

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah proses mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan placenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Sholichah dan Lestari, 2017: 4).

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan, yaitu pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ke-7 sampai 9 bulan (Prawirahardjo, 2008: 10).

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai ¹² atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implentasi. Bila

dihitung dari fase fertilitas hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan berlangsung dalam 3 trimester, trimester 1 berlangsung dalam 13 minggu, trimester 2 14 minggu (minggu ke 14 hingga ke 27), dan trimester ke 3 13 minggu (minggu ke 28 hingga ke 40) (Evayanti, 2015: 7).

Kehamilan dikenal juga sebagai gestasi adalah waktu dimana satu atau lebih keturunan berkembang di dalam rahim seorang wanita (Esfahani, 2016: 11).

2. Fisiologi Kehamilan

a. Tanda-tanda kehamilan

1) Tanda tidak pasti (Presumtif)

Tanda-tanda presumtif adalah perubahan fisiologik pada ibu atau seorang perempuan yang mengindikasikan bahwa ia telah hamil. Tanda tidak pasti atau terduga hamil adalah perubahan anatomic dan fisiologik selain dari tanda-tanda presumtif yang dapat dideteksi atau dikenali oleh pemeriksa. Tanda-tanda tidak pasti adalah sebagai berikut:

a) *Amenorhea* (terlambat datang bulan)

Kehamilan menyebabkan dinding dalam uterus (endometrium) tidak dilepaskan sehingga *amenorrhea* atau tidak datangnya haid dianggap sebagai tanda

kehamilan. Namun, hal ini tidak dapat dianggap sebagai tanda pasti kehamilan karena amenorrhea dapat juga terjadi pada beberapa penyakit kronik, tumor-hipofise, perubahan factor-faktor lingkungan, malnutrisi, dan paling sering gangguan emosional terutama pada mereka yang tidak ingin hamil atau malahan mereka yang ingin sekali hamil (dikenal dengan *pseudocyesis* atau hamil semu) (Romaulli, 2011:91).

b) Mual dan muntah

Mual dan muntah merupakan gejala umum mulai dari rasa tidak enak sampai muntah yang berkepanjangan dalam kedokteran sering dikenal *morning sickness* karena munculnya sering kali pagi hari. Mual dan muntah diperberat oleh makanan yang baunya menusuk dan juga oleh emosi penderita yang tidak stabil. Untuk mengatasinya penderita perlu diberi makanan-makanan yang ringan, mudah dicerna, dan juga jangan lupa menerangkan bahwa keadaan ini masih dalam batas normal orang hamil. Bila berlebihan dapat pula diberikan obat-obatan anti muntah (Romaulli, 2011:91).

c) Mastodinia

Mastodinia adalah rasa kencang dan sakit pada payudara disebabkan payudara membesar. Faskularisasi bertambah asinus dan duktus berpoliferasi karena pengaruh estrogen dan progesterone (Romaulli, 2011:91).

d) Gangguan kencing

Frekuensi kencing bertambah dan sering kencing malam, disebabkan karena desakan uterus yang membesar dan tarikan oleh uterus ke kranial. Hal ini terjadi pada triwulan kedua umumnya keluhan ini hilang oleh uterus yang membesar keluar dari rongga panggul. Pada akhir triwulan III, gejala biasa timbul karena janin mulai masuk keruang panggul dan menekan kembali kandung kencing (Romaulli, 2011:91).

e) Perubahan berat badan

Pada kehamilan 2-3 bulan sering terjadi penurunan berat badan karena nafsu makan menurun dan muntah-muntah. Pada bulan selanjutnya berat badan akan selalu meningkat sampai stabil menjelang aterm (Romaulli, 2011:91).

f) Perubahan warna kulit

Perubahan ini antara lain cloasma yakni warna kulit yang kehitam-hitaman pada dahi, punggung hidung dan kulit daerah tulang pipi, terutama pada wanita dengan warna kulit gelap. Biasanya muncul setelah kehamilan 16 minggu. Pada daerah areola dan puting payudara, warna kulit menjadi lebih hitam. Perubahan-perubahan ini disebabkan stimulasi MSH (*melanocyte stimulating hormone*). Pada kulit daerah abdomen dan payudara dapat mengalami perubahan yang disebut striae gravidarum yaitu perubahan warna seperti jaringan parut (Romaulli, 2011:91).

g) Mengidam (ingin makanan khusus)

Mengidam sering terjadi pada bulan-bulan pertama. Ibu hamil sering meminta makanan atau minuman tertentu, terutama pada trimester pertama. Akan tetapi menghilang dengan makin tuanya kehamilan (Romaulli, 2011:91).

h) Lelah (*fatigue*)

Kondisi ini disebabkan oleh menurunnya basal metabolic rate (BMR) dalam trimester pertama kehamilan. Dengan meningkatnya aktifitas metabolic

produk kehamilan (janin) sesuai dengan berlanjutnya usia kehamilan, maka rasa lelah yang terjadi selama trimester pertama akan berangsur-angsur menghilang dan kondisi ibu hamil akan menjadi lebih segar (Romauli, 2011:91).

b. Tanda Kemungkinan Kehamilan

- 1) Pembesaran abdomen
- 2) Ballotment

Jika dilakukan pemeriksaan palpasi diperut ibu dengan cara menggoyang-goyangkan di salah satu sisi, maka akan terasa pantulan disisi yang lain.

- 3) Perubahan bentuk, ukuran, serta konsistensi uterus
- 4) Garis besar uterus yang dapat dipalpasi
- 5) Perlunakan serviks
- 6) Kontraksi *Braxton hicks*

Bila uterus dirangsang (distimulasi dengan diraba) akan mudah berkontraksi.

- 7) Tes urine kehamilan (tes HCG) positif

Tes urine dilaksanakan minimal satu minggu setelah terjadi pembuahan. Tujuan dari pemeriksaan ini adalah mengetahui kadar hormone gonadotropin dalam urine.

Kadar yang melebihi ambang normal, mengindikasikan bahwa wanita mengalami kehamilan

(Meiliya dan Esty, 2009:15)

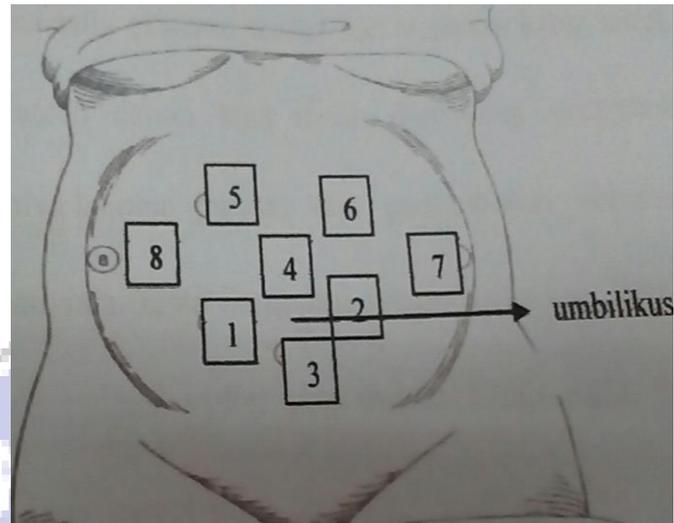
c. Tanda pasti kehamilan

Tanda pasti hamil adalah data atau kondisi yang mengindikasikan adanya buah kehamilan atau bayi yang diketahui melalui pemeriksaan adanya buah kehamilan atau bayi yang diketahui melalui pemeriksaan dan direkam oleh pemeriksa (misalnya denyut jantung janin, gambaram sonogram janin, dan gerak janin) (Romaulli, 2011:96).

Menurut Romaulli (2011:96-97) tanda pasti kehamilan dibedakan menjadi:

1) Denyut jantung janin (DJJ)

Dapat didengar dengan stetoskop laenec pada minggu 17-18. Pada orang gemuk, lebih lambat. Dengan stetoskop ultrasonic (Doppler), DJJ dapat di dengarkan lebih awal lagi, sekitar minggu ke 12. Melakukan auskultasi pada janin bisa juga mengidentifikasi bunyi-bunyi yang lain, seperti bising tali pusat, bising uterus, dan nadi ibu.



Gambar 2.1

Letak Punktum Maksimum setelah Minggu Ke 26

Gestasi pada Posisi Normal

Sumber: Romauli, 2011:96

2) Gerakan janin dalam Rahim

Gerakan janin juga bermula pada usia kehamilan mencapai 12 minggu, tetapi baru dapat dirasakan oleh ibu pada usia kehamilan 16-20 minggu karena di usia kehamilan tersebut, ibu hamil dapat merasakan gerakan halus hingga tendangan kaki bayi di usia kehamilan 16-18 minggu (di hitung dari hari pertama haid terakhir). Gerakan pertama bayi yang dapat dirasakan ibu tersebut dengan *quickening*, yang sering diartikan sebagai kesan kehidupan. Walaupun gerakan awal ini dapat dikategorikan tanda pasti

hamil dan estimasi usia kehamilan, tetapi hal ini sering dikelirukan dengan gerakan usus akibat perpindahan gas di dalam lumen saluran cerna. Bagian-bagian tubuh bayi juga dapat di palpasi dengan mudah mulai usia kehamilan 20 minggu.

d. Tanda *Braxton-Hicks*

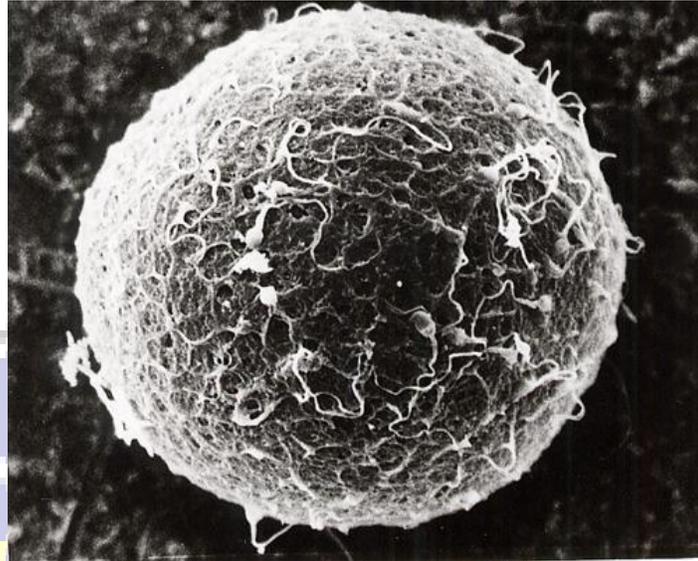
Bila uterus dirangsang mudah berkontraksi. Tanda ini khas untuk uterus dalam masa hamil. Pada keadaan uterus yang membesar tetapi tidak ada kehamilan misalnya pada mioma uteri, maka tanda ini tidak ditemukan.

3. Proses kehamilan

Proses kehamilan merupakan mata rantai yang bersinambung dan terdiri dari: ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi, (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2010:75).

a. Ovulasi

Ovulasi adalah proses pelepasan ovum yang di pengaruhi oleh sistem hormonal yang kompleks. Selama masa subur yang berlangsung 20 sampai 35 tahun, hanya 420 ovum yang dapat mengikuti proses pematangan dan terjadi ovulasi.



