungkinan ada kelainan panggul (Romauli, 2011 : 172).

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang pasien, dapat dilakukan dengan pengkajian derajat dari keadaan *composmentis* (kesadaran maksimal) sampai dengan *coma* (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Manuaba, 2010:186).

c) Tanda-tanda vital

(1) Tekanan darah

Tekanan darah normal yaitu <140/90 mmHg.

Tekanan darah tersebut bisa meningkat dari pra persalinan pada 1-3 hari post partum. Setelah

persalinan sebagian besar wanita mengalami peningkatan tekanan darah sementara waktu. Keadaan ini akan kembali normal selama beberapa hari. Bila tekanan darah menjadi rendah menunjukkan adanya perdarahan postpartum. Sebaliknya bila tekanan darah tinggi, merupakan petunjuk kemungkinan adanya pre-eklamsi yang bisa timbul pada masa nifas (Walyani dkk, 2015 : 87).

(2) Suhu

Setelah proses persalinan, suhu tubuh dapat meningkat sekitar $0,5^{\circ}$ Celcius dari keadaan normal (36°C - $37,5^{\circ}\text{C}$), namun tidak lebih dari 38° Celcius. Hal ini disebabkan karena meningkatnya metabolisme tubuh pada saat proses persalinan. Setelah 12 jam post partum, suhu tubuh yang meningkat tadi akan kembali seperti keadaan semula. Bila suhu tubuh tidak kembali ke keadaan normal, atau semakin meningkat, maka perlu dicurigai terhadap kemungkinan terjadinya infeksi (Maritalia, 2014 : 24).

(3) Nadi

Nadi normal pada ibu nifas adalah 60-80 x/menit. Denyut nadi diatas 100 x/menit pada masa

nifas mengindikasikan adanya suatu infeksi (Ambarwati, 2008 : 138). Denyut nadi dan curah jantung tetap tinggi selama jam pertama setelah bayi lahir. Kemudian mulai menurun dengan frekuensi yang tidak diketahui. Pada minggu ke-8 sampai ke-10 setelah melahirkan, denyut nadi kembali ke frekuensi sebelum hamil (Rukiyah dkk, 2010 : 69).

(4) Pernafasan

Untuk mengetahui fungsi sistem pernafasan. Normalnya 16-24 x/menit (Romauli, 2011: 173). Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bila pernafasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok (Marmi, 2017 : 104-105).

2) Pemeriksaan fisik

a. Rambut

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

b. Kepala

Kulit pucat, dan rambut rapuh dapat mengindikasikan kekurangan nutrisi. Adanya parasit berhubungan dengan kondisi tempat tinggal yang buruk (Walsh, 2012 : 114).

c. Mata

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

d. Hidung

Tidak ada massa, edema mukosa, sekresi (lendir/darah), tidak ditemukan gerak cuping hidung pada pernapasan (Widatiningsih, 2017 : 181).

e. Telinga

Normal tidak ada serumen yang berlebihan dan tidak berbau, bentuk simetris (Romauli, 2011 : 99).

f. Mulut

Bibir simetris, lidah dan mukosa mulut : tidak ada sianosis, stomatitis, caries dentis, gingivitis,

tonsil/faring tidak ada tanda radang (bengkak, kemerahan) (Widatiningsih dkk, 2017 : 181).

g. Gigi

Adanya *caries* atau karies yang menandakan ibu kekurangan kalsium. Saat hamil sering terjadi *caries* yang berkaitan dengan *emesis* atau *hiperemesis gravidarum* (Romauli, 2011 : 174).

h. Leher

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

i. Dada

Simetris, tidak ada retraksi otot interkostal, batuk. Suara nafas vasikuler, tidak ada wheezing, ronchi, stidor. Irama jantung teratur, tidak ditemukan murmur/bising jantung, gallop, tidak ada bunyi jantung tambahan lainnya (Widatiningsih dkk, 2017 : 181).

j. Payudara

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari beberapa hal berikut yaitu puting susu pecah/pendek/rata, nyeri tekan, abses, produksi ASI terhenti, dan pengeluaran ASI (Saifuddin, 2014 : 124).

Terdapat benjolan yang tidak rata, sulit digoyangkan, seperti kulit jeruk menandakan adanya tumor, pembesaran kelenjar dan keadaan puting susu (Walyani, 2015 : 88).

k. Axilla

Tidak ada nyeri, pembesaran kelenjar limfe (Widatiningsih dkk, 2017 : 181).

l. Abdomen

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 urine akibat hipotonisitas kandung kemih karena trauma selama melahirkan.

Kondisi ini dapat mempredisposisi wanita mengalami infeksi kandung kemih dan bertanggung jawab untuk peningkatan perdarahan uterus (Varney, 2007 : 1064).

(2) Pemeriksaan uterus

Mencatat lokasi, ukuran, dan konsistensi.

Penentuan lokasi uterus dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilikus dan apakah fundus berada pada garis tengah abdomen atau bergeser ke salah satu lokasi dan ukuran saling tumpang tindih, karena ukuran ditentukan bukan hanya melalui palpasi, tetapi juga dengan mengukur tinggi fundus uteri (Varney, 2007: 1064).

(3) Evaluasi tonus otot abdomen dengan memeriksa derajat distasis

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 (Varney, 2007 : 1065).

m. Genetalia

Segera setelah kelahiran, vagina tetap terbuka lebar, mungkin mengalami beberapa derajat edema dan memar, dan celah pada interruptus. Setelah satu hingga dua hari pertama pascapartum, tonus otot vagina

kembali, celah vagina tidak lebar dan vagina tidak lagi edema (Varney, 2007 : 960).

Rugae terlihat kembali pada minggu ketiga. Selain itu, pada genetalia yang harus diperiksa adalah pengeluaran lokea. Hal yang perlu dilihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah penjahitan laserasi atau luka episiotomi, pembengkakan, luka dan hemoroid (Saifuddin, 2014 : 124).

n. Anus

Normal tidak ada benjolan atau pengeluaran darah dari anus. Hemoroid adalah pelebaran vena-vena di anus, hemoroid dapat bertambah besar dalam kehamilan karena ada bendungan darah di dalam rongga panggul (Romauli, 2011 : 111).

o. Ekstremitas

Normal bila tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon ditekuk, bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungkin tanda preeklamsi. Pasien yang reflek patella negatif kemungkinan mengalami kekurangan vitamin B1. Kekurangan B1 mempengaruhi saraf tulang belakang, dapat berdampak pada reflek tubuh (Romauli, 2011 : 112).

3) Pemeriksaan penunjang

a) Terapi yang diperoleh

Terapi yang diberikan kepada ibu nifas yaitu :

(1) Pil zat besi 40 tablet harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca persalinan.

(2) Vitamin A 200.000 U agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya (Bahiyatun, 2009 : 129).

2. Analisis Data

Menurut Kepmenkes RI No.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. Diagnose sesuai dengan nomenklatur kebidanan.
- b. Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien
- c. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

P_{APIAH}, *post partum*, hari pertama sampai 40 hari, persalinan normal, laktasi normal, involusi normal, lochea normal, KU baik (Varney, 2008 : 959-960). Dengan kemungkinan masalah

yaitu : *After pain*, nyeri luka jahitan perineum, konstipasi, hemoroid, retensi urine, keringat berlebih, bendungan ASI.

3. Perencanaan

Menurut Kepmenkes RI No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.

a. Diagnosa

P_{APIAH}, *post partum* hari ke..., persalinan normal, laktasi normal, involusi normal, lochea normal, KU baik (Varney, 2008 : 959-960).

Tujuan : Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi bagi ibu dan bayi.

Kriteria menurut Manuaba (2012 : 114) antara lain :

- 1) Keadaan umum : Kesadaran komposmentis.
- 2) Kontraksi uterus baik (bundar dan keras).
- 3) Tanda-tanda vital :
 - a) TD : 110/70-130/90 mmHg.
 - b) N : 60-80 x/menit.
 - c) S : 36°C-37,5°C.
 - d) RR : 16-24 x/menit
- 4) Laktasi normal
- 5) Involusi normal

6) Lochea normal

7) KU bayi baik

a) Tangisan kuat, gerakan aktif.

b) RR : 30-60 x/menit.

c) S : 36,5°C-37,5°C.

d) N : 60-100 x/menit.

Intervensi menurut Sofian (2012 : 89) sebagai berikut :

(1) Lakukan pemeriksaan TTV, KU, laktasi, involusi, dan lochea.

R/ Menilai status ibu dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi.

(2) Anjurkan ibu menyusui bayinya.

R/ Menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap substansi/zat dari makanan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan.

(3) Jelaskan kepada ibu mengenai senam nifas.