Gambar 2.2
Ovum
Sumber: Manuaba, 2010:75

Proses pertumbuhan ovum (oogenesis) asalnya epitel germinal – oogonium – folikel primer – proses pematangan pertama -. Dengan pengaruh FSH, folikel primer mengalami perubahan menjadi folikel de graff yang menuju ke permukaan ovarium disertai pembentukan cairan folikel. Desakan folikel de graff ke permukaan ovum menyebabkan penipisan dan disertai devaskularisasi. Selama pertumbuhan menjadi folikel de graff, ovarium mengeluarkan hormone estrogen yang dapat mempengaruhi gerak dari tuba yang makin mendekati ovarium, gerak sel rambut lumen tuba makin aktif. Ketiga factor ini

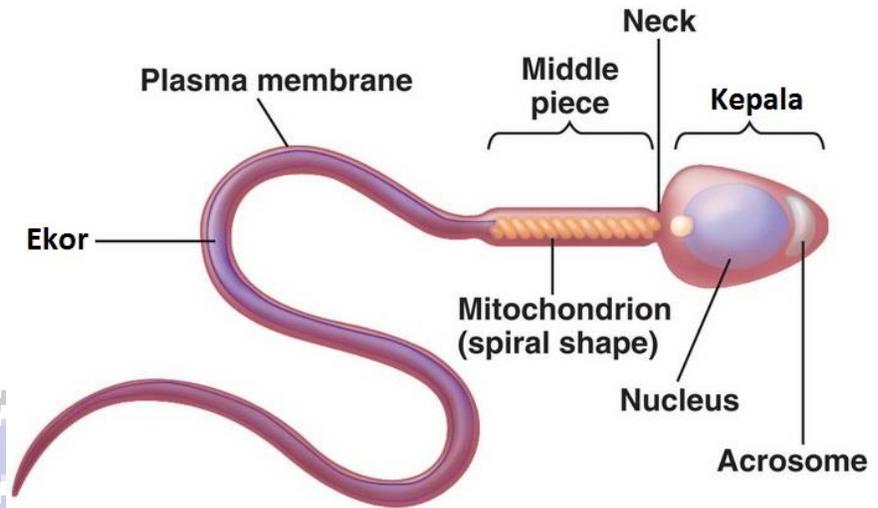
menyebabkan aliran cairan dalam tuba makin deras menuju uterus. Dengan pengaruh LH yang semakin besar dan fluktuasi yang mendadak, terjadi proses pelepasan ovum yang disebut ovulasi. Dengan gerak aktif tuba yang mempunyai umbai (fimbriae) maka ovum yang telah di lepaskan segera di tangkap oleh fimbriae tuba. Proses penangkapan ini di sebut ovum pick up mechanism. Ovum yang tertangkap terus berjalan mengikuti tuba menuju uterus, dalam bentuk pematangan pertama, artinya telah siap untuk dibuahi (Manuaba, 2010:75).

b. Spermatozoa

Spermatozoa terdiri dari 3 bagian yaitu:

- 1) Kaput (kepala) yang mengandung bahan nucleus
- 2) Ekor berguna untuk bergerak
- 3) Bagian silindrik, menghubungkan kepala dan ekor

Pada saat coitus kira-kira 3-5 cc semen ditumpahkan ke dalam fornix posterior dengan jumlah spermatozoa sekitar 200-500 juta. Dengan gerakan ekornya sperma masuk ke dalam kanalis servikalis. Didalam rongga uterus dan tuba gerakan sperma terutama disebabkan oleh kontraksi otot-otot pada rongga tersebut.



Gambar 2.3

Spermatozoa

Sumber: Romauli, 2011:55

Spermatozoa dapat mencapai ampulla, kira-kira satu jam setelah coitus. Hanya beberapa ratus sperma yang bisa mencapai tempat ini. Sebagian besar mati sebagai akibat keasaman vagina, sebagian lagi hilang/mati dalam perjalanan. Sperma dapat bertahan dalam saluran reproduksi wanita sampai empat hari. Dalam saluran reproduksi wanita spermatozoa mengalami kapasitas sebelum ia mampu membuahi ovum. Kapasitas terjadi dalam rongga uterus dan tuba yaitu berupa pelepasan lapisan pelindung disekitar akrosom. Setelah ini terjadilah reaksi akrosomik yaitu pembentukan lubang-lubang

pada akrosom tempat dilepaskannya enzim-enzim yang dapat meliliskan corona radiata dan zona pelucida. Setidaknya di kenal dua enzim yaitu CPE (Corona Penetrating Enzyme) yang mencerna corona radiata dan hialuronidase yang mencerna zona pelucida (Romauli, 2011: 55-56).

c. Fertilisasi

Fertilisasi adalah terjadinya pertemuan dan persenyawaan sel mani dan sel telur. Fertilisasi terjadi di ampulla tuba. Syarat setiap kehamilan adalah harus ada spermatozoa, ovum, pembuahan ovum (konsepsi), dan nidasi hasil konsepsi. Dalam literatur istilah lain yang sering dipakai untuk fertilisasi adalah konsepsi, fekondasi/pembuahan.



Gambar 2.4

Fertilisasi

Sumber: Romauli, 2011:56

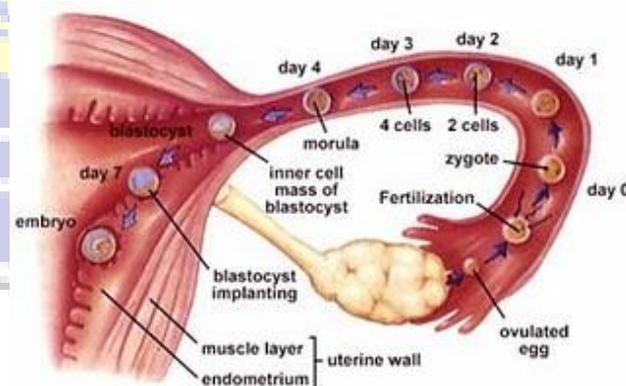
Dengan adanya fertilisasi inti ovum segera berubah menjadi pronukleus betina, sementara spermatozoon setelah melepaskan ekornya berubah menjadi pronukleus jantan. Kedua pronukleus ini akhirnya melebur di tengah-tengah sitoplasma sel telur dan terjadilah zigot, sebuah sel tunggal, awal sebuah kehidupan baru makhluk hidup. Hasil fertilisasi yaitu:

- 1) Kembalinya sel dengan jumlah kromosom diploid ($2n$) pada manusia dengan jumlah diploid adalah 46.
- 2) Penurunan/pewarisan sifat-sifat spesies.
- 3) Ini disebabkan karena zigot mengandung separuh sifat ibu dan separuh sifat ayah
 - a) Penentuan jenis kelamin.
 - b) Jenis kelamin ditentukan di awal terjadinya pembuahan. Pada manusia struktur (46, XX) adalah wanita sedangkan (46, XY) adalah laki-laki.
 - c) Permulaan pembelahan segmentasi (cleavage).
 - d) Segera setelah terjadinya pembuahan, zigot dalam 8-14 jam akan memulai pembelahan sel selanjutnya dengan kecepatan tiap 10-12 jam.

(Romauli, 2011:56)

d. Implantasi (Nidasi)

Nidasi adalah masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi ke dalam endometrium. Blastula diselubungi oleh suatu simpai, disebut *trofoblast*, yang mampu mengancurkan atau mencairkan jaringan. Ketika blastula mencapai rongga rahim, jaringan endometrium berada dalam fase sekresi. Jaringan endometrium ini banyak mengandung nutrisi untuk buah kehamilan. Blastula dengan bagian yang berisi massa sel dalam (*inner cell mass*) akan mudah masuk kedalam desidua, menyebabkan luka kecil yang kemudian sembuh dan menutup lagi. Itulah sebabnya kadang-kadang pada saat nidasi terjadi sedikit perdarahan akibat luka desidua dengan tanda Hartman. Umumnya nidasi terjadi pada dinding depan atau belakang Rahim (korpus) dekat fundus uteri.



Gambar 2.5

Nidasi

Sumber: Sulistyawati, 2012:37

Bila nidasi telah terjadi, dimulailah diferensiasi sel-sel blastula. Sel-sel lebih kecil yang terletak dekat ruang *exocoeloma* membentuk entoderm dan yolk sac, sedangkan sel-sel yang lebih besar menjadi entoderm dan membentuk ruang amnion. Terbentuklah suatu lempeng embrional di antara amnion dan yolk sac. Sel-sel trofoblast mesodermal yang tumbuh di sekitar mudigah akan melapisi bagian dalam trofoblast, sehingga terbentuklah sekat korionik yang kelak menjadi korion. Sel-sel trofoblast tumbuh menjadi 2 lapisan, yaitu *sititrofoblast* (sebelah dalam) dan *sinsiotrofoblast* (sebelah luar). Vili korialis yang berhubungan dengan desidua basalis tumbuh bercabang-cabang dan disebut sebagai *korion frondosum*, sedangkan yang berhubungan dengan desidua kapsularis (*korion leave*) kurang mendapat makanan sehingga akhirnya menghilang. Dalam peringkat nidasi trofoblast dihasilkan hormone *human chorionic gonadotropin* (HCG) (Sulistyawati, 2012:37-38).

e. Plasenta

Plasenta adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta. Setelah nidasi embrio ke dalam endometrium, plasentasi dimuali. Pada manusia plasentasi berlangsung sampai 12-18 minggu setelah fertilisasi (Saifuddin, 2010:145).

Dalam 2 minggu pertama perkembangan hasil konsepsi, trofoblas invasive telah melakukan penetrasi ke pembuluh darah endometrium. Terbentuklah sinus intertrofoblastik yaitu ruangan-ruangan yang berisi darah maternal dan pembuluh-pembuluh darah yang dihancurkan. Pembuluh ini berjalan terus, sehingga ruangan-ruangan interfilier dimana vili korialis seolah-olah terapung-apung diantara ruangan-ruangan tersebut sampai terbentuknya plasenta (saifudiin, 2010:145).

Tiga minggu paska fertilisasi sirkulasi darah janin dan dapat diidentifikasi dan dimulai pembentukan vili kanalis. Sirkulasi darah janin ini berakhir dilengkungan kapilar di dalam vili korialis yang ruang intervalinya di penuh dengan darah maternal yang dipasok oleh arterispiralis dan dikeluarkan melalui vena uterine. Vili korialis ini akan bertumbuh suatu massa jaringan yaitu plasenta (Saifuddin, 2010:145).

f. Periode embrionik

Sejak konsepsi, perkembangan konsepsi terjadi sangat cepat yaitu zigot mengalami pembelahan menjadi morula (terdiri atas 16 sel blastomer), kemudian menjadi blastokis (terdapat cairan ditengah) yang mencapai uterus, dan kemudian sel-sel mengelompok, berkembang, menjadi embrio (sampai

minggu ke 7). Setelah minggu ke 10 hasil konsepsi disebut janin (Saifuddin, 2010:157).

Embrio akan berkembang sejak usia 3 minggu hasil konsepsi. Secara klinik pada usia gestasi 4 minggu dengan USG akan tampak sebagai kantong gestasi berdiameter 2 cm, tetapi embrio belum tampak. Pada minggu ke 6 haid terakhir, usia konsepsi 4 minggu, embrio berukuran 5 mm, kantong gestasi berukuran 2-3 cm. Pada saat itu akan tampak denyut jantung secara USG. Pada akhir minggu ke 8 usia gestasi, 6 minggu usia embrio, berukuran 22-24 mm, dimana akan tampak kepala yang relative besar dan tonjolan jari (Saifuddin, 2010:158).

4. Perkembangan janin

a. Minggu ke 8-10

- 1) Kepala mempunyai ukuran kira-kira sama dengan tubuh
- 2) Leher lebih panjang sehingga dagu tidak menyentuh tubuh
- 3) Pusat-pusat penulangan/osifikasi muncul pada tulang rawan/kartilago
- 4) Terbentuk kelopak mata, tetapi tetap menutup sampai minggu ke 25 usus mengalami penonjolan/herniasi kedalam Funiculus umbilicalis karena tidak tersedia cukup ruang di dalam perut.

- 5) Insersi Funiculus umbilicalis, sangat rendah pada abdomen.
Apabila perut ibu diraba terlalu keras maka fetus akan bergerak menjauh.

b. Minggu ke-12

- 1) Panjang tubuh kira-kira 9 cm dan berat 14 gram.
- 2) Sirkulasi fetal telah berfungsi secara penuh.
- 3) Traktus renalis mulai berfungsi.
- 4) Terdapat refleks menghisap dan menelan.
- 5) Genitalia eksterna telah tampak dan dapat ditetapkan jenis kelaminnya.

c. Minggu ke-12-16

- 1) Panjang badan kira-kira 16 cm pada akhir.
- 2) Minggu ke-16 dengan berat 100 gram.
- 3) Kulit sangat tembus pandang/transparan sehingga vasa darah dapat terlihat.
- 4) Deposit (timbunan) lemak subkutan terjadi menjelang minggu ke-16
- 5) Rambut mulai tumbuh pada kepala dan lanugo (bulu halus) mulai tumbuh pada tubuh.

- 6) Tungkai lebih panjang daripada lengan.

d. Minggu ke-16-20

- 1) Kecepatan pertumbuhan mulai berkurang.

- 2) Kepala sekarang tegak dan merupakan separuh panjang badan.
- 3) Gambaran wajah telah nyata, dengan telinga yang terletak pada tempatnya yang normal.
- 4) Kelopak mata, alis mata dan kuku telah tumbuh dengan sempurna.
- 5) Tungkai mempunyai proporsi relative yang baik terhadap tubuh,
- 6) Skeleton terlihat pada pemeriksaan sinar-x (walaupun sinar-x tidak digunakan untuk keperluan diagnosis).
- 7) Kelenjar minyak telah aktif dan vernix caseosa (zat seperti salep) akan melapisi tubuh fetus atau janin.
- 8) Gerakan fetus dapat dirasakan oleh ibu setelah kehamilan minggu ke-18.
- 9) Jantung fetus dapat didengar dengan stetoskop setelah minggu ke-20.
- 10) Traktus renalis mulai berfungsi, dan sebanyak 7-17 ml urine dikeluarkan.

e. Minggu ke-20-24

- 1) Kulit sangat berkeriput karena terdapat terlalu sedikit lemak subkutan.

- 2) Lanugo menjadi lebih gelap dan verniks caseosa menungkat.
- 3) Dari minggu ke-24 dan seterusnya, fetus akan menyepak dalam merespon rangsangan (stimulasi) misalnya bisung yang keras dari luar.
- 4) Bayi tampak tenang apabila ibu mendengarkan music yang tenang dan merdu.
- 5) Semua organ telah tumbuh.
- 6) Pemberian sakarin (gula) kedalam cairan ketuban memperlihatkan adanya kecepatan menelan dua kali lebih besar.

f. Minggu ke-24-28

- 1) Mata terbuka, alis dan bulu mata telah berkembang dengan baik.
- 2) Rambut menutupi kepala.
- 3) Lebih banyak deposit lemak subkutan yang menyebabkan kerutan kulit berkurang.
- 4) Testes mengalami penurunan dari abdomen ke dalam skrotum paad minggu ke-28.
- 5) Fetus yang lahir pada akhir masa ini mempunyai angka kematian atau mortalitas yang tinggi karena gangguan pernapasan atau respirasi

g. Minggu ke-28-32

- 1) Lanugo mulai berkurang.
- 2) Tubuh mulai lebih membulat karena lemak disimpan disana.
- 3) Testes terus turun.

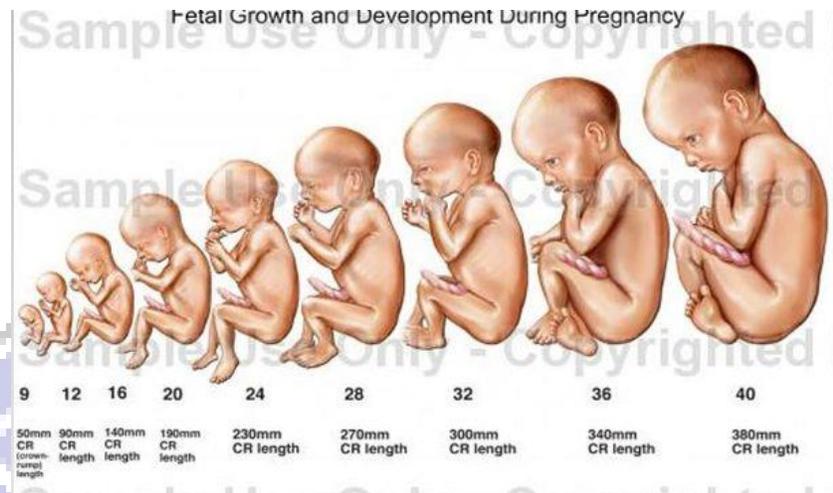
h. Minggu ke-32-36

- 1) Lanugo sebagian besar telah terlepas/rontok tetapi kulit masih tertutup oleh vernix caseosa.
- 2) Testes fetus laki-laki terdapat didalam skrotum pada minggu ke-36.
- 3) Ovarium prempuan masih berada disekitar cavitas pelvic.
- 4) Kuku jari tangan dan kaki mencapai ujung jari.
- 5) Umbilicus sekarang terletak lebih dipusat abdomen.

i. Minggu ke-36-40

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

(Romauli, 2011: 60-63)



Gambar 2.6
 Pertumbuhan Janin
 Sumber: Sulistyawati, 2012:63

5. Menentukan usia periode kehamilan

Periode antepartum mencakup waktu kehamilan mulai dari hamil pertama periode terlambat menstruasi sampai dimulainya persalinan yang ditandai dengan dimulainya periode intranatal. Periode antepartum dalam trimester yaitu tiap trimester setidaknya 13 minggu atau 3 bulan kalender. Pembagian ini diturunkan dari pertimbangan lamanya kehamilan sampai setidaknya 280 hari, 40 minggu, 10 bulan tahun komariyah, atau 9 bulan kalender dari hari pertama menstruasi terakhir. Pada kenyataannya kehamilan tidak selama itu. Fertilisasi terjadi pada saat involusi, ini menjadi

kehamilan mendekati 266 hari atau 38 minggu lamanya. Penambahan 14 hari menjadi 280 hari dari akhir maa menstruasi. Pada prakteknya trimester I umumnya dihitung mulai 1-12 (12 minggu) dan trimester III 13-27 (minggu).

Jadi kehamilan dapat dibagi dalam tiga periode yang kira-kira intervalnya sama (kurang dari 13 minggu atau 3 bulan) yaitu yang dikenal dengan trimester I,II,III. Pembagian ini tidak boleh dipakai untuk menunjukkan keadan atau penyulit yang umumnya terjadi pada periode tertentu. Misalnya abortus spontan pada umumnya terjadi pada trimester I, pre eklamsi pada trimester III. Untuk menunjukkan umur kehamilan yang paling tepat adalah minggu penuh. Menentuka usia kehamilan dapat dilakukan dengan erbagai cara adalah sebagai berikut:

a. Rumus Negele

Rumus neagele pertama untuk menentukan hari perkiraan lahir/HPL. Rumus ini berlaku untuk wanita dengan siklus 28 hari sehingga ovulasi terjadi pada hari ke 14. Cara menghitungnya yaitu tanggal pertama menstruasi terkakhir (HPM) ditambah 7 bulan dikurangi 3 (Romauli, 2011: 70).

b. Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Pada trimester pertama, ukuran uterus pada minggu kedelapan yang sesuai adalah sebesar bola tenis, sebesar buah jeruk pada minggu ke 10. Pada trimester kedua puncak uterus harus 3-4 lebar jari dibawah umbilicus pada minggu ke 16, 1-2 lebar jari bawah umbilicus pada minggu ke 18, di umbilicus pada minggu ke 20, 1-2 lebar jari diatas umbilicus pada minggu ke 22, dan 3-4 lebar jari diatas umbilicus pada minggu ke 24 (Marmi, 2014:169).

c. Tafsiran Berat Janin (TBJ)

Tafsiran ini bila berlaku untuk janin presentasi kepala.

Rumusnya adalah sebagai berikut:

$(\text{tinggi fundus dalam cm-n}) \times 155 = \text{berat (gram)}$. Bila kepala di atas atau pada spina iskiadika maka $n=12$. Bila kepala di bawah spina iskiadika maka $n= 11$ (Romauli, 2011: 71).

d. Persepsi gerakan janin pertama

Gerakan janin pertama biasanya dirasakan pada umur kehamilan 18 minggu pada primigravida dan 16 minggu pada multigravida (Romauli, 2011: 710).

e. Ultrasonografi (USG)

Penentuan umur kehamilan dengan USG menggunakan 3 cara yaitu:

- 1) Dengan mengukur diameter kantung kehamilan (GS yaitu Gestational Sac) untuk kehamilan 6-12 minggu
- 2) Dengan mengukur jarak kepala-bokong (GRI yaitu Crown Rump Length) untuk umur kehamilan 7-14 minggu
- 3) Dengan mengukur diameter biparietal (BPD) untuk kehamilan lebih dari 12 minggu

(Romauli, 2011: 72)

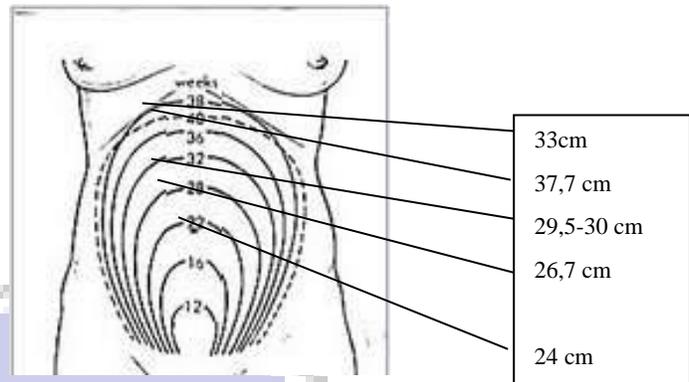
6. Perubahan Fisiologis Kehamilan

a. Sistem Reproduksi

1) Uterus

a) Ukuran

Pada kehamilan cukup bulan, ukuran uterus adalah 30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas lebih dari 4.000 cc. Hal ini memungkinkan bagi adekuatnya akomodasi pertumbuhan janin. Pada saat ini Rahim membesar akibat hipertropi dan hiperplasi otot polos Rahim, serabut-serabut kolagennya menjadi higroskopik, dan endometrium menjadi desidua.



Gambar 2.7
Pertumbuhan janin dengan pengukuran menggunakan metlin

Sumber: Sulistyawati, 2012:59

Jika penambahan ukuran TFU per tiga jari, dapat dicermati dalam table sebagai berikut:

Tabel 2.1
TFU menurut penambahan per tiga jari

Usia kehamilan (minggu)	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
12	3 jari diatas simfisis
16	Pertengahan pusat-simfisis
20	3 jari dibawah pusat
24	Setinggi pusat
28	3 jari di atas pusat
32	Pertengahanpusat-prosesus xiphoideus (px)
36	3 jari di bawah prosesus xiphoideus (px)
40	Pertengahahan pusat- prosesus xiphoideus (px)

Sumber: (Sulistyawati, 2012)

b) Berat

Berat uterus naik secara luar biasa, dari 30 gram menjadi 1.000 gram pada akhir bulan.

Tabel 2.2
Bentuk uterus berdasarkan usia kehamilan

Usia kehamilan	Bentuk dan konsistensi uterus
Bulan pertama	Seperti buah alpukat Isthmus Rahim menjadi hipertropi dan bertambah panjang sehingga bila diraba terasa lunak, keadaan ini yang disebut dengan tanda hegar
2 bulan	Sebesar telur bebek
3 bulan	Sebesar telur angsa
4 bulan	Berbentuk bulat
5 bulan	Rahim teraba seperti cairan ketuban, Rahim terasa tipis, itulah sebabnya mengaa bagian-bagian janin ini dapat dirasakan melalui perabaan dinding uterus.

Sumber: (Sulistyawati, 2012)

b) Posisi Rahim dalam kehamilan

(1) Pada permulaan kehamilan, dalam posisi antefleksi atau retrofleksi.

(2) Pada 4 bulan kehamilan, Rahim tetap berada dalam rongga pelvis.

(3) Setelah itu, mulai memasuki rongga perut yang dalam pembesarannya dapat mencapai batas hati.

(4) Pada ibu hamil, Rahim biasanya mobile, lebih mengisi rongga abdomen kanan atau kiri.

(Sulistyowati, 2012: 59-61)

2) Vagina

Vagina dan vulva mengalami peningkatan pembuluh darah karena pengaruh hormone estrogen sehingga tampak makin berwarna merah dan kebir-biruan (tanda chadwicks) (Manuaba, 2010: 92-94).