R/ Memulihkan kondisi tubuh ibu dan keadaan ibu secara fisiologis maupun psikologis.

(4) Berikan konseling ibu tentang KB pasca salin.

R/ Untuk menjarangkan anak.

(5) Anjurkan ibu untuk mengimunitasikan bayinya.

R/ Untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan.

b. Masalah

1) *After pain* (kram perut)

Tujuan : Kram perut teratasi.

Kriteria : rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu.

Intervensi menurut Bahiyatun (2009 : 123) sebagai berikut :

a) Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih secara rutin.

R/ Nyeri setelah lahir akan hilang jika uterus tetap berkontraksi dengan baik, yang memerlukan kandung kemih kosong.

b) Sarankan ibu untuk tidur dengan posisi telungkup dan bantal di bawah perut.

R/ Tidur dengan posisi ini untuk menjaga kontraksi tetap baik dan menghilangkan nyeri.

c) Jika perlu berikan analgesic (parasetamol, asam mefenamat, kodein, atau asetaminofen).

R/ Meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ib dapat berkurang.

2) Nyeri luka jahitan perineum

Tujuan : Rasa nyeri dapat teratasi.

Kriteria : Rasa nyeri ibu berkurang, ibu dapat beraktifitas seperti biasa.

Intervensi menurut Sulistyawati (2010 : 89) sebagai berikut:

a) Observasi luka jahitan perineum.

R/ Dikaji luka jahitan untuk melihat adakah infeksi.

b) Ajarkan kepada ibu tentang perawatan perineum yang benar.

R/ Meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut.

c) Anjurkan ibu untuk mandi dengan air hangat.

R/ Mandi dengan air hangat dapat mengurangi rasa nyeri.

d) Berikan analgesic oral (paracetamol 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu).

R/ Meningkatkan ambang nyeri sehingga rasa nyeri dapat berkurang.

3) Konstipasi

Tujuan : Masalah konstipasi dapat berkurang.

Kriteria : Ibu dapat BAB 1-2 x/hari, konsistensi lembek, berbentuk.

Intervensi menurut Purwanti (2012 : 90) sebagai berikut :

a) Jelaskan penyebab konstipasi.

R/ Karena kerja usus cenderung melambat setelah melahirkan. Penjelasan akan menentramkan ibu.

b) Anjurkan untuk memilih jenis makanan yang tepat dari menunya (sayuran hijau dan buah).

R/ Makanan yang banyak mengandung serat memperlancar defekasi.

c) Ingatkan mengenai manfaat ambulasi dini dan meminum cairan tambahan.

R/ Ambulasi dini dan konsumsi banyak cairan dapat mencegah konstipasi.

d) Berikan obat-obatan bila perlu. Dimulai pada hari kedua, malam kedua diberikan Agarol atau Milk of Magnesia 15 ml, malam ketiga berikan tablet coloxyl, malam keempat berikan supositoria gliserin.

R/ Obat-obatan digunakan untuk pengaturan kerja usus.

4) Haemorroid

Tujuan : Keluhan haemorroid berkurang sampai hilang.

Kriteria : Ukuran haemorroid berkurang sampai Hilang, nyeri akibat haemorroid berkurang sampai hilang.

Intervensi menurut Varney (2007 : 977) sebagai berikut :

a) Jelaskan penyebab haemorroid yang dialami ibu.

R/ Selama wanita mendorong bayi pada kala II persalinan karena tekanan kepala bayi dan distensi saat melahirkan.

b) Anjurkan Ibu untuk mengompres dengan air hangat kemudian dilanjutkan dengan air dingin.

R/ Kompres air hangat mengakibatkan pembuluh darah dilatasi sehingga peredaran darah lancar.

c) Masukkan haemorroid eksternal ke dalam rektum menggunakan jari.

R/ Hanya dilakukan untuk haemorroid dengan ukuran kecil.

d) Berikan sprai atau salep analgesik atau anastesis.

R/ Analgesik meredakan nyeri tanpa menyebabkan pasien menjadi tidak sadar atau kehilangan semua sensasi saraf di area tertentu.

e) Bila perlu berikan pelunak feses atau supositoria anusol.

R/ Mengejan dapat menambah ukuran haemorroid.

5) Retensi urine

Tujuan : Masalah eliminasi BAK dapat teratasi.

Kriteria : Ibu dapat BAK dengan lancar, tidak ada masalah.

Intervensi menurut Sulistyawati (2009 : 346) sebagai berikut :

a) Beri penjelasan kepada pasien bahaya menunda kencing setelah melahirkan.

R/ Pasien tidak menunda dan segera BAK jika terasa.

b) Berikan keyakinan bahwa jongkok waktu kencing tidak akan mengakibatkan luka jahitan membuka.

R/ Menghilangkan rasa takut pada pasien untuk melakukan BAK.

c) Dampingi pasien kencing dikamar mandi jika keadaan pasien masih lemah.

R/ Agar pasien tidak merasa takut melakukan BAK.

d) Anjurkan kepada pasien untuk banyak minum air putih.

R/ Banyak mengkonsumsi cairan dapat memperlancar eliminasi.

e) Jika pasien benar-benar mengalami kesulitan untuk kencing maka pertimbangkan untuk dilakukan kateter nonpermanen, namun selanjutnya lakukan latihan

kencing sendiri dikamar mandi dengan memberikan rangsangan terlebih dahulu : siram kemaluan dengan air hangat kemudian air dingin secara bergantian.

R/ Untuk mempermudah pasien yang takut BAK dan menghindarkan dari terjadinya infeksi akibat menunda BAK.

6) Bendungan ASI

Tujuan : Bendungan ASI dapat berurang sampai teratasi.

Kriteria : a) Payudara tidak nyeri saat disentuh.
b) Puting susu lunak.

Intervensi Manuaba (2010 : 190) sebagai berikut :

a) Jelaskan pada ibu dan keluarga penyebab bendungan ASI.

R/ Kombinasi akumulasi dan stasis ASI serta peningkatan vaskularitas dan kongesti karena peningkatan pasokan air susu.

b) Anjurkan ibu untuk tetap menyusui bayinya sesering mungkin dan secara on demand.

R/ Saat bayi mengisap puting susu terjadi refleksi pengeluaran prolaktin sehingga produksi semakin banyak dan ASI dapat keluar.

c) Anjurkan ibu untuk mengeluarkan sedikit ASI dan mengoleskan pada puting sebelum bayi menyusui.

R/ Mengeluarkan sedikit ASI sebelum menyusui bayinya dapat melunakkan areola dan puting yang keras dan tegang.

d) Anjurkan ibu untuk mengosongkan ASI dengan masase dan pompa

R/ Pengosongan payudara secara manual dapat membantu mengurangi pembengkakan payudara.

e) Kompres payudara dengan air hangat.

R/ Kompres air hangat mengakibatkan pembuluh darah dilatasi dan secara tidak langsung menstimulasi produksi ASI dan mengalirkannya.

7) Subinvolusi uteri

Tujuan : Tidak terjadi subinvolusi uteri.

Kriteria : Involusi berjalan dengan normal.

Intervensi menurut Suherni (2009 : 159) sebagai berikut :

a) Anjurkan ibu untuk makan gizi seimbang

R/ Makanan yang bergizi mampu mempercepat kembalinya uterus seperti bentuk sebelum hamil.

b) Anjurkan ibu untuk mobilisasi dini

R/ Gerak fisik dapat mempercepat kembalinya ukuran uterus seperti sebelum hamil.

c) Berikan obat antibiotik, uterotonika dan tablet Fe.

R/ Terapi antibiotik dapat mencegah infeksi, uterotonika dapat merangsang kontraksi uterus dan tablet Fe untuk mencegah kekurangan darah.

d) Berikan transfuse darah bila perlu.

R/ Mengatasi kehilangan darah dalam jumlah besar.

4. Pelaksana Tindakan

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman (Dewi, 2010 : 89). Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2007 : 6).

5. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai

melakukan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi harus segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan/keluarga (Kepmenkes RI, 2007 : 7).

6. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI (2007: 7), 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 : Data subyektif, mencatat hasil anamnesa.

O : Data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A : Hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P : Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/*follow up* dan rujukan.

2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir

a. Pengkajian Data

a. Data subyektif

1) Identitas klien

a) Nama bayi

Digunakan untuk membedakan antara bayi yang satu dengan yang lain (Marmi, 2013 : 56). Diperlukan alat pengenal yang efektif yang harus diberikan kepada setiap bayi baru lahir dan harus tetap ditempatkannya sampai waktu bayi dipulangkan (Saifuddin, 2009 : N-2).

b) Tanggal/jam/lahir

Untuk mengetahui usia neonatus (Sondakh, 2013 : 56).

c) Jenis kelamin

Untuk mengetahui jenis kelamin bayi tersebut (Sondakh, 2013 : 56).