3) Ovarium (indung telur)

Saat ovulasi terhenti masih terdapat korpus luteum graviditas sampai terbentuknya plasenta yang mengambil alih pengeluaran estrogen dan progesterone (kira-kira pada kehamilan 16 minggu) dan korpus luteum graviditas berdiameter kurang lebih 3 cm). kadar relaksin di sirkulasi maternal dapat ditentukan dan meningkat dalam trimester pertama. Relaksin mempunyai pengaruh menenangkan hingga pertumbuhan janin menjadi baik hingga aterm (Dewi dan Tri, 2011:91).

4) Payudara (Mammae)

Selama kehamilan, payudara bertambah besar, tegang, dan berat. Dapat teraba nodul-nodul akibat hipertrofi kelenjar alveoli, bayangan vena-vena lebih membiru. Hiperpigmentasi pada puting dan areola pada payudara. Apabila diperas akan keluar air susu (kolostrum) berwarna kuning (Dewi dan Tri, 2011:92).

2. Perubahan pada sistem organ dan sistem lainnya

a. Perubahan pada sel darah

Sel darah merah makin meningkat jumlahnya untuk dapat mengimbangi pertumbuhan janin dalam Rahim, tetapi penambahan sel darah tidak seimbang dengan peningkatan volume darah sehingga terjadi hemodilusi yang disertai anemia fisiologis. Jumlah sel darah putih meningkat sehingga mencapai 10.000/ml. dengan hemodilusi dan anemia fisiologis maka laju endap darah semakin tinggi dan dapat mencapai 4 kali dari angka normal. Protein darah dalam bentuk albumin dan gamaglobulin dapat menurun pada triwulan pertama, sedangkan fibrinogen meningkat. Pada postpartum dengan terjadinya hemokonsentrasi dapat terjadi tromboflebitis (Manuaba, 2010:92-94).

b. Perubahan pada jantung

Perubahan-perubahan pada jantung adalah sebagai berikut:

- 1) Curah jantung, jumlah darah yang dikeluarkan dari jantung permenit meningkat 30-50% karena adanya peningkatan volume darah.
- 2) Sebagian besar dari peningkatan curah jantung terjadi karena peningkatan stroke volume, jumlah yang dikeluarkan per detakan jantung.
- 3) Namun ada juga yang dipengaruhi oleh peningkatan detak jantung sekitar 15%.
- 4) Pada wanita dengan ukuran jantung yang kecil atau dengan badan besar, detak jantung akan meningkat sekitar 90-100 detakan/denyutan per menit dan mereka juga mengalami kesulitan dalam menghadapi perubahan kardiovaskuler dalam kehamilan

Oleh karena itu, dapat terlihat penambahan beban pada jantung selama kehamilan. Pada kelainan hipertensi dalam kehamilan terjadi vasospasme yang sangat meningkatkan beban jantung (Dewi dan Tri, 2011:94-95).

c. Perubahan pada sistem respirasi

Wanita hamil sering mengeluh sesak dan napas pendek.

Hal ini disebabkan oleh usus yang tertekan kearah

diafragma akibat pembesaran Rahim. Kapasitas vital paru meningkat sedikit selama hamil. Seorang wanita hamil selalu menggunakan napas dada (thoracic breathing) (Dewi dan Tri, 2011:96).

d. Sistem perkemihan

1) Trimester I

Pada bulan pertama kehamilan kandung kencing tertekan sehingga sering timbul kencing. Keadaan ini hilang dengan kehamilan bila uterus gravidus keluar dari rongga panggul dan ginjal wanita harus mengakomodasi tuntutan metabolisme dan sirkulasi tubuh ibu yang meningkat dan juga mengekresi produk sampah janin. Fungsi ginjal berubah karena adanya hormone kehamilan, peningkatan volume darah, postur wanita, aktifitas fisik dan asupan makanan. Sejak minggu ke-10 gestasi pelvis ginjal dan ureter berdilatasi. Ginjal pada kehamilan sedikit bertambah besar panjang bertambah 1-1,5 cm, volume renal meningkat 60 ml dari 10 ml pada wanita yang tidak hamil. Protein urine secara normal disekresikan 200-300 mg/hari, bila melebihi 300mg/hari harus diwaspadai terjadi komplikasi.

2) Trimester II

Kandung kencing tertekan oleh uterus yang membesar mulai berkurang, karena uterus sudah mulai keluar dari uterus. Pada trimester kedua, kandung kemih tertarik keatas dan keluar dari panggul sejati kearah abdomen. Uretra memanjang sampai 7,5 cm karena kandung kemih bergeser keatas. Kongesti panggul pada masa hamil ditunjukkan oleh hyperemia kandung kemih dan uretra. Peningkatan vaskularisasi ini membuat mukosa kandung kemih menjadi mudah luka dan terbakar. Tonus kandung kemih dapat menurun. Hal ini memungkinkan distensi kandung kemih sampai sekitar 1500 ml. pada saat yang sama, pembesaran uterus menekan kandung kemih, menimbulkan rasa ingin berkemih walaupun kandung kemih hanya berisi sedikit urine.

3) Trimester III

Pada kehamilan kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kencing akan mulai tertekan kembali. Pada kehamilan tahap lanjut pelvis kiri akibat pergeseran uterus yang berat ke kanan. Perubahan-

perubahan ini membuat pelvis dan ureter mampu menampung urine dalam volume yang lebih besar dan juga memperlambat laju aliran urine (Romaulli, 2011:79-80).

e. Sistem Pencernaan

1) Trimester I

Perubahan yang nyata akan terjadi pada penurunan motilitas otot polos pada traktus digestivus dan penurunan sekresi asam hidroklorid dan peptin dilambung sehingga akan menimbulkan gejala berupa pyrosis yang disebabkan oleh reflek asam lambung ke esophagus bawah sebagai akibat perubahan posisi lambung dan menurunnya tonus sfingter esophagus bagian bawah. Mual terjadi akibat penurunan asam hidroklorid dan penurunan motilitas, serta konstipasi sebagai akibat penurunan motilitas usus besar. Mual yang sering terjadi pada pagi hari disebut morning sickness.

Hipersalivasi sering terjadi sebagai kompensasi dari mual muntah yang terjadi, pada beberapa wanita ditemukan adanya (ngidam makanan) yang mungkin berkaitan dengan persepsi individu wanita tersebut

mengenai apa yang bisa mengurangi rasa mual dan muntah.

Epulis selama kehamilan akan muncul, tetapi setelah persalinan akan berkurang secara spontan. Hemoroid juga merupakan satu hal yang sering terjadi sebagai akibat konstipasi dan peningkatan tekanan vena pada bagian bawah karena pembesaran uterus.

2) Trimester II

Biasanya terjadi konstipasi pengaruh hormone progesterone yang meningkat. Selain itu perut kembung juga terjadi karena adanya tekanan uterus yang membesar dalam rongga perut yang mendesak organ-organ dalam perut khususnya saluran pencernaan, usus besar, kearah atas dan lateral. Wasir cukup sering pada kehamilan sebgaiian besar akibat konstipasi dan naiknya tekanan vena-vena di bawah uterus termasuk hemoroid. Panas perut terjadinya aliran balik asam gas kedelam esophagus bagian bawah.

3) Trimester III

Biasanya terjadi konstipasi karena pengaruh hormone progesterone yang meningkat. Selain itu

perut kembang juga terjadi karena adanya tekanan uterus yang membesar dalam rongga perut yang mendesak organ-organ dalam perut khususnya saluran pencernaan, usus besar, ke arah atas dan lateral (Romauli, 2011:80-81).

f. Perubahan pada metabolisme

Metabolisme tubuh mengalami perubahan yang mendasar, dimana kebutuhan nutrisi makin tinggi untuk pertumbuhan janin dan persiapan memberikan ASI (Manuaba, 2010:92-94).

g. Perubahan pada kulit

Pada kulit terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh melanophore stimulating hormone lobus hipofisis anterior dan pengaruh kelenjar suprarenalis. Hiperpigmentasi ini terjadi pada striae gravidarum livide/alba, areola mammae, papilla mammae, livea nigra, cloasma gravidarum, setelah persalinan hiperpigmentasi ini akan menghilang (Manuaba, 2010:92-94).

h. Perubahan peningkatan berat badan

Sebagian besar peningkatan berat badan selama kehamilan diakibatkan oleh uterus dan isinya, payudara, dan

peningkatan volume darah, dan cairan ekstraseluler ekstraseluler. Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5 sampai 15 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar 0,5kg/minggu (Manuaba, 2012: 117).

Tabel 2.3
Rekomendasi kenaikan total berat badan ibu hamil berdasarkan berat badan ibu sebelum hamil

berat badan sebelum hamil (BB/TB (m) ²)	BMI	kenaikan BB total yang dianjurkan (kg)
berat badan kurang (underweight)	<19,8	12,5 – 18
berat badan normal (normal weight)	19,8-26,0	11,5 – 16
berat badan berlebih (overweight)	26,0 – 29,0	7 – 11,5
Obesitas	>29,0	<6,8

Sumber: (Manuaba, 2012:117)

7. Kebutuhan Fisiologis Kehamilan

a. Oksigen

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

b. Nutrisi

Ibu yang sedang hamil bersangkutan dengan proses pertumbuhan yaitu pertumbuhan fetus yang ada didalam kandungan dan pertumbuhan berbagai organ ibu, pendukung proses kehamilan seperti adneksia, mammae, dll.

Kebutuhan gizi ibu hamil:

- 1) Pada kehamilan trimester I (minggu 1- 12) kebutuhan gizi masih seperti biasa.
- 2) Pada kehamilan trimester II (minggu 13-28) dimana pertumbuhan janin cepat, ibu memerlukan kalori kurang lebih 285 dan protein lebih tinggi dan biasanya menjadi 1,5 g/kg BB.
- 3) Pada kehamilan trimester III (minggu 27-lahir) kalori sama dengan trimester III tetapi naik menjadi 2 g/kg BB.

Ibu yang cukup makanannya mendapatkan kenaikan BB yang cukup baik. Kenaikan BB selama hamil rata-rata : 9-13,5 kg (Pantikawati dan Sarwono, 2010: 89).

c. Personal hygiene

Personal hygiene ini berkaitan dengan perubahan sistem pada tubuh ibu hamil, hal ini disebabkan selama kehamilan PH vagina menjadi asam berubah dari 4-3 menjadi

5-6,5 akibat vagina mudah terkena infeksi, stimulasi estrogen menyebabkan adanya fluor albus (keputihan), peningkatan vaskularisasi dari perifer mengakibatkan wanita hamil sering berkeringat, uterus yang membesar menekan kandung kemih, mengakibatkan keinginan wanita hamil untuk sering berkemih, mandi teratur mencegah iritasi vagina, teknik pencucian perianal dari depan kebelakang (Yeyeh, Yulianti L, 2014:78-80).

d. Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering buang air kemih. Konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormone progesterone yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya otot usus. Selain itu, desakan usus oleh pembesaran janin juga menyebabkan bertambahnya konstipasi. Tindakan pencegahanyang dapat dilakukan adalah dengan mengkonsumsi makanan tinggi seratdan banyak minum air putih, terutama ketika lambung dalam keadaan kosong. Meminum air putih hangat ketika perut dalam keadaan kosong dapat merangsang gerak peristaltic usus. Jika ibu sudah mengalami dorongan, maka segeralah untuk buang air besar agar tidak terjadi konstipasi.

Sering buang air kecil merupakan keluhan yang umum dirasakan oleh ibu hamil, terutama pada trimester I dan III. Hal tersebut adalah kondisi yang fisiologis. Ini terjadi sehingga kapasitasnya berkurang. Sedangkan pada trimester III terjadi pembesaran janin yang juga menyebabkan desakan pada kantong kemih. Tindakan mengurangi asupan cairan untuk mengurangi keluhan ini sangat tidak dianjurkan, karena akan menyebabkan dehidrasi (Sulistyawati, 2012: 119).

e. Pakaian

Meskipun pakaian bukan merupakan hal yang berakibat langsung terhadap kesejahteraan ibu dan janin, namun perlu kiranya jika tetap dipertimbangkan beberapa aspek kenyamanan dalam berpakaian. Pemakaian pakaian dan kelengkapannya yang kurang tepat akan mengakibatkan beberapa ketidaknyamanan yang akan mengganggu fisik dan psikologis ibu. Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pakaian ibu hamil adalah memenuhi kriteria berikut ini.

- 1) Pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut.
- 2) Bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat.
- 3) Pakailah bra yang menyokong payudara.
- 4) Memakai sepatu dengan hak yang rendah.

5) Pakaian dalam yang selalu bersih.

(Sulistyawati, 2012: 117)

f. Seksual

Selama kehamilan berjalan normal, koitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan, meskipun beberapa ahli berpendapat sebaiknya tidak lagi berhubungan seks selama 14 hari menjelang kelahiran. Koitus tidak dibenarkan bila terdapat perdarahan pervaginam, riwayat abortus berukang, abortus/partus prematurus imminens, dan ketuban pecah sebelum waktunya (Romaulli, 2011: 139).

g. Istirahat

Wanita hamil dianjurkan untuk merencanakan istirahat yang teratur khususnya seiring kemajuan kehamilannya. Jadwal istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin. Tidur pada malam hari selama kurang lebih 8 jam dan istirahat dalam keadaan rileks pada siang hari selama 1 jam (Romaulli, 2011: 144).

h. Kebersihan tubuh

Kebersihan tubuh ibu hamil perlu diperhatikan karena dengan perubahan sistem metabolisme mengakibatkan pentingnya pengeluaran keringat. Keringat yang menempel di

kulit meningkatkan kelembapan kulit dan memungkinkan menjadi tempat berkembangnya mikroorganisme. Jika tidak dibersihkan (dengan mandi), maka ibu hamil akan sangat mudah untuk terkena penyakit kulit.

Bagian tubuh lain yang sangat membutuhkan perawatan kebersihan adalah daerah vital, karena saat hamil terjadi pengeluaran secret vagina yang berlebihan. Selain dengan mandi, mengganti celana dalam secara rutin minimal dua kali sehari sangat dianjurkan (Sulistyawati, 2012: 118).

i. Seksual

Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama kehamilan tidak dlarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti berikut ini:

- 1) Sering abortus
- 2) Perdarahan pervaginam
- 3) Koitus harus dilakukan dengan hati-hati terutama pada minggu terakhir kehamilan
- 4) Bila ketuban sudah pecah, koitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin intrauterine

(Sulistyawati, 2012: 119)

j. Imunisasi

Imunisasi selama kehamilan bila ibu hamil statusnya T0 maka hendaknya mendapatkan minimal 2 dosis (TT1 dan TT2 dengan interval 4 minggu dan bila memungkinkan untuk mendapatkan TT3 sesudah 6 bulan). Ibu hamil dengan status T1 diharapkan mendapatkan suntikan TT2 dan bila memungkinkan juga diberikan TT3 dengan interval 6 bulan (bukan 4 minggu/1 bulan). Bagi ibu hamil dengan status T2 maka bisa diberikan 1 kali suntikan bila interval suntikan sebelumnya lebih dari 6 bulan. Bila statusnya T3 maka suntikan selama hamil sekali dengan jarak minimal 1 tahun dari suntikan sebelumnya. Ibu hamil dengan status T4 pun dapat diberikan suntikan (TT5) bila suntikan terakhir telah lebih dari setahun dan bagi ibu hamil dengan status T5 tidak perlu di suntik TT karena telah mendapatkan kekebalan seumur hidup (25 tahun) (Romauli, 2011: 144-145).

2.1.2 Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses persalinan yang melalui kejadian secara alamiah dengan adanya kontraksi rahim ibu dan dilalui dengan pembukaan untuk mengeluarkan bayi (Sari dan Ramdani, 2014:10).

Persalinan adalah proses dimana janin dan plasenta meninggalkan Rahim (Esfahani, 2016: 20).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran pasenta (Sulistyawati dan Nugraheny, 2010: 5)

2. Fisiologi Persalinan

a. Jenis-jenis persalinan

1) Persalinan spontan

Persalinan spontan adalah persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibunya sendiri dan melalui jalan lahir. Persalinan normal disebut juga partus spontan yaitu proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam (Sari dan Rimandini, 2014:3).

2) Persalinan buatan

Persalinan buatan adalah proses persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar, misalnya

ekstraksi dengan forcep atau dilakukan dengan section caesarea (Sari dan Rimandini, 2014:3-4).

3) Persalinan anjuran

Persalinan anjuran adalah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan misalnya pemberian Pitocin dan prostaglandin (Sari dan Rimandini, 2014:4).

b. Sebab Mulainya Persalinan

1) Teori penurunan hormone

Saat 1-2 minggu sebelum proses melahirkan dimulai, terjadinya penurunan kadar estrogen dan progesterone. Progesterone bekerja sebagai penenang otot-otot polos Rahim, jika kadar progesteron turun akan menyebabkan tegangnya pembuluh darah dan menimbulkan his (Sulistiyawati dan Nugraheny, 2010:5).

2) Teori plasenta sudah tua

Menurut teori ini, plasenta yang menjadi tua dapat menyebabkan menurunnya kadar estrogen dan progesterone yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah pada vili choralis di plasenta, sehingga menyebabkan kontraksi pada rahim (Sari dan Rimandini, 2014:9).

3) Teori distensi rahim

- a) Otot Rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu
- b) Setelah melewati batas tersebut, akhirnya terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai
- c) Contohnya pada kehamilan gemeli, sering terjadi kontraksi karena uterus teregang oleh ukuran janin ganda, sehingga kadang kehamilan gemeli mengalami persalinan yang lebih dini.

(Sulistyawati dan Nugraheny, 2010:5)

4) Teori iritasi mekanis

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

5) Teori oksitosin

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2010:5) oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior.

Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot Rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*. Menurunnya konsentrasi progesterone karena matangnya usia kehamilan

menyebabkan oksitosin meningkatkan aktivitasnya dalam merangsang otot Rahim untuk berkontraksi, dan akhirnya persalinan dimulai.

6) Teori hipotalamus-pituitari dan glandula suprarenalis

Teori ini menunjukkan pada kehamilan anensefalus, sehingga terjadi keterlambatan dalam persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus (Sari dan Rimandini, 2014:9).

7) Teori prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua disangka sebagai salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F2 dan E2 yang diberikan secara intravena menimbulkan kontraksi myometrium pada setiap usia kehamilan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu hamil sebelum melahirkan atau selama proses persalinan (Sulistyawati dan Nugraheny, 2010:5).

8) Induksi persalinan

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2010:6) persalinan dapat juga ditimbulkan dengan jalan sebagai berikut:

- a) Gagang laminaria: dengan cara laminaria dimasukkan ke dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang *fleksus frankenhauser*
- b) Amniotomi: pemecahan ketuban
- c) Oksitosin drip: pemberian oksitosin menurut tetesan per infus.

c. Lima Benang Merah dalam APN

Ada lima aspek atau lima benang merah, yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan, baik normal maupun patologis. Lima benang merah tersebut adalah:

1) Membuat keputusan klinik

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

Tujuh langkah dalam membuat keputusan klinik yaitu:

- a) Pengumpulan data utama dan relevan untuk membuat keputusan
- b) Menginterpretasikan data dan mengidentifikasi masalah

- c) Membuat diagnose atau menentukan masalah yang terjadi/dihadapi
- d) Menilai adanya kebutuhan dan kesepian intervensi untuk mengatasi masalah
- e) Menyusun rencana pemberian asuhan atau intervensi untuk solusi masalah
- f) Melaksanakan asuhan atau intervensi terpilih
- g) Memantau dan mengevaluasi efektifitas asuhan atau intervensi

(Wiknjosastro, 2008: 5-6)

2) Asuhan sayang ibu dan bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Cara yang paling mudah membayangkan mengenai asuhan sayang ibu adalah dengan menanyakan pada diri kita sendiri, “seperti inilah asuhan yang ingin saya dapatkan?” atau “apakah asuhan yang seperti ini yang saya inginkan untuk keluarga saya yang sedang hamil”. Beberapa prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikuti sertakan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi”.

a) Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan

- (1) Panggil ibu sesuai namanya, hargai dan perlakukan ibu sesuai martabatnya
- (2) Jelaskan semua asuhan dan perawatan kepada ibu sebelum memulai asuhan
- (3) Jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarga
- (4) Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir
- (5) Dengarkan dan tanggapai pertanyaannya dan kekhawatiran ibu
- (6) Berikan dukungan, besarkan hatinya dan tentramkan hati ibu beserta anggota-anggota keluarga
- (7) Anjurkan ibu untuk ditemani suami dan atau anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya
- (8) Ajarkan suami dan anggota keluarga mengenai cara-cara bagaimana mereka dapat memperhatikan dan dukungan ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya
- (9) Secara konsisten lakukan praktik-praktik pencegahan infeksi yang baik
- (10) Hargai privasi klien

- (11) Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi
- (12) Anjurkan ibu untuk minum dan makan makanan ringan sepanjang ia menginginkannya
- (13) Hargai dan perbolehkan praktik-praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu
- (14) Hindari tindakan berlebihan dan memungkinkan membahayakan seperti episiotomy, pencukuran, dan klisma
- (15) Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin
- (16) Membantu memulai pemberian ASI dalam satu jam pertama setelah bayi lahir
- (17) Siapkan rencana rujukan (bila perlu)
- (18) Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik dan bahan-bahan perlengkapan dan obat-obatan yang diperlukan. Siap untuk melakukan resusitasi bayi baru lahir pada bayi setiap kelahiran

b) Asuhan sayang ibu dan bayi paska persalinan

- (1) Anjurkan ibu untuk selalu berdekatan dengan bayinya (rawat gabung)

- (2) Bantu ibu untuk memulai membiasakan menyusui dan anjurkan pemberian ASI sesuai dengan permintaan
- (3) Ajarkan ibu dan keluarganya untuk memeluk bayi dan mensyukuri kelahiran bayi
- (4) Anjurkan ibu dan keluarganya tentang tanda gejala dan tanda bahaya yang mungkin terjadi dan anjurkan mereka untuk mencari petolongan jika terjadi masalah atau rasa khawatir

(Wiknjosastro, 2008:12-13)

3) Pencegahan infeksi

Tindakan Pencegahan Infeksi (PI) tidak terpisah dari komponen-komponen lain dalam asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi. Tindakan ini harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan, dan tenaga kesehatan lainnya dengan mengurangi infeksi karena bakteri, virus, dan jamur. Dilakukan pula upaya untuk menurunkan resiko penularan penyakit-penyakit berbahaya yang hingga kini belum di temukannya pengobatannya seperti hepatitis dan HIV/AIDS. Tindakan dalam pencegahan infeksi antara lain:

- a) Teknik aseptik arau asepsis

Teknik aseptik atau aseptis adalah semua usaha yang dilakukan dalam mencegah masuknya mikroorganisme kedalam tubuh yang akan menyebabkan infeksi. Caranya yaitu untuk menghilangkan atau menurunkan jumlah organisme pada kulit, jaringan, dan benda-benda mati hingga tingkat aman.

b) Dekontaminasi

Tindakan yang dilakukan untuk memastikan bahwa petugas kesehatan dapat menangani secara aman seperti benda-benda (peralatan medis, meja pemeriksaan, dan sarung tangan) yang terkontaminasi terhadap benda tersebut setelah terpapar atau terkontaminasi darah atau cairan tubuh. Dekontaminasi juga bisa dilakukan dengan menggunakan larutan klorin.

c) Antiseptis

Antiseptis adalah usaha mencegah infeksi dengan cara membunuh atau menghambat pertumbuhan mikroorganisme pada kulit atau jaringan tubuh.

d) Cuci tangan

Cuci tangan adalah prosedur yang paling penting dari pencegahan infeksi yang menyebabkan

kesakitan dan kematian pada ibu dan bayi baru lahir. Cuci tangan dilakukan :

- (1) Segera setelah tiba di tempat kerja
- (2) Sebelum melakukan kontak fisik secara langsung dengan ibu dan bayi baru lahir
- (3) Setelah kontak fisik langsung dengan ibu atau bayi baru lahir
- (4) Sebelum memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril
- (5) Setelah melepaskan sarung tangan
- (6) Setelah ke kamar mandi
- (7) Sebelum pulang kerja

e) Mencuci dan membilas

Mencuci dan membilas adalah tindakan-tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua darah, cairan tubuh, atau benda asing (debu, kotoran) dari kulit atau instrument.

f) Disinfeksi

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

g) Disinfeksi Tingkat Tinggi (DTT)

DTT adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme kecuali endospore bakteri dengan cara merebus dengan air mendidih atau dengan cara kimiawi.