2) Identitas Orang Tua

a) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan (Eny, 2010 : 131).

b) Pendidikan

Pendidikan menunjukkan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin baik pula pengetahuannya tentang sesuatu (Romauli, 2011 : 124).

c) Pekerjaan

Tingkat pendidikan seseorang memengaruhi kemampuan dalam menyerap informasi pada saat dilakukan penyuluhan kesehatan. Pekerjaan berhubungan erat dengan penghasilan yang diperoleh (Widatiningsih dkk, 2017 : 163).

d) Alamat

Alamat ditanyakan untuk : a) Mengetahui dimana ibu menetap, b) Mencegah kekeliruan, bila ada nama yang sama, c) Memudahkan menghubungi keluarga, dan d) Dijadikan petunjuk pada waktu kunjungan rumah (Marmi, 2016 : 120).

3) Keluhan utama

Keluhan utama pada bayi baru lahir adalah terjadi seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, *oral trush* (moniliasis/sariawan), diaper rash (Marmi, 2012 : 301).

4) Riwayat Kebidanan

a) Riwayat Kehamilan dan persalinan yang lalu

Informasi esensial tentang kehamilan terdahulu mencakup bulan dan tahun kehamilan berakhir, usia gestasi pada saat itu, tipe persalinan (spontan, *forsep*, *ekstraksi vakum*, atau bedah

sesar), lama persalinan (lebih baik dihitung dari kontraksi pertama), berat lahir, jenis kelamin, dan komplikasi lain, kesehatan fisik dan emosi terakhir harus diperhatikan (Romauli, 2011 : 165).

b) Riwayat Nifas yang lalu

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan post partum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui sampai usia anak 2 tahun. Terdapat pengeluaran lochea rubra sampai hari ketiga berwarna merah. Lochea serosa hari keempat sampai kesembilan warna kecoklatan. Lochea alba hari kesepuluh sampai kelimabelas warna putih dan kekuningan (Manuaba, 2013 : 201). Nilai keadaan klien baik/tidak, bagaimana proses laktasinya (Varney, 2007 : 363).

c) Riwayat Anak yang lalu

Dikaji untuk mengetahui riwayat anak, jenis kelamin, hidup atau mati, kalau meninggal pada usia berapa dan sebab meninggal, berat badan dan panjang badan waktu lahir (Winkjosastro dkk, 2009 : 86).

d) Riwayat Kehamilan Sekarang

Pemeriksaan dilakukan sekurang-kurangnya empat kali selama masa kehamilan, dengan distribusi waktu minimal satu kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), satu kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu), dan dua kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 24 minggu sampai persalinan (Profil Kesehatan Indonesia, 2014).

e) Riwayat Persalinan Sekarang

Lama kala I primigravida 12 jam, multigravida 8 jam. Pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Lama kala II untuk primigravida 30 menit dan multigravida 15 menit. Lama kala IV 2 jam (Manuaba, 2013 : 246).

f) Riwayat antenatal

Bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu kelahiran. Jumlah kunjungan pranatal dicatat bersama setiap masalah pra natal yang ada. Semua hasil laboratorium dan pengujian pranatal termasuk

laporan ultrasonografi, harus ditinjau. Kondisi pranatal dan kondisi intra partum yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan bayi baru lahir (Varney, 2007 : 916).

g) Riwayat natal

Bayi dilahirkan dengan jenis partus biasa (normal/spontan) yaitu bayi lahir dengan presentasi belakang kepala tanpa memakai alat-alat atau pertolongan istimewa serta tidak melukai ibu dan bayi , dan umumnya berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam (Saifuddin, 2009 : 180).

Pecah ketuban lama, demam pada ibu, dan cairan amnion yang berbau adalah faktor risiko signifikan untuk atau prediktor infeksi neonatal. Cairan amnion berwarna mekonium meningkatkan risiko penyakit pernapasan. Medikasi selama persalinan seperti analgesik, anestetik, magnesium sulfat dan glukosa dapat mempengaruhi perilaku dan metabolisme bayi baru lahir. Abnormalitas plasenta kedua pembuluh darah tali pusat dikaitkan dengan peningkatan insiden anomali neonatus (Walsh, 2012 : 168).

h) Riwayat post natal

Bidan harus meninjau catatan kelahiran bayi tentang tanda-tanda vital dan perilaku bayi baru lahir. Perilaku positif antara lain menghisap, kemampuan untuk makan, kesadaran, berkemih, dan mengeluarkan mekonium. Perilaku mengkhawatirkan meliputi gejala, letargi, aktivitas menghisap yang buruk atau tidak ada, dan tangisan yang abnormal (Varney, 2007 : 154).

5) Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan ibu

Ibu dengan anemia akan melahirkan bayi dengan BBLR, dapat terjadi cacat bawaan dan mudah terjadi infeksi (Manuaba, 2013 : 240). Penyakit jantung dapat menyebabkan BBLR, kematian perinatal serta pertumbuhan dan perkembangan bayi mengalami keterlambatan intelegensia maupun fisik (Manuaba, 2013 : 234).

Gonore pada ibu dapat menyebabkan infeksi pada mata, conjungtivitis gonore neonaturum (blenorea neonates) yang selanjutnya dapat menyebabkan kebutaan (Manuaba, 2013 : 338). Eklampsia pada

ibu dapat menyebabkan bayi asfiksia (Manuaba, 2013 : 267).

b) Riwayat kesehatan keluarga

Ibu yang mempunyai riwayat dalam keluarga penyakit menular dan kronis dimana daya tahan ibu hamil menurun, ibu dan janinnya berisiko tertular penyakit tersebut. Keluarga dari pihak ibu atau suami ada yang pernah melahirkan atau hamil dengan anak kembar perlu diwaspadai karena faktor tersebut bisa menurunkan kehamilan kembar (Marmi, 2017 : 125).

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 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energi sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marmi,2012:379).

Kebutuhan cairan pada tiap-tiap bayi untuk mencapai kenaikan berat badan yang optimal berbeda. Oleh karena itu, pemberian cairan kepada

bayi yang daya isap dan menelannya baik hendaknya *on demand* (Winkjosastro, 2009 : 257).

Bayi menyusui setiap 1-8 jam. Menyusui biasanya jarang pada hari pasca partum. Frekuensi meningkat dengan cepat antara hari ke-3 sampai hari ke-7 setelah kelahiran (Walsh, 2012 : 375).

Tabel 2.16
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- >10	150-200 ml	>120 kal

Sumber : Saifuddin, 2009 : 380.

b) Eliminasi

(1) Buang Air Kecil (BAK)

BAK bayi normalnya mengalami berkemih 8-10 kali atau popok kotor 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 (Walsh, 2012 : 378).

(2) Buang Air Besar (BAB)

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 ke tiga hingga ke lima kelahiran, feses mengalami tahap transisi dan menjadi berwarna kuning kecoklatan (Fraser, *et.all*, 2009 : 711).

c) 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 rentan untuk mengering. Pencucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu. Pemakaian popok

harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urine dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah (Walsh, 2012 : 377).

Perawatan tali pusat ialah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. Cuci tangan dengan sabun sebelum merawat tali pusat (Saifuddin, 2014:370). Tali pusat harus menjadi berwarna hitam dan keras. Setiap pus atau darah yang keluar dari tali pusat adalah abnormal (Varney, 2007 : 934).

d) Istirahat dan tidur

Bayi baru lahir tidur 16-18 jam sehari, paling sering blog waktu 45 menit sampai 2 jam. Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari (Walsh, 2012 : 378).

Pada umumnya bayi terbangun sampai malam hari pada usia 3 bulan. Jumlah waktu tidur bayi berkurang seiring dengan bertambahnya usia bayi (Marmi, 2012 : 81).

Tabel 2.17
Perubahan Pola-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 : Marmi, 2012 : 81.

e) Aktivitas

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, 2012 : 378).

7) Riwayat psikologis

Bayi baru lahir waspada dan sadar terhadap lingkungannya saat ia bangun. Jauh dari pasif, bayi bereaksi terhadap rangsang dan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya (Fraser, *et.all*, 2009 : 712).

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu $36,5^{\circ}\text{C}$ - 37°C (Winkjosastro, 2009 : 256).

Melihat cacat bawaan yang jelas tampak seperti hidrosefal, mikrosefali, anensefali, keadaan gizi dan maturitas, aktivitas tangis, warna kulit, kulit kering atau mengelupas, vernik kaseosa, kelainan kulit karena fravina lahir, toksium, tanda-tanda metonium, dan sikap bayi tidur (Marmi, 2012 : 47).

b) Kesadaran

Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan (Saifuddin, 2008 : 137). Untuk mendapatkan gambaran tentang pasien, dapat dilakukan dengan pengkajian derajat dari keadaan *composmentis* (kesadaran maksimal) sampai dengan *coma* (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Manuaba, 2011 : 152).

c) Tanda-tanda vital

(1) Pernapasan

Jumlah tarikan nafas bayi selama 1 menit penuh sambil mengamati perutnya naik turun.

Normal jika nafasnya melambat atau cepat dari waktu ke waktu. Bayi baru lahir bernafas 40-60 tarikan nafas dalam semenit saat dia beristirahat (Walyani, 2015 : 139).

Pernapasan pada bayi baru lahir dapat terdengar rebut selama periode transisi. Frekuensi rata-rata 40 kali per menit. Rentang 30 sampai 60 kali per menit. Pernapasan merupakan pernapasan diafragma dan abdomen (Varney, 2007 : 880).

(2) Nadi

Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180 x/menit yang kemudian turun sampai 140 x/menit-120 x/menit pada waktu bayi berumur 30 menit (Winkjosastro, 2009 : 255). Frekuensi jantung bayi cepat sekitar 120-160 kali per menit serta berfluktuasi selaras

dengan fungsi pernafasan bayi, aktifitas atau dalam kondisi tidur (Fraser, *et.all*, 2009 : 710).

Detak jantung bayi yang baru lahir normal berkisar 120-160 detak per menit. Namun kadang-kadang detak jantung bayi melambat sampai 100 atau secepat 180 detak per menit. Jika detak jantung bayi terlalu lambat, kemungkinan terkena infeksi. Jika terlalu lambat segera berikan nafas bantuan (Walyani, 2015 : 140).

(3) Suhu

Suhu bayi baru lahir dapat dikaji di berbagai tempat dengan jenis thermometer yang berbeda-beda. Dianjurkan bahwa suhu rektal dan aksila tetap dalam rentang 36,5-37,5°C dan suhu kulit abdomen dalam rentang 36-36,5°C (Varney, 2008 : 882).

Jika bayi tidak hangat juga, gunakan botol yang berisi air hangat yang dibungkus dengan kain (Walyani, 2015 : 140). Dapat pula dipakai lampu yang disorotkan ke arah bayi. Disamping pemanasan harus pula dipikirkan

kemungkinan bayi menderita infeksi (Winkjosastro dkk, 2009 : 256).

d) Pemeriksaan antropometri

(1) Berat Badan (BB)

Berat badan (BB) BBL normal adalah 2,5-4 kg. Jika beratnya <2,5 kg, bayi dikategorikan *premature*. Jika berat badan >4 kg, dikategorikan *giant baby* yang mungkin disebabkan oleh diabetes maternal, herediter dan sebagainya (Marmi, 2016 : 354). Berat badan 3 hari pertama terjadi penurunan, hal ini normal karena pengeluaran air kencing dan mekonium. Pada hari ke-4, berat badan naik (Winkjosastro dkk, 2009 : 256).

Berat badan sebaiknya tiap hari dipantau. Penurunan berat badan lebih dari 5% dari berat badan waktu lahir, menunjukkan kekurangan cairan (Saifuddin, 2008 : 138). Berat badan dapat berkurang 10% selama beberapa hari pertama kehidupan tetapi harus meningkat kembali dalam 2 minggu setelah kelahiran. Selanjutnya peningkatan bervariasi secara

individual, tetapi rata-rata 160 g/minggu adalah normal selama bulan pertama (Walsh, 2012 : 368).

Tabel 2.18
Penurunan Berat Badan Sesuai Umur

Umur	Penurunan atau kenaikan BB yang dapat diterima dalam bulan pertama
1 minggu	Turun sampai 10%
2-4 minggu	Naik setidaknya-tidaknya 160 gram perminggu (setidaknya 15 gram perhari).
1 bulan	Naik setidaknya-tidaknya 300 gram dalam bulan.
Bila penimbangan dilakukan setiap hari dengan alat	
Minggu pertama	Tidak ada penurunan berat badan atau kurang dari 10%
Setelah minggu pertama	Setiap hari terjadi kenaikan pada bayi kecil setidaknya-tidaknya 20 gram.

Sumber : Winkjosastro dkk, 2009 : 143.

(2) Panjang Badan (PB)

Pajang badan normal adalah 45cm-55 cm. Panjang badan ini diukur dari ujung kepala sampai ke tumit. Jika panjang badan bayi lebih dari 45 cm - 55 cm, kemungkinan disebabkan faktor kromosom ataupun herediter (Marmi, 2016 : 354).

Panjang bayi baru lahir paling akurat dikaji jika kepala bayi lahir terlentang rata terhadap permukaan yang keras. Kedua tungkai diluruskan dan kertas dimeja pemeriksaan diberi tanda. Setelah bayi baru lahir dipindahkan, bidan kemudian dapat mengukur panjang bayi dalam satuan sentimeter (Varney, 2007 : 921).

(3) Ukuran kepala menurut Winkjosastro dkk (2009 : 119) antara lain :

- (a) Diameter suboksipito-bregmatikus: 9,5-10
- (b) Diameter oksipito-frontalis : 11-12 cm
- (c) Diameter oksipito metalis : 13,5-15 cm
- (d) Diameter submento-bregmatika : 9,5-10 cm
- (e) Diameter biparietalis : 9,5-10 cm
- (f) Diameter bitemporalis : 8-10 cm
- (g) Sirkumferensia suboksipito-bregmatikus : 33-34 cm
- (h) Sirkumferensia submento-bregmatikus : 32-33 cm
- (i) Sirkumferensia oksipito frontalis : 33-35 cm
- (j) Sirkumferensia mento-oksipitalis: 34-35,5 cm

(4) Lingkar Dada (LD) : 33-38 cm

(5) Lingkar Lengan : \pm 11 cm

e) Pemeriksaan fisik

(1) Rambut

Rambut bayi lembut dan halus, beberapa bayi umumnya tidak memiliki rambut, sedangkan sebagian bayi lainnya memiliki rambut yang lebat (Fraser, *et.all*, 2009 : 709).

(2) Kepala

Raba sepanjang garis sutura dan fontanel, apakah ukuran dan tampilannya normal. Sutura yang berjarak lebar mengidentifikasi bayi *preterm*, *moulding* yang buruk, atau *hidrosefalus*. Pada kelahiran spontan letak kepala sering terlihat tulang kepala tumpang tindih yang disebut *moulding/moulase*. Keadaan ini normal kembali setelah beberapa hari sehingga ubun-ubun mudah diraba. Fontanel anterior harus diraba, fontanel yang besar dapat terjadi akibat *prematurnitas* atau *hidrosefalus*, sedangkan yang terlalu kecil terjadi pada *mikrosefali*. Jika fontanel menonjol, hal ini diakibatkan peningkatan tekanan *intracranial*,

sedangkan yang cekung dapat terjadi akibat dehidrasi (Kumalasari, 2014 : 218).

Periksa adanya trauma kelahiran misalnya : *caput suksedanum* (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 (Marmi, 2012 : 56).

Ubun-ubun belakang menutup pada minggu ke-6 sampai ke-8. Ubun-ubun depan tetap terbuka hingga bulan ke-18 (Saifuddin, 2009 : 167). Bayi yang mengalami seborrhea akan terdapat ruam tebal berkeropeng berwarna kuning dan terdapat ketombe dikepala (Marmi, 2012 : 221).

(3) Wajah

Wajah harus tampak simetris. Terkadang wajah bayi tampak asimetris hal ini dikarenakan posisi bayi di intrauteri. Perhatikan kelainan wajah yang khas seperti sindrom Down atau sindrom Piere-Robin. Perhatikan juga kelainan wajah akibat trauma lahir seperti laserasi, paresis nervus fasialis (Kumalasari, 2014 : 218).

(4) Mata

Periksa jumlah, posisi, atau letak mata. Periksa adanya strabismus yaitu koordinasi mata yang belum sempurna. Periksa adanya glaukoma kongenital, mulanya akan tampak sebagai pembesaran kemudian sebagai kekeruhan pada kornea. Katarak kongenital akan mudah terlihat yaitu pupil berwarna putih. Pupil harus tampak bulat. Periksa adanya trauma seperti palpebra, perdarahan konjungtiva atau retina. Periksa adanya sekret pada mata, konjungtivitis oleh kuman gonokokus dapat menjadi panoftalmia dan menyebabkan kebutaan. Apabila ditemukan epikantus melebar kemungkinan bayi mengalami

sindrom Down (Kumalasari, 2014 : 218). Inspeksi bagian iris, untuk mengetahui bagian titik putih pada iris sebagai bercak Brushfield, dikaitkan dengan trisomi 21 (sindrom down). Sklera harus diperiksa adanya hemoragi. Kemerahan pada konjungtiva dapat mengidentifikasi adanya infeksi (Walsh, 2012 : 370).