3) Sterilisasi

Sterilisasi adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme (bakteri, virus, jamur, dan parasite) termasuk endospore bakteri pada benda-benda mati atau instrument (Azwar, 2009: 98-101).

4) Pencatatan (Dokumentasi)

Pencatatan adalah bagian penting dari proses pembuatan keputusan klinis karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Dalam Asuhan Persalinan Normal, sistem pencatatan yang digunakan adalah partograf, hasil pemeriksaan yang tidak dicatat pada partograf dapat diartikan bahwa pemeriksaan tersebut tidak dilakukan (Sari dan Rimandini, 2014:27). Pencatatan dalam partograf adalah sebagai berikut:

a) Pencatatan selama fase laten kala 1

Selama fase laten, semua asuhan, pengamatan dan pemeriksaan harus dicatat. Hal ini dapat dilakukan secara terpisah, baik di catatan kemajuan persalinan maupun pada KMS ibu hamil. Tanggal dan waktu harus dituliskan setiap kali membuat catatan selama fase laten persalinan. Kondisi ibu dan bayi juga harus dinimai dan dicatat dengan seksama adalah sebagai berikut:

- (1) Denyut jantung setiap 30 menit
- (2) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap 30 menit
- (3) Nadi setiap 30 menit
- (4) Pembukaan serviks setiap 4 jam
- (5) Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam
- (6) Tekanan darah dan suhu tubuh setiap 4 jam
- (7) Produksi urine setiap 2-4 jam

b) Pencatatan selama fase aktif persalinan

Pencatatan hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan adalah sebagai berikut:

- (1) Informasi tentang ibu
 - (a) Nama, umur
 - (b) Gravida, para, abortus

(c) Nomor catatan medic dan nomor puskesmas

(d) Tanggal dan waktu mulai dirawat

(2) Waktu pecahnya selaput ketuban

(3) Kondisi janin

(1) DJJ

(2) Warna dan adanya air ketuban

Nilai air kondisi ketuban setiap kali melakukan pemeriksaan dalam dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Catat semua temuan-temuan dalam kotak yang sesuai di bawah lajur DJJ. Gunakan lambang-lambang yaitu:

U : selaput ketuban masih utuh

J : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih

M : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur meconium

D : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah

K : selaput ketuban sudah pecah
tapi air ketuban tidak mengalir
lagi (kering)

(3) Penyusupan (moulase) kepala janin

Pencatatan penyusupan kepala janin menggunakan lambang-lambang yaitu:

1. : tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dipalpasi
2. : tulangtulang janin hanya saling bersentuhan
3. : tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan
4. : tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan

(4) Kemajuan persalinan

(1) Pembukaan serviks

(2) Penurunan bagian terbawah janin atau presentase janin

(3) Garis waspada dan garis bertindak

(4) Jam dan waktu

(a) Waktu mulainya fase aktif persalinan

(b) Waktu actual saat pemeriksaan atau penilaian

(5) Kontraksi uterus frekuensi dan lamanya

(6) Obat-obatan dan cairan yang diberikan yaitu oksitosin dan obat-obatan lainnya serta cairan IV yang diberikan

(7) Kondisi ibu

(1) Nadi, tekanan darah, dan suhu

(2) Urine

(3) Asuhan, pengamatan, dan keputusan klinis lainnya

(Sarwono, 2009: 115)

c) Mencatat temuan pada partograf

Adapun temuan-temuan yang harus di catat adalah sebagai berikut:

(1) Informasi tentang ibu

Lengkapi bagian awal (atas) secara teliti pada waktu memulai asuhan persalinan. Waktu kedatangan (tertulis sebagai jam atau pukul pada partograf) dan perhatikan kemungkinan ibu

datang pada fase laten. Catat waktu pecahnya ketuban.

(2) Kondisi janin

Bagian atas grafik pada partograf yaitu untuk pencatatan Denyut Jantung Janin (DJJ), air ketuban, dan penyusupan (kepala janin).

(a) Denyut Jantung Janin (DJJ)

Nilai dan catat DJJ setiap 30 menit sekali (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak dibagian atas partograf menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan itu DJJ. Kemudian hubungkan satu titik dengan titik yang lain dengan garis tegak bersambung. Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf diantara 180 dan 100. Tetapi penolong harus waspada jika DJJ di bawah 120 atau di atas 100x/menit.

(b) Warna dan adanya air ketuban

Nilai air ketuban setiap kali melakukan pemeriksaan dalam dan nilai warna air

ketuban jika selaput ketuban pecah. Catat semua temuan-temuan tersebut dalam kotak yang sesuai yaitu di bawah lajur DJJ.

Gunakan lambang-lambang antara lain:

U : selaput ketuban masih utuh

J : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih

M : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur meconium

D : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah

K : selaput ketuban sudah pecah tapi air ketuban tidak mengalir lagi (kering)

(c) Penyusupan (moulage) tulang kepala janin

Penyusupan merupakan indicator yang paling penting untuk menentuka seberapa jauh kepala bayi akan menyesuaikan diri terhadap bagian keras (tulang) panggul ibu. Semakin besar derajat penyusupannya atau tumpang tindih antara tulang kepala semakin

menunjukkan resiko disporposi kepala panggul (CPD). Ketidakmampuan untuk berakomodasi atau disporposi ditunjukkan melalui derajat penyusupan atau tumpang tindih (moulage) yang berat sehingga tulang kepala yang saling menyusupnya hal ini sulit untuk dipastikan. Jika ada dugaan disporposi kepala panggul maka penting untuk tetap kondisi janin dan kemajuan persalinan. Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam, nilai penyusupan antar tulang kepala janin. Catat temuan yang ada di kotak yang sesuai di bawah lajur air ketuban. Gunakan lambang-lambang sebagai berikut:

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

1 : tulangtulang janin hanya saling bersentuhan

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

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

(4) Kemajuan persalinan

Kolom dan lajur kedua pada partograf yaitu pencatatan kemajuan persalinan. Angka 0-10 yang tertera di kolom paling kiri yaitu besarnya dilatasi serviks. Nilai setiap angka sesuai dengan besarnya dilatasi serviks dalam satuan sentimeter (cm), menempati lajur, dan kotak tersendiri. Perubahan nilai atau perpindahan lajur satu ke lajur yang lain menunjukkan perubahan dilatasi serviknya sebanyak 1 cm. pada lajur dan kotak yang mencatat penurunan bagian terbawah janin tercantum angka 105 yang sesuai dengan metode perlinaan setiap kotak menunjukkan waktu 30 menit untuk pencatatan waktu pemeriksaan, DJJ, kontraksi uterus, dan frekuensi nadi ibu.

(5) Pembukaan serviks

Sewaktu ibu dalam fase aktif persalinan, catat pada partograf setiap penemuan dari setiap pemeriksaan. Tanda X harus di cantumkan di garis waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks.

Pilih angka pada tepi kiri luar kolom pembukaan serviks yang sesuai dengan besarnya pembukaan serviks pada fase aktif persalinan diperoleh dari hasil pemeriksaan dalam.

Untuk pemeriksaan pertama pada fase aktif persalinan yaitu temuan pembukaan serviks dari hasil pemeriksaan dalam harus dicantumkan pada garis waspada. Pilih angka yang sesuai dengan pembukaan serviks dan cantumkan tanda X pada titik silang garis dilatasi serviks dan garis waspada.

Hubungkan tanda X dari setiap hasil pemeriksaan dengan garis utuh dan tidak terputus.

(6) Penurunan bagian terbawah janin

Cantumkan hasil pemeriksaan penurunan kepala (perlimaan) yang menunjukkan seberapa jauh bagian terendah janin telah memasuki rongga panggul. Pada persalinan normal, kemajuan pembukaan serviks selalui diikuti dengan turunnya bagian terbawah janin. Tetapi ada juga penurunan bagian terbawah janin baru terjadi setelah pembukaan serviks mencapai 7 cm. Berikan tanda O yang ditulis pada garis waktu yang sesuai. Contohnya jika hasil pemeriksaan palpasi kepala diatas simfisi pubis yaitu 4/5 maka dituliskan tanda O di garis angka 4. Hubungkan tanda O dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus.



Table 2.4
Penurunan kepala janin menurut sistem perlimaian

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

Sumber : Saifuddin (ed): N-10

(f) Garis waspada dan air bertindak

Garis waspada dimulai pada waktu pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik dimana pembukaan lengkap diharapkan terjadi laju pembukaan yaitu 1 cm per jam.

Pencatatan selama fase aktif persalinan harus dimulai di garis waspada. Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada yaitu pembukaan kurang dari 1 cm

perjam, maka harus dipertimbangkan adanya penyulit. Garis bertindak tertera sejajar dan disebelah kanan garis waspada. Jika pembukaan serviks telah melampaui dan berada disebelah kanan garis bertindak hal ini menunjukkan harus segera dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan.

(g) Jam dan waktu

Setiap kotak pada partograf untuk kolom waktu yaitu menyatakan satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan.

(h) Kontraksi uterus

Di bawah lajur waktu partograf terdapat lima kotak dengan tulisan kontraksi per 10 menit disebelah luar kolom paling kiri. Setiap kotak menyatakan bahwa satu kontraksi. Setiap 30 menit raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi dalam 1 detik. Nyatakan jumlah kontraksi yang terjadi dalam waktu 10 menit dengan cara mengisi kotak kontraksi yang tersedia dalam waktu 10 menit dengan cara

mengisi kotak kontraksi yang tersedia dan disesuaikan dengan angka yang mencerminkan temuan dari hasil pemeriksaan kontraksi. Contohnya jika ibu mengalami 3 kali kontraksi dalam satu kali 10 menit maka lakukan pengisian 3 kotak kontraksi.

(i) Obat-obatan dan cairan yang diberikan

(1) Oksitosin

Jika tetesan oksitosin sudah dimulai maka dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan IV dalam tetes permenit.

(2) Catat semua pemberian obat-obatan tambahan atau cairan IV dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya

(j) Halaman belakang

Partograf halaman belakang adalah bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran. Tindakan-tindakan yang dilakukan sejak persalinan selama kala 1 hingga IV. Itulah sebabnya sebagai catatan persalinan. Nilai

dan catatkan asuhan yang telah diberikan pada ibu dalam masa nifas terutama dalam persalinan kala IV untuk memungkinkan penolong persalinan mencegah terjadinya penyulit dan membuat keputusan klinik, terutama dalam pemantauan kala IV (mencegah terjadinya perdarahan setelah persalinan). Catatan persalinan yang sudah diisi dengan lengkap dapat pula digunakan untuk menilai sejauh mana dilakukan pelaksanaan asuhan persalinan yang bersih dan aman.