(5) Hidung

Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm. Periksa adanya pernafasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernafasan (Marmi, 2012 : 57).

Bayi harus bernapas dengan hidung, jika melalui mulut harus diperhatikan kemungkinan adanya obstruksi jalan napas karena atresia koana bilateral, fraktur tulang hidung atau ensefalokel yang menonjol ke nosafaring. Periksa adanya sekret yang mukopurulen yang terkadang berdarah. Hal ini memungkinkan adanya sifilis congenital (Kumalasari, 2014 : 218).

(6) Mulut

Bibir harus berbentuk simetris.

Ketidaksimetrisan bibir menunjukkan adanya palsi wajah. Mulut yang kecil menunjukkan *mikrognati*.

Periksa adanya bibir sumbing, adanya gigi atau *ranula* (kista lunak yang berasal dari dasar mulut).

Periksa keutuhan langit-langit, terutama pada persambungan antara palatum keras dan lunak.

Perhatikan adanya bercak putih pada gusi atau palatum yang biasanya terjadi akibat *Epistein's pearl* atau gigi. Periksa lidah apakah membesar atau sering bergerak. Bayi dengan edema otak atau tekanan intrakranial meninggi sering kali lidahnya keluar masuk (tanda *foote*) (Kumalasari, 2014: 219).

Membrane mukosa lembab dan berwarna merah muda. Reflek menghisap dan menelan terkoordinasi (Fraser, *et.all*, 2009 : 711). Terdapat adanya stomatitis pada mulut merupakan tanda adanya *oral trush* (Marmi, 2012 : 211). Salivasi tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapat

sekret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna (Saifuddin, 2010 : 137).

(7) Telinga

Diperiksa kanan dan kiri, periksa dan pastikan jumlah, bentuk dan posisinya, pada bayi cukup bulan, tulang rawan sudah matang, daun telinga harus berbentuk sempurna dengan lengkungan yang jelas di bagian atas, perhatikan letak daun telinga (Rukiyah, 2010 : 57). Daun telinga yang letaknya rendah (*low set ears*) terdapat pada bayi yang mengalami sindrom tertentu (*Pierre-Robin*). Perhatikan adanya kulit tambahan atau *aurikel*, hal ini dapat berhubungan dengan abnormalitas ginjal (Kumalasari, 2014 : 219).

(8) Leher

Leher bayi biasanya pendek dan harus diperiksa kesimetrisannya. Pergerakannya harus baik. Jika terdapat keterbatasan pergerakan kemungkinan adanya kelainan tulang leher. Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada *fleksus brakialis*. Lakukan perabaan untuk mengidentifikasi adanya pembengkakan.

Periksa adanya pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis. Adanya lipatan kulit yang berlebihan dibagian belakang leher menunjukkan adanya kemungkinan Trisomi 21 (Kumalasari, 2014 : 219).

(9) Dada

Yang diperiksa adalah bentuk dari dada, puting, bunyi nafas dan bunyi jantung (Ilmiah, 2015 : 254). Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernafas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami *pneumotoraks*, paresis diafragma atau hernia diafragma. Pernafasan yang normal dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan. Tarikan sternum atau interkostal pada saat bernafas perlu diperhatikan. Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk baik dan tampak simetris (Marmi, 2012 : 58).

(10) Klavikula

Raba seluruh klavikula untuk memastikan keutuhannya terutama pada bayi yang lahir dengan presentasi bokong atau distosia bahu. Periksa kemungkinan adanya *fraktur* (Kumalasari, 2014 : 220).

(11) Punggung

Punggung bayi harus diinspeksi dan dipalpasi dengan posisi bayi telungkup. Jika ada pembengkakan, lesung, atau rambut yang melekat dapat menandakan adanya cacat tulang belakang tersamar (Fraser, *et.all*, 2009 : 715). Melihat adanya benjolan/tumor dan tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna (Saifuddin, 2014 : 137). Pada bokong bayi yang mengalami *diaper rash* akan timbul bintik-bintik merah (Marmi, 2012 : 215). Bokong harus diregangkan untuk mengkaji lesung dan sinus yang dapat mengindikasikan *anomaly medulla spinalis* (Walsh, 2012 : 373).

(12) Abdomen

Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan (Marmi, 2012 : 58).

Jika perut cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika. Abdomen yang membuncit kemungkinan karena *henpato spleno megali* atau

tumor lainnya. Jika perut kembang kemungkinan adanya *enteroko litis vesikalis*, *omfalokel* atau *duktus omfalo entriskuspersisten* (Marmi, 2012 : 59). Bentuk, penonjolan sekitar tali pusat saat menangis, perdarahan tali pusat, lembek saat menangis (Saifuddin, 2012 : N-33).

(13) Genetalia

(a) Laki-laki

Pada bayi laki-laki panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. Periksa posisi lubang uretra. Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis. Periksa adanya hipospadia dan epispadia (Marmi, 2012 : 59).

(b) Perempuan

Pada bayi perempuan yang harus diperiksa adalah normalnya labia mayora dan minora, pada vagina terdapat lubang, pada uretra terdapat lubang dan terdapat klitoris (Ilmiah, 2015 : 254).

Terkadang tampak adanya secret yang berdarah dari vagina, hal ini

disebabkan oleh pengaruh hormon ibu. Pada bayi cukup bulan, labia mayora menutupi labia minora. Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina (Marmi, 2012 : 59).

(14) Anus

Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya (Marmi, 2012: 59).

(15) Ekstremitas

(a) Atas

Kedua lengan harus sama panjang, periksa dengan cara meluruskan kedua lengan ke bawah, kedua lengan harus bebas bergerak, jika gerakan kurang kemungkinan adanya kerusakan neurologis atau fraktur, periksa jumlah jari perhatikan adanya polidaktili dan sindaktili (Rukiyah, 2010 : 57). Telapak tangan harus dapat terbuka, garis tangan yang hanya satu buah berkaitan dengan abnormalitas kromosom, seperti Trisomi 21 (Kumalasari, 2014 : 221).

(b) Bawah

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 disetiap jari. Panjang tulang pada ekstremitas bawah harus dievaluasi untuk ketepatannya. Lekukan harus dikaji untuk menjamin simetrisitas (Walsh, 2012 : 371).

(16) Kulit

Dalam keadaan normal, kulit berwarna kemerahan kadang-kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan. Pengelupasan yang berlebihan harus dipikirkan kemungkinan adanya kelainan. Waspada timbulnya kulit dengan warna yang tidak rata (*Cutis Marmorata*), telapak tangan, telapak kaki atau kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat atau kuning. Bercak-bercak besar biru yang sering terdapat di sekitar bokong (*Mongolian Spot*) akan menghilang pada umur 1-

5 tahun (Saifuddin, 2014 : 137). Pada bayi dengan miliriasis akan timbul gelembung kecil berisi cairan diseluruh tubuh (Marmi, 2012 : 229). Rambut halus disebut 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 (Heryani, 2010 : 342).

f) Pemeriksaan neurologis

Pemeriksaan neurologis merupakan indikator integritas sistem saraf. Baik respons yang menurun (*hipo*) maupun yang meningkat (*hiper*) merupakan penyebab masalah (Varney, 2008 : 923).

(1) Refleks berkedip (*glabella reflex*)

Ketuk daerah pangkal hidung secara pelan-pelan dengan menggunakan jari telunjuk pada saat mata terbuka. Bayi akan mengedipkan mata pada 4 sampai 5 ketukan pertama (Marmi, 2012 : 357).

(2) Refleks mencari (*rooting reflex*)

Saat pipi disentuh, maka bayi akan menoleh kearah sentuhan dan berusaha menemukan pusat

sentuhan dengan mulut membuka (Indrayani, 2013 : 331).

(3) Refleks menghisap (*sucking reflex*)

Rangsangan puting susu pada langit-langit bayi menimbulkan reflex menghisap (Winkjosastro dkk, 2009 : 134).

(4) Reflek menelan (*swallowing reflex*)

Kumpulan ASI di dalam mulut bayi mendesak otot-otot di daerah mulut dan *faring* untuk mengaktifkan refleks menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung bayi (Winkjosastro dkk, 2009 : 134).

(5) Reflek menoleh (*tonikneck reflex*)

Baringkan bayi, seolah-olah akan mengangkat bayi. Bayi akan mengangkat kepala/reflek leher akan tegak (Indrayani, 2013 : 331). Ekstremitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan *fleksi* bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi istirahat (Marmi, 2016 : 359).

(6) Reflek terkejut (*morro reflex*)

Pada keadaan normal akan terjadi abduksi sendi bahu dan ekstensi lengan. Gendong bayi dalam posisi setengah duduk dengan sudut 30° di atas meja pemeriksaan, kemudian biarkan kepala jatuh ke belakang. Bayi akan menunjukkan respon berupa memeluk dengan *abduksi* dan *ekstensi* dari ekstremitas atas yang cepat dan diikuti dengan *abduksi* yang lebih lambat dan kemudian timbul *fleksi* (Indrayani, 2013 : 332).

(7) Reflek menggenggam (*grasping reflex*)

Ketika telapak tangan bayi di stimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari), respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat (Ledewig, 2007 : 146).

(8) Reflek *galan's*

Cara mengukurnya dengan gores punggung bayi sepanjang sisi tulang belakang dari bahu sampai bokong. Pada kondisi normal punggung bergerak ke arah samping bila distimulasi, dijumpai dengan pada usia 4-8 minggu pertama. Kondisi patologis bila tidak adanya reflek

menunjukkan lesi *medulaspinalis transversal* (Hidayat, 2008 : 80).

(9) Reflek *babinsky*

Gores telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki *hiperekstensi* dengan ibu jari *dorsofleksi* (Indrayani, 2013 : 332).

(10) Reflek melangkah (*stepping reflex*)

Bayi 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,2016:358).

(11) Reflek merangkak (*crawling reflex*)

Bayi akan berusaha untuk merangkak ke depan dengan kedua tangan dan kaki bila diperlukan telungkup pada permukaan datar (Marmi, 2016 : 358).

2. Analisis Data

Menurut Kepmenkes RI No.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.

Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik. Kemungkinan masalah hipoglikemi, hipotermi, ikterik, seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, *oral trush*, *diaper rash* (Marmi, 2012 : 207-229).

3. Perencanaan

Menurut Kepmenkes RI No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.

a. Diagnosa

Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik. Kemungkinan masalah hipoglikemi, hipotermi, ikterik, *seborrhea*, *miliariasis*, muntah dan gumoh, *oral trush*, *diaper rash* (Marmi, 2012 : 207-229).

Tujuan : Bayi baru lahir dapat melewati masa transisi dan intrauterine ke ekstrauterine tanpa terjadi komplikasi.

Kriteria :

- 1) Keadaan umum baik.
- 2) TTV normal menurut Indrayani (2013 : 328-329) yaitu :
 - S : 36,5-37,5 °C.
 - N : 120-160 x/menit.
 - RR : 40-60 x/menit.
- 3) Bayi menyusu kuat.
- 4) Bayi menangis kuat dan bergerak aktif.

Intervensi menurut Marmi (2012 : 87-88) sebagai berikut :

- 1) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering.

R/ Tali pusat yang basah atau lembab dapat menyebabkan infeksi.

- 2) Ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orang tua.

R/ Tanda-tanda bahaya bayi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

- 3) Beri ASI setiap 2 sampai 3 jam.

R/ ASI diberikan 2-3 jam sebagai waktu untuk mengosongkan lambung.

4) Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering.

R/ Bayi harus segera dikeringkan untuk mengurangi pengeluaran panas akibat evaporasi.

5) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusui kurang baik.

R/ Suhu normal bayi adalah $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$. Suhu yang tinggi menandakan adanya infeksi.

6) Mandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir

R/ Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah.

b. Potensial masalah

1) Hipoglikemi

Tujuan : Hipoglikemi tidak terjadi.

Kriteria :

a) Kadar glukosa dalam darah ≥ 45 mg/dL.

b) Tidak ada tanda-tanda hipoglikemi yaitu kejang, letargi, pernapasan tidak teratur, apnea, sianosis, pucat, menolak untuk minum ASI, tangis lemah dan hipotermi.

Intervensi menurut Ladewig (2008 : 182) sebagai berikut :

a) Kaji bayi baru lahir dan catat setiap faktor risiko.

R/ Bayi *preterm*, bayi ibu dari diabetes, bayi baru lahir dengan asfiksia, stres karena kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk berisiko mengalami hipoglikemi.

b) Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan strip-kimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1-2 jam setelah kelahiran.

R/ Bayi yang berisiko harus dikaji tidak lebih dari 2 jam setelah kelahiran, serta saat sebelum pemberian ASI

c) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemi.

R/ Tanda-tanda hipoglikemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

d) Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10% bagi bayi yang berisiko hipoglikemia.

R/ Nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglikemia.

e) Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat, dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal.

R/ Tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas serta menghemat tingkat energi bayi.

2) Hipotermi

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi.

Kriteria :

a) Suhu rektal dan aksila tetap dalam rentang 36,5-37,5°C dan suhu kulit abdomen dalam rentang 36-36,5°C.

b) Tidak ada tanda-tanda hipotermi, seperti bayi tidak mau menetek, tampak lesu, tubuh terasa dingin, denyut jantung bayi menurun, kulit tubuh bayi mengeras/sklerema.

Intervensi menurut Saifuddin (2012 : 373) sebagai berikut :

a) Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksila atau kulit.

R/ Penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh, yang dapat menjadi indikator awal stres dingin.

b) Kaji tanda-tanda hipotermi.

R/ Selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kematian.

- c) Cegah kehilangan panas tubuh bayi, misalnya dengan mengeringkan bayi dan mengganti segera popok yang basah.

R/ Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah.

3) Ikterik Fisiologis

Tujuan : Ikterik fisiologis berkurang/hilang.

Kriteria :

- a) Kadar bilirubin serum $\leq 12,9$ mg/dL.
- b) Tidak ada tanda-tanda ikterus, seperti warna kekuning-kuningan pada kulit, mukosa, sklera, dan urine.

Intervensi menurut Varney (2008 : 943) sebagai berikut :

- a) Mengkaji tanda dan gejala klinis ikterik fisiologis.

R/ Kepala dan leher=kadar bilirubin 5 mg%. Kepala dan leher dan badan bagian atas=9 mg%. Kepala, leher, badan bagian atas sampai tungkai=11mg%. seluruh tubuh kecuali ekstremitas=12 mg%. Seluruh tubuh=16mg%.

- b) Berikan ASI sesegera mungkin dan lanjutkan setiap saat (on demand)

R/ Mekonium memiliki kandungan bilirubin yang tinggi dan penundaan keluarnya mekonium meningkatkan reabsorpsi bilirubin sebagai bagian dari pirau enterohepatik.

- c) Jemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit.

R/ Menjemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit akan mengubah senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah diekskresikan.

4) Seborrhea

Tujuan : Tidak terjadi seborrhea.

Kriteria : Tidak timbul ruam tebal berkeropeng berwarna kuning di kulit kepala, kulit kepala bersih dan tidak ada ketombe

Intervensi menurut Sudarti (2012 : 12) sebagai berikut :

- a) Cuci kulit kepala bayi menggunakan shampo bayi yang lembut sebanyak 2-3 kali seminggu.

R/ Shampo bayi harus lembut karena sesuai dengan fungsi kelenjar. Kulit pada bayi belum bekerja secara sempurna.

- b) Oleskan krim *hydrocortisone*.

R/ Krim *hydrocortison* biasanya mengandung asam salisilat yang berfungsi untuk membasmi ketombe.

- c) Biasakan untuk selalu mencuci tangan sesudah menyentuh kulit kepala anak yang terkena infeksi.

R/ Untuk menghindari penularan lebih lanjut.

- d) Periksa ke dokter, bila keadaan semakin memburuk.

R/ Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas kesehatan atau yang memiliki sarana lebih lengkap diharapkan mampu menyelamatkan jiwa ibu dan BBL.

5) **Miliriasis**

Tujuan : Miliriasis teratasi.

Kriteria : Tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi cairan di seluruh tubuh bayi.

Intervensi menurut Marmi (2016 : 160) sebagai berikut :

- a) Mandikan bayi secara teratur 2 kali sehari.

R/ Mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat yang berlebihan.

- b) Bila berkeringat, seka tubuhnya sesering mungkin dengan handuk, lap kering, atau washlap basah.

R/ Meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat.

c) Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa mengeringkan terlebih dahulu.

R/ Pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat memperparah miliariasis.

d) Kenakan pakaian katun untuk bayi

R/ Bahan katun dapat menyerap keringat yang berlebih.

e) Bawa periksa ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal, luka/lecet, rewel dan sulit tidur.

R/ Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas kesehatan atau yang memiliki sarana lebih lengkap diharapkan mampu menyelamatkan jiwa ibu dan BBL.

6) Muntah dan gumoh

Tujuan : Bayi tidak muntah dan gumoh setelah minum.

Kriteria : Tidak muntah dan gumoh setelah minum ASI.

Bayi tidak rewel.

Intervensi menurut Manuaba (2012 : 207) sebagai berikut :

a) Sendawakan bayi selesai menyusui.