(JPNK-KR, 2014)

5) Rujukan

Jika ditemukan suatu masalah dalam persalinan, sering kali sulit untuk melakukan upaya rujukan dengan cepat, hal ini karena banyak faktor yang memengaruhi. Penundaan dalam membuat keputusan dan pengiriman ibu ketempat rujukan akan menyebabkan tertundanya ibu mendapatkan penatalaksanaan yang memadai, sehingga akhirnya dapat menyebabkan tingginya angka kematian ibu. Rujukan tepat waktu merupakan bagian dari asuhan sayang ibu dan menunjang terwujudnya

program *Safe Motherhood*. Di bawah ini merupakan akronim yang dapat digunakan petugas kesehatan dalam mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi sebagai berikut:

a) B (Bidan)

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

b) A (Alat)

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

c) K (Keluarga)

Beritahu ibu dan keluarga mengenal kondisi terakhir kondisi ibu dan bayi dan mengapa ibu dan bayi perlu dirujuk. Jelaskan pada mereka alasan dan tujuan merujuk ibu ke fasilitas rujukan tersebut. Suami dan anggota

keluarga yang lain harus menemani ibu dan BBL hingga ke fasilitas rujukan.

d) S (Surat)

Berikan surat keterangan rujukan ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan BBL, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil penyakit, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu dan BBL. Sertakan juga partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik.

e) O (Obat)

Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan. Obat-obatan tersebut mungkin diperlukan dalam perjalanan.

f) K (Kendaraan)

Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman. Selain itu, pastikan kondisi kendaraan cukup baik untuk mencapai tujuan pada waktu yang tepat.

g) U (Uang)

Ingatkan keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan

dan bahan-bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan bayi baru lahir tinggal di fasilitas kesehatan.

h) Da (Donor dan Doa)

Persiapan darah dari anggota keluarga maupun kerabat sebagai persiapan jika terjadi perdarahan. Dan doa sebagai kekuatan spiritual dan harapan yang dapat membantu proses persalinan.

(Sari dan Rimandini, 2014:28-29)

d. Tanda permulaan persalinan

1) Terjadi lightening

Menjelang minggu ke 36 kehamilan, tanda pada primigravida adalah terjadinya penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan: kontraksi *Braxton Hicks*, ketegangan ligamentum rotundum, dan gaya berat kepala janin dimana kepala ke arah bawah. Masuknya bayi ke pintu atas panggul menyebabkan ibu merasakan:

- a) Ringan di bagian atas perut, dan rasa sesaknya berkurang
- b) Bagian bawah perut ibu terasa penuh dan mengganjal
- c) Kesulitan berjalan
- d) Sering buang air kecil (*follaksuria*)

(Sari dan Rimandini, 2014:10)

2) Terjadinya his permulaan

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2010:6) pada saat hamil muda sering terjadi kontraksi Braxton Hicks yang kadang dirasakan sebagai keluhan karena rasa sakit yang ditimbulkan. Biasanya pasien mengeluh adanya rasa sakit di pinggang dan terasa sangat mengganggu, terutama pada pasien dengan ambang rasa sakit yang rendah. Adanya perubahan kadar hormone estrogen dan progesterone menyebabkan oksitosin semakin meningkat dan dapat menjalankan fungsinya dengan efektif untuk menimbulkan kontraksi atau his permulaan. His permulaan ini sering diistilahkan sebagai his palsu dengan ciri-ciri sebagai berikut:

- a) Rasa nyeri ringan di bagian bawah
- b) Datang tidak teratur
- c) Tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda-tanda kemajuan persalinan
- d) Durasi pendek
- e) Tidak bertambah bila beraktivitas

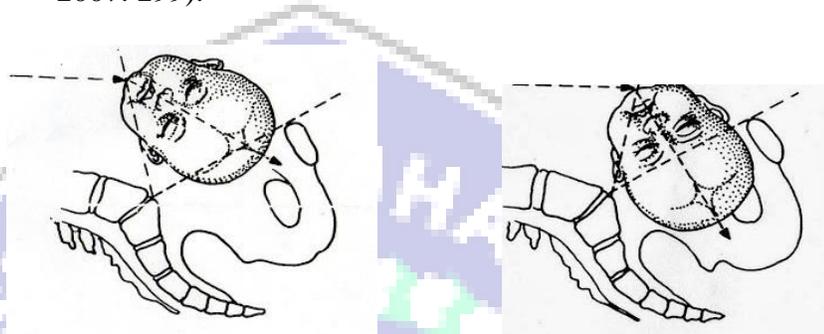
e. Mekanisme persalinan

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

1) Penurunan kepala

Penurunan kepala janin yang disebabkan oleh his dimulai saat inpartu. Bentuk penurunannya yaitu sinklitismus yang artinya sutura sagitalis berhimpitan dengan sumbu jalan lahir, deep transverse arrest, timbul akibat kegagalan turunnya kepala dan putaran paksi dalam. Asinklitismus anterior menurut Naegle adalah kepala janin masuk mengarah ke promontorium sehingga os parietalis lebih rendah dan teraba lebih banyak, kepala masuk secara asinklitismus menurut neagle lebih menguntungkan karena dapat masuk lebih dalam sebelum terjadi putasan paksi dalam. Putasan paksi dalam pada hodge III terjadi setelah kepala menyentuh dasar panggul. Asinklitismus posterior menurut Liztmann adalah kepala janin masuk lebih mengarah ke simfisis sehingga kepala akan lebih cepat tersentuh dan tertahan oleh simfisis pubis, akibatnya akan terjadi kepala miring kearah simfisis dan mengalami kegagalan untuk

penurunan selanjutnya, akibatnya akan mengalami kegagalan untuk melakukan putaran paksi dalam sehingga menimbulkan keadaan yang disebut dengan deep transverse arrest (Manuaba, 2007: 299).



Gambar 2.8
Asinklitismus anterior
Sumber: Manuaba, 2007:299

Gambar 2.9
Sinklitismus
Sumber: Manuaba, 2007:299

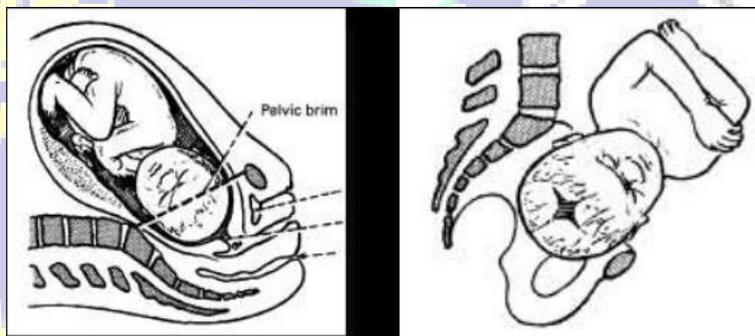


Gambar 2.10
Asinklitismus Posterior
Sumber: Manuaba, 2007:299

2) Penguncian (*engagement*)

Tahap penurunan pada waktu diameter biparietal dari kepala janin setelah melalui lubang masuk panggul pasien (Sulistyawati dan Nugraheny, 2010: 110). Terjadi ketika

diameter terbesar dari presentasi bagian janin (biasanya kepala) telah memasuki rongga panggul. *Engagement* telah terjadi ketika bagian terendah janin telah memasuki station nol atau lebih rendah. Pada nulipara, engagement sering terjadi sebelum awal persalinan. Namun, pada multipara dan beberapa nulipara, engagement tidak terjadi sampai setelah persalinan dimulai (Cunningham et. al, 2013).



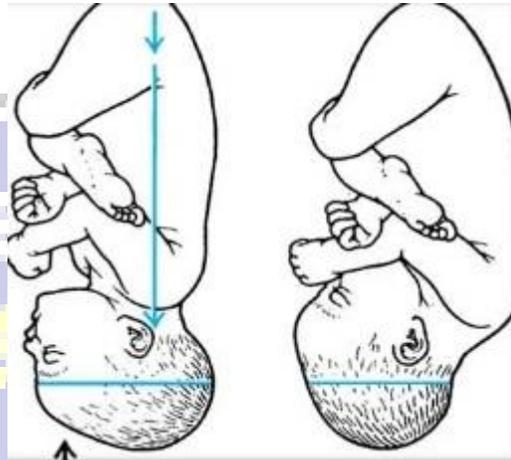
Gambar 2.11
Engagement

Sumber: Sulistyawati dan Nugraheny, 2010:110

3) Fleksi

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

fleksi menjadi bertambah besar yang sangat diperlukan agar saat sampai di dasar panggul kepala janin sudah dalam keadaan fleksi maksimal (Sulistiyawati dan Nugraheny, 2010: 110).



Gambar 2.12
Fleksi

Sumber: Sulistiyawati dan Nugraheny, 2010:110

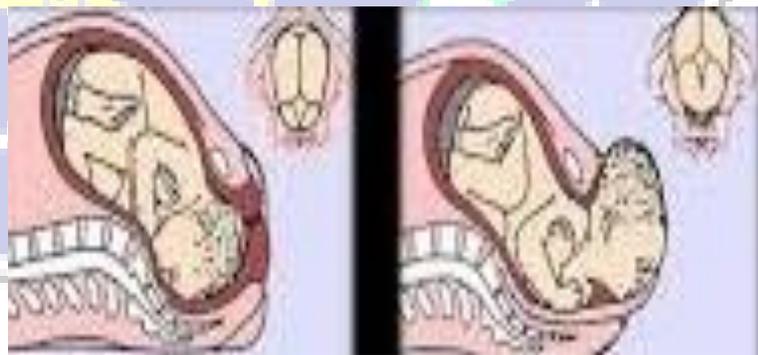
4) Rotasi internal (putar paksi dalam)

Menurut Oxorn (2010: 88) terjadi putaran paksi dalam di dasar panggul menambahkan bahwa sumbu panjang kepala janin harus sesuai dengan panjang panggul ibu. Dikarenakan kepala janin yang masuk Pintu Atas Panggul (PAP) pada diameter atau oblique harus berputar ke diameter anteroposterior agar dapat segera lahir. Inilah yang dimaksud dengan putaran paksi dalam. Pada saat UUK masuk ke PTP tempat berhubungan dengan dasar panggul (*musculus* dan *facia*

levator ani). Ditempat inilah UUK berputar 45° ke kanan, diameter anteroposterior panggul adalah LOA ke OA. UUK mendeteksi simpisis pubis dan sinciput mendekati sacrum.

6) Ekstensi

Cara kelahiran ini untuk kepala dengan posisi oksiput posterior. Proses ini terjadi karena gaya tahanan dari dasar panggul, dimana gaya tersebut membentuk lengkungan carus, yang mengarahkan kepala keatas menuju lorong vulva. Bagian leher belakang di bawah oksiput akan bergeser ke bawah oksiput akan bergeser ke bawah simfisis pubis dan bekerja sebagai titik poros (*hipomoklion*). Uterus yang berkontraksi kemudian memberikan tekanan tambahan di kepala yang menyebabkannya ekstensi lebih lanjut saat lubang vulva vagina membuka lebar (Sulistyawati dan Nugraheny, 2010: 110-111).



Gambar 2.13

Ekstensi

Sumber: Sulistyawati dan Nugraheny, 2010:111

7) Rotasi eksternal (putar paksi luar)

Pada tahap ini terjadi putar paksi luar. Menurut Oxorn (2010:92) menambahkan pada waktu kepala mencapai dasar panggul maka bahu memasuki panggul. Oleh karena itu, panggul tetap berada pada diameter oblique sedangkan kepala berputar kedepan. Setelah kepala dilahirkan dan bebas dari panggul maka leher berputar kembali dan kepala mengadakan restitusi kembali (OA menjadi LOA) sehingga hubungannya dengan bahu dan kedudukannya dalam panggul menjadi normal kembali.

8) Lahirnya bahu dan seluruh anggota badan bayi

Bahu posterior akan menggembungkan perineum dan kemudian dilahirkan dengan cara fleksi lateral. Setelah kepala janin keluar selanjurnya kita melahirkan bahu janin bagian depan dengan cara kedua telapak tangan pada samping kiri dan kanan kepala janin. Kepala janin ditarik perlahan-lahan kearah anus sehingga bahu depan lahir. Tidak dibenarkan untuk penarikan terlalu keras dan kasar oleh karena itu dapat menimbulkan robekan pada muskulus sternokleomastoides. Kemudian kepala janin diangkat kearah simfisis untuk melahirkan bahu belakang (Rohani, dkk: 2011: 50). Setelah bahu dilahirkan, seluruh tubuh janin lainnya akan dilahirkan

mengikuti sumbu carus (Sulistyawati dan Nugraheny, 2010: 111).