R/ Bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui.

- b) Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel atau menangis.

R/ Mengurangi masuknya udara yang berlebihan.

7) *Oral trush*

Tujuan : *Oral trush* tidak terjadi.

Kriteria : Mulut bayi tampak bersih.

Intervensi menurut Ilmiah (2015 : 211) sebagai berikut :

- a) Bersihkan mulut bayi setelah selesai menyusui menggunakan air matang.

R/ Terdapat adanya stomatitis pada mulut merupakan tanda adanya *oral trush*.

- b) Bila bayi minum menggunakan susu formula, cuci bersih botol dan dot susu, setelah itu diseduh dengan air mendidih atau direbus hingga mendidih sebelum digunakan.

R/ Mematikan kuman dengan suhu tertentu.

- c) Bila bayi menyusui ibunya, bersihkan puting susu sebelum menyusui.

R/ Mencegah timbulnya *oral trush*.

8) *Diaper rash*

Tujuan : Tidak terjadi *diaper rash*.

Kriteia : Tidak timbul bintik merah pada kelamin dan bokong bayi.

Intervensi menurut Leveno (2009 : 292) sebagai berikut :

a) Perhatikan daya tampung dari diaper, bila telah menggantung atau menggelembung ganti dengan yang baru.

R/ Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urine dan feses membasahi tali pusat.

b) Hindari pemakaian diaper yang terlalu sering. Gunakan diaper disaat yang membutuhkan sekali.

R/ Mencegah timbulnya *diaper rash*.

c) Bersihkan daerah genitalia dan anus bila bayi BAB dan BAK, jangan sampai ada sisa urin atau kotoran dikulit bayi.

R/ Kulit bayi baru lahir yang normal, tipis, halus dan mudah sekali mengalami trauma akibat desakan, tekanan atau zat yang memiliki pH berbeda.

d) Keringkan pantat bayi lebih lama sebagai salah satu tindakan pencegahan.

R/ Kulit tetap kering sehingga meminimalkan timbulnya iritasi kulit.

4. Pelaksana Tindakan

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2007 : 6).

5. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melakukan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi harus segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan/keluarga (Kepmenkes RI, 2007 : 7).

6. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI (2007: 7), 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 : Data subyektif, mencatat hasil anamnesa.

O: Data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A: Hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P: Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/*follow up* dan rujukan.

2.2.5 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana

1. Pengkajian Data

a. Data subjektif

1) Identitas

a) Nama

Nama merupakan identitas khusus yang membedakan seseorang dengan orang lain (Widatiningsih dkk, 2017 : 162).

b) Usia

Wanita usia <20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk menjarangkan kehamilan, dan usia >35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifuddin, 2013 : U-9).

c) Agama

Dengan diketahuinya agama klien, akan memudahkan bidan melakukan pendekatan di dalam melaksanakan asuhan kebidanan (Marmi, 2016 : 121).

d) Pendidikan

Penguasaan pengetahuan juga erat kaitannya dengan tingkat pendidikan seseorang (Jannah,2012:143). Semakin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontap, suntik KB, susuk KB atau AKBK (Alat Kontrasepsi Bawah Kulit), AKDR (Manuaba,2012:592).

e) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak diduga (Glasier, 2007 : 18).

f) Alamat

Wanita yang tinggal di tempat terpencil mungkin memilih metode yang tidak mengharuskan

mereka berkonsultasi secara teratur dengan petugas keluarga berencana (Glasier,2007:20).

2) Keluhan utama

Keluhan utama pada ibu pascasalin menurut Saifuddin (2014 : U-9) adalah :

- a) Usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan.
- b) Usia > 35 tahun tidak ingin hamil lagi.

3) Riwayat kebidanan

- a) Riwayat menstruasi

Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pasca persalinan insersi implan dapat dilakukan setiap saat. Bila menyusui penuh, klien tidak perlu memakai metode kontrasepsi lain. Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, insersi dapat dilakukan setiap saat tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja (Sarwono, 2010 : MK-56).

- b) Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

Pada klien pasca persalinan yang tidak menyusui, masa infertilitasnya rata-rata berlangsung sekitar 6 minggu. Sedangkan pada klien yang

menyusui, masa infertilitasnya lebih lama. Namun kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan (Saifuddin, 2010 : U-51).

c) Riwayat KB

(1) Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada akseptor, pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implant, IUD) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2015 : 124).

(2) Pasien yang pernah mengalami problem ekspulsi IUD, ketidakmampuan mengetahui tanda-tanda bahaya IUD, ketidakmampuan untuk memeriksa sendiri ekor IUD merupakan kontraindikasi untuk KB IUD (Hartanto, 2015 : 124).

4) Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan ibu

(1) Ibu dengan penyakit infeksi alat genital (vaginitis, servitis), sedang mengalami atau menderita PRP atau abortus septik, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang mempengaruhi kavum uteri, penyakit trofoblas yang ganas, TBC pelvik, kanker alat genital tidak

diperkenankan menggunakan AKDR dengan progestin (Saifuddin, 2013 : 12).

(2) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke (Saifuddin, 2010 : MK-43).

(3) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah <180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau *anemia* bulan sabit (*sickle cell*) (Saifuddin, 2010:MK-55).

5) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

Kadar progesteron yang berlebihan dapat menyebabkan bertambahnya nafsu makan (Winkjosastro dkk, 2009 : 548). DMPA merangsang pusat pengendali nafsu makan di hipotalamus, yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak dari biasanya (Hartanto, 2015 : 124).

b) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan

kandung kencing karena relaksasi otot (Hartanto,2015:124).

c) Istirahat

Gangguan tidur yang dialami ibu karena harus menyusui *on demand* (menyusui setia pada saat bayi membutuhkan), sering menyusui selama 24 jam termasuk di malam hari (Affandi, 2013 : MK-4).

Gangguan tidur yang dialami ibu pemakai kontrasepsi hormonal dikarenakan pada awal pemakaian dapat memberikan efek samping dari (mual, pusing, nyeri payudara, perubahan perasaan) (Saifuddin, 2012 : MK-55).

d) Personal Hygiene

Kebersihan perlu lebih diperhatikan karena pada pemakaian IUD potensial *Pelvic Inflammatory Disease* (PID) lebih tinggi (Affandi, 2013 : MK-81).

e) Kehidupan seksual

Pasangan harus diberi tahu tentang ekspresi seksual setelah melahirkan adalah normal, respon sehat dalam hubungan dan bahwa mereka harus tetap mengingat bahwa ekspresi seksual tidak dibatasi hanya pada hubungan seksual (koitus) (Walsh, 2012 : 393).

f) Riwayat ketergantungan

Ibu yang merokok dapat menggunakan kontrasepsi mini pil, suntik progestin, dan AKDR. Ibu yang menggunakan obat-obatan dalam jangka waktu yang panjang, seperti obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat) atau obat tuberculosis (rifampisin) dapat menggunakan kontrasepsi suntik progestin dan AKDR, akan tetapi tidak dianjurkan untuk menggunakan kontrasepsi implan, karena dapat menurunkan efektivitas implan (Saifuddin, 2010 : MK-43).

g) Riwayat psiko-sosial

Selama 6 minggu pertama pasca persalinan, progestin mempengaruhi tumbuh kembang bayi (Saifuddin, 2010 : U-54). Pada metode koitus interruptus memerlukan kerjasama sepenuhnya dari pihak pria dan kemampuan untuk menarik dengan segera sebelum ejakulasi. Ini dapat menurunkan kenikmatan orgasme untuk pria dan wanita (Walsh, 2012 : 398).

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan umum

Klien dimasukkan dalam kriteria lemah ini jika ia kurang atau tidak memberikan respons yang baik

terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan (Widatiningsih dkk, 2017 : 179).

a) Tanda-tanda vital

(1) Tekanan darah

Tekanan darah dalam batas normal, yaitu 100/70-130/90 mmHg (Marmi,2011:163).

Suntikan progestin dan implan dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah <180/110 mmHg (Saifuddin,2010:MK-43). Suhu tubuh normal menurut Kusmiyati (2011:56) adalah 36,5°C-37,5°C. Peningkatan suhu menunjukkan proses infeksi atau dehidrasi (Widatiningsih dkk,2017:180). Pada pernafasan normalnya 16-24 kali per menit (Saifuddin,2009:203).

b) Pemeriksaan antropometri

(1) Berat badan (BB)

Permasalahan berat badan merupakan efek samping dari penggunaan kontrasepsi hormonal, terjadi peningkatan atau penurunan berat badan (Saifuddin, 2012 : MK-50).

2) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli, 2011 : 174). Kulit pucat, dan rambut rapuh dapat mengindikasikan kekurangan nutrisi. Adanya parasit berhubungan dengan kondisi tempat tinggal yang buruk (Walsh, 2007 : 114).

b) Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Saifuddin, 2014 : 319).

c) Mata

Bentuk simetris, *konjungtiva* normal berwarna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada *konjungtivitis* (Romauli, 2011 : 174). Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin (Hartanto, 2013 : 279).

d) Hidung

Tidak ada massa, edema mukosa, sekresi (lendir/darah), tidak ditemukan gerak cuping hidung pada pernapasan (Widatiningsih, 2017 : 181).

e) Telinga

Normal tidak ada serumen yang berlebihan dan tidak berbau, bentuk simetris (Romauli, 2011 : 99).

f) Mulut dan gigi

Bibir simetris, lidah dan mukosa mulut : tidak ada sianosis, stomatitis, caries dentis, gingivitis, tonsil/faring tidak ada tanda radang (bengkak, kemerahan) (Widatiningsih, 2017 : 181).

g) Leher

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

h) Dada

Simetris, tidak ada retraksi otot interkostal, batuk. Suara nafas vasikuler, tidak ada wheezing, ronchi, stidor. Irama jantung teratur, tidak ditemukan

murmur/bising jantung, gallop, tidak ada bunyi jantung tambahan lainnya (Widatiningsih,2017:181).

i) Payudara

Pengguna KB hormonal (suntik progestin, implan, dan minipil) tidak dianjurkan pada ibu dengan benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara (Saifuddin, 2012 : MK-43). Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma payudara atau serviks, namun progesterone termasuk DMPA, digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2013 : 281).

j) Abdomen

Dapat terjadi kram abdomen sesaat setelah pemasangan AKDR. Pastikan dan tegaskan adanya penyakit radang panggul dan penyebab lain dari kekejangan. Apabila klien mengalami kejang yang berat, lepaskan AKDR (Saifuddin, 2010 : MK-79).

k) Genetalia

DMPA sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenore (Hartanto, 2013 : 282). Ibu dengan varises di vulva dapat menggunakan AKDR (Prawirohardjo, 2010 : MK-

77). Penggunaan kontrasepsi suntikan progestin dalam jangka panjang, dapat menimbulkan kekeringan pada vagina (Saifuddin, 2010 : MK-42).

l) Anus

Normal tidak ada benjolan atau pengeluaran darah dari anus (Romauli, 2011 : 111).

m) Ekstremitas

Normal bila tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon ditekuk, bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungkin tanda preeklamsi. Pasien yang reflek patella negatif kemungkinan mengalami kekurangan vitamin B1 (Romauli, 2011 : 112). Pada pengguna implan, luka bekas insisi akan mengeluarkan darah/nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan (Hartanto,2015:256).

3) Pemeriksaan khusus

a) Pemeriksaan inspekulo

Dilakukan untuk mengetahui adanya lesi atau keputihan pada vagina. Selain itu juga untuk mengetahui ada tidaknya tanda-tanda kehamilan (Siswishanto, 2013 : 421). Untuk memeriksa adanya

cairan vagina, servitis, dan pemeriksaan mikroskopis bila diperlukan (Saifuddin,2010: PK-5).

b) Pemeriksaan bimanual

Lakukan pemeriksaan dalam bimanual untuk menentukan besar, bentuk, posisi, dan mobilitas uterus, serta untuk menyingkirkan kemungkinan-kemungkinan adanya infeksi atau keganasan dari organ-organ sekitarnya (Hartanto, 2015 : 212).

c) Pemeriksaan sondage uterus

Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm merupakan kontraindikasi pemasangan AKDR (Affandi, 2013 : MK-83).

2. Analisis Data

Menurut Kepmenkes RI No.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.

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 (Ambarwati,2010:340).

3. Perencanaan

Menurut Kepmenkes RI No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.

a. Diagnosa

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 (Ambarwati, 2010 : 340).

Tujuan :

- 1) Setelah dilakukan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif.
- 2) Pengetahuan ibu tentang macam-macam, cara kerja, kelebihan, kekurangan serta efek samping KB bertambah.
- 3) Ibu dapat memilih KB yang sesuai dengan keinginan dan kondisinya.

Kriteria :

- 1) Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas.
- 2) Ibu memilih salah satu KB yang sesuai.
- 3) Ibu terlihat tenang

Intervensi menurut Saifuddin (2014 : 348) sebagai berikut :

- 1) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.
R/ Membangun hubungan saling percaya dapat mempermudah melakukan asuhan kebidanan.
- 2) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan)
R/ Kita akan dapat membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien.
- 3) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontraindikasi.
R/ Penjelasan yang tepat dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang dia inginkan.
- 4) Bantulah klien menentukan pilihannya.
R/ Klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keinginan dan keadaannya.

5) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.

R/ Diskusi yang tepat dapat memberikan dampak positif jangka panjang kepada klien dan pasangan.

6) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.

R/ Penjelasan yang lebih lengkap diharapkan klien mampu memilih kontrasepsi dengan tepat.

7) Pesankan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang.

R/ Kunjungan ulang dapat menjadi monitor keadaan ibu dan deteksi dini adanya komplikasi/masalah selama menggunakan kontrasepsi.

a. Potensial Masalah

1) Sakit kepala/pusing

Tujuan : Pusing dapat teratasi dan ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya.

Kriteria : Tidak merasa pusing, mengetahui tentang efek samping KB hormonal.

Intervensi menurut Mochtar (2008 : 35) sebagai berikut :

a) Kaji keluhan pusing pasien.

R/ Membantu menegakkan diagnose dan dapat menentukan langkah pengobatan selanjutnya.

- b) Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara.

R/ Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan salah satu efek samping dari KB hormonal.

- c) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi.

R/ Teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan secara efektif dapat mengurangi sakit kepala/pusing.

- d) Anjurkan ibu untuk istirahat/tidur saat terasa pusing.

R/ Dengan istirahat/tidur dapat mengurangi rasa sakit kepala/pusing.

2) *Amenorrhoea*

Tujuan : Ibu tidak terjadi komplikasi lebih lanjut.

Kriteria : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya.

Intervensi menurut Saifuddin (2010 : MK-47) sebagai berikut :

- a) Kaji pengetahuan pasien tentang *amenorrhoea*.

R/ Dapat memberikan tambahan pengetahuan yang masih kurang.

- b) Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul di dalam rahim.

R/ Ibu dapat merasa tenang dengan keadaannya.

- c) Bila terjadi kehamilan hentikan penggunaan KB, bila kehamilan ektopik segera rujuk.

R/Penggunaan KB pada kehamilan dapat mempengaruhi kehamilan.

3) Perdarahan bercak/spotting

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya.

Kriteria : Keluhan ibu dengan bercak/spotting berkurang

Intervensi menurut Prawirohardjo (2010 : MK-47) sebagai berikut :

- a) Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah.

R/ Klien mampu mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek menggunakan KB hormonal

- b) Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya.

R/ Klien mengerti dan memahami kontrasepsi yang akan digunakan.

4) Perdarahan pervaginam

Tujuan : Ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut.

Kriteria : Perdarahan berkurang dan ibu tidak merasa cemas dengan keadaannya.

Intervensi menurut Hartanto (2015 : 368) sebagai berikut:

a) Pastikan dan tegaskan adanya infeksi pelvic dan kehamilan ektopik.

R/ Tanda dari kehamilan ektopik dan infeksi pelvic berupa perdarahan yang banyak.

b) Berikan terapi ibuprofen (800 mg 3 x/hari 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 tablet tambah darah dapat mengganti jumlah kehilangan darah ibu.

c) Lepaskan AKDR jika klien menghendaki.

R/ Perdarahan yang banyak merupakan komplikasi dari penggunaan AKDR.

5) Penambahan berat badan

Tujuan : Ibu mengerti bahwa penambahan berat badan merupakan efek samping dari KB hormonal.

Kriteria : Ibu mengerti dan mampu beradaptasi dengan keadaannya.

Intervensi menurut Leveno (2009 : 178) sebagai berikut :

a) Jelaskan kepada ibu tentang efek samping dari KB hormonal.

R/ Pengetahuan yang baik ibu dapat menerima efek samping dari kontrasepsi yang dipilih.

b) Anjurkan ibu untuk makan makanan seimbang dan olahraga yang teratur

R/ Makan yang seimbang dan olahraga yang teratur dapat membuat berat badan tetap seimbang.

4. Pelaksanaan tindakan

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2007 : 6).

5. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melakukan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi harus segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan/keluarga (Kepmenkes RI, 2007 : 7).

6. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI (2007: 7), 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 : Data subyektif, mencatat hasil anamnesa.
- O : Data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.
- A : Hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.
- P : Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan

penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/*follow up* dan rujukan.