Gambar 2.14
Lahirnya bahu

Sumber: Sulistyawati dan Nugraheni: 113

f. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Faktor-faktor yang mempengaruhi proses persalinan yaitu power, passage, dan psycologi (Masrurroh, 2015: 30).

1) Power (kekuatan ibu)

His adalah kontraksi otot-otot Rahim dalam persalinan. Tiap his dimulai sebagai gelombang dari salah satu sudut dimana tuba masuk ke dalam dinding uterus. Ditempat tersebut ada satu pace maker dari mana gelombang his berasal. Gelombang bergerak ke dalam dan ke bawah dengan kecepatan 2 cm tiap detik untuk mengikutsertakan seluruh uterus. His yang sempurna mempunyai kejang otot paling tinggi di fundus uteri yang lapisan otonya paling tebal, dan puncak kontraksi

terjadi simultan di seluruh bagian uterus. Sesudah tiap his, otot uterus menjadi lebih pendek dari pada sebelumnya, yang disebut retraksi. Oleh karena serviks kurang mengandung otot maka serviks tertarik dan dibuka, lebih-lebih jika ada tekanan oleh bagian besar yang keras, umpamanya kepala yang merangsang pleksus saraf setempat. Kontraksi uterus bersifat intermiten sehingga ada periode relaksasi uterus diantara kontraksi yang memiliki fungsi penting berikut:

- a) Mengistirahatkan otot uterus
- b) Memberi kesempatan ibu untuk beristirahat
- c) Mempertahankan kesejahteraan bayi karena kontraksi uterus menyebabkan konstiksi pembuluh darah plasenta

Sifat his pada fase persalinan yaitu:

- a) Kala I awal (fase laten): timbul tiap 10 menit dengan amplitude 40 mmHg, lama 20-30 detik. Serviks terbuka sampai 3 cm. Frekuensi dan amplitude terus meningkat. Kala I lanjut (fase aktif) sampai kala I akhir yaitu terjadi peningkatan rasa nyeri, amplitude makin kuat sampai 60 mmHg, frekuensi 2-4 kali/10 menit, lama 60-90 detik. Serviks terbuka sampai lengkap (10 cm).

- b) Kala II : amplitude 60 mmHg, frekuensi 3-4 kali/menit. Reflex mengejan terjadi juga akibat stimulasi dari

tekanan bagian terbawah janin (pada persalinan normal yaitu kepala) yang menekan anus dan rectum. Tambahan tenaga mengejan dari ibu, dengan kontraksi oto-otot dinding abdpmen dan diafragma, berusaha untuk mengeluarkan bayi.

- c) Kala III : amplitude 60-80 mmHg, frekuensi kontraksi berkurang, aktivitas uterus menurun. Plasenta dapat lepas spontan dari aktivitas uterus ini, namun dapat juga tetap menempel (retensio) dan memerlukan tindakan aktif (manual).

(Sari dan Rimandini, 2014:10)

2) Passage (jalan lahir)

Terdiri dari janin dan plasenta (Astria, 2009). Jalan lahir terdiri atas panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan intoritus. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relative kaku, oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai (Rohani, dkk. 2011:21). Jalan

lahir dibagi atas:

- a) Bagian keras adalah tulang-tulang panggul (Rohani, dkk. 2011:21)

- b) Bagian lunak adalah uterus, otot dasar panggul, dan perineum (Rohani, dkk. 2011:21)

Ruang panggul (Pelvic Cavity) dibagi menjadi 2 yaitu:

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

Bidang-bidang panggul

Bidang hodge adalah bidang semua sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan, yaitu seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam/Vaginal Toucher (VT). Bidang hodge terbagi menjadi:

- a) 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 (Rohani, dkk. 2011:23)

- b) Bidang hodge II

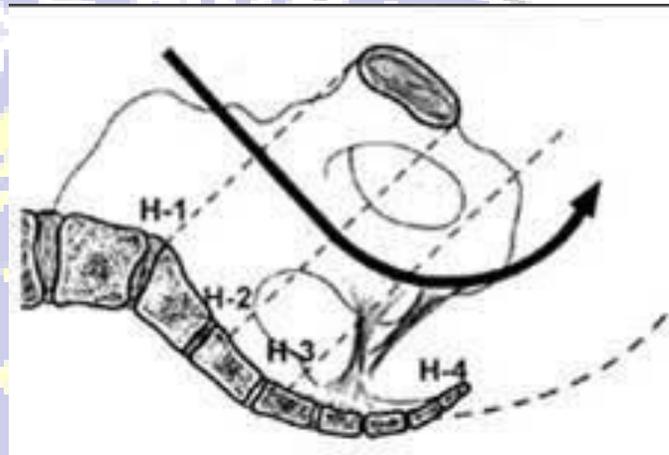
Bidang setinggi pinggir bawah simfisis pubis, berimpit dengan PAP (Hodge I) (Rohani, dkk. 2011:23)

c) Bidang hodge III

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

d) Bidang hodge IV

Bidang setinggi ujung koksigid berimpit dengan PAP
(hodge I) (Rohani, dkk. 2011:23)



Gambar 2.15
Bidang Hodge
Sumber: Rohani dkk, 2011:23

3) Passanger

Keadaan janin yang meliputi letak, janin, mekanisme persalinan, besarnya janin, kelainan bawaan, dan kehamilan ganda (Mochtar, 2008: 68).

g. Tanda-tanda inpartu

1) Terjadinya his persalinan

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2010:7), karakter dari his persalinan yaitu:

- a) Pinggang terasa sakit menjalar ke depan
- b) Sifat his teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar
- c) Terjadi perubahan pada serviks
- d) Jika pasien menambah sktivitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatannya bertambah

2) Pengeluaran lendir dan darah

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2010:7), dengan adanya hispersalinan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan:

- a) Pendataran dan pembukaan
- b) Pembukaan menyebabkan selaput lendir yang terdapat pada kanalis servikalis terlepas
- c) Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

3) Terkadang disertai ketuban pecah

Sebagian ibu hamil mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban menjelang persalinan. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun, apabila persalinan tidak tercapai, maka persalinan harus

diakhiri dengan tindakan tertentu misalnya ekstraksi vakum atau section caesarea (Sari dan Rimandini, 2014:12).

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 (Sari dan Rimandini, 2014:12).

h. Tahapan persalinan

1) Kala I (pembukaan)

Pasien dikatakan dalam tahap persalinan kala I, jika sudah terjadi pembukaan serviks dan kontraksi terjadi teratur minimal 2 kali dalam 10 menit selama 40 detik. Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0-10 cm (pembukaan lengkap) (Sulistyawati dan Nugraheny, 2010:7).

Proses ini terbagi menjadi dua fase, yaitu :

a) Fase laten

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

b) Fase aktif

Fase aktif, dibagi menjadi 3 bagian lagi yaitu:

- 1) Fase akselerasi, dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm tadi menjadi 4 cm
- 2) Fase dilatasi maksimal, dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm
- 3) Fase deselerasi, pembukaan menjadi lambat sekali. Dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap.

(Sari dan Rimandini, 2014:13)

Tabel 2.5
Rerata Durasi Kala 1 dan Kala II Persalinan

	Tanpa Konduksi		Konduksi Anastesi	
	kala 1 (jam)	kala II (menit)	kala 1 (jam)	kala II (menit)
Rerata nulipara	8,1	54	10,2	79
rerata multipara	5,7	19	7,4	45

Sumber: Kuscahyanti, *et al*, 2012: 90

Tabel 2.6
Penilaian dan Intervensi Kala I

Parameter	Frekuensi pada kala I laten	Frekuensi pada kala I aktif
Tekanan darah	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam
Suhu	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam
Nadi	Tiap 30-60 menit	Tiap 30-60 menit
DJJ	Tiap 1 jam	Tiap 30 menit
Kontraksi	Tiap 30 menit	Tiap 30 menit
Pembukaan serviks	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam
Penurunan kepala	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam
Warna cairan amnion	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam

Sumber: Sari dan Ramdani, 2014: 13

2) Kala II (Pengeluaran bayi)

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

- (a) His semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik
- (b) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak
- (c) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan meneran karena tertekannya *fleksus frankenhouser*
- (d) Dua kekuatan yaitu his dan meneran akan mendorong kepala bayi sehingga kepala membuka pintu, suboksiput bertindak sebagai *hipomoclion*, beturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka, serta kepala seluruhnya
- (e) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putaran paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung
- (f) Setelah putaran paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi di tolong dengan jalan berikut:
- (1) Pegang kepala pada tulang oksiput dan bagian bawah dagu, kemudian ditarik curam ke bawah untuk melahirkan bahu depan, dan curam ke atas untuk melahirkan bahu belakang
 - (2) Setelah kedua bahu bayi lahir. Geser tangan kanan untuk menopang kepala dan tangan kiri untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas. Dan penelusuran tangan berlanjut sampai dengan kaki. Dan tangan

langsung memegang kaki bayi menggunakan prasat garpu
(Sulistyawati dan Nugraheny, 2010:7-8).

3) Kala III (pelepasan plasenta)

Kala III adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluaran plasenta. Setelah kala II yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, kontraksi uterus berhenti sekitar 5-10 menit. Dengan lahirnya bayi dan proses retraksi uterus, maka plasenta lepas dari lapisan *Nitabusch*. Lepasnya plasenta sudah dapat dipikirkan dengan memperhatikan tanda-tanda sebagai berikut:

- (a) Uterus menjadi berbentuk bundar
- (b) Uterus terdorong keatas, karena plasenta dilepas ke segmen bawah Rahim
- (c) Tali pusat bertambah panjang
- (d) Terjadi perdarahan

Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara crede pada fundus uterus. Teori pelepasan plasenta yaitu:

a) Menurut Duncan

Plasenta lepas mulai dari bagian pinggir (marginal) disertai dengan adanya tanda darah yang keluar dari vagina apabila plasenta mulai lepas.

b) Menurut Schultz

Plasenta lepas mulai dari bagian tengah (sentral) dengan tanda adanya pemanjangan tali pusat yang terlihat di vagina.

c) Terjadi serempak atau kombinasi dari keduanya

(Sulistyawati dan Nugraheny, 2010:157)

Tiga prasat yang dapat dilakukan dalam pelepasan plasenta yaitu sebagai berikut:

a) Prasat Kustner

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat, sementara tangan kiri menekan atas simfisis. Bila tali pusat masuk kembali ke dalam vagina berarti plasenta belum lepas, bila plasenta tetap atau tidak masuk ke dalam vagina berarti plasenta sudah lepas.

b) Prasat Strassman

Prasat ini dilakukan dengan mengetok-ngetok fundus uteri dengan tangan kiri dan tangan kanan meregangkan tali pusat sambil merasakan apakah ada getaran yang ditimbulkan dari gerakan tangan kiri. Jika terasa ada getaran berarti plasenta sudah lepas.

c) Prasad Klien

Untuk melakukan prasad ini, minta pasien untuk meneran, jika tali pusat tampak turun akan bertambah panjang berarti plasenta telah lepas, begitu juga sebaliknya.

(Sulistyawati dan Nugraheny, 2010:159)

4) Kala IV (Observasi)

Kala IV dimulai dari lahirnya plasenta selama 1-2 jam. Pada kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan paska persalinan, paling sering terjadi 2 jam pertama.observasi yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- a. Tingkat kesadaran pasien
- b. Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, dan pernafasan
- c. Kontraksi uterus
- d. Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc

(Sulistyawati dan Nugraheny, 2010:9).

i. Kebutuhan Dasar selama Persalinan

1) Makan dan minum per oral

Jika pasien berada dalam situasi yang memungkinkan untuk makan,biasanya pasien akan makan sesuai dengan keinginannya, namun ketika masuk dalam persalinan fase aktif

biasanya ibu hanya menginginkan cairan. Termasuk apakah yang boleh untuk tidak dimakan atau minum sama sekali dalam proses persalinan, karena ada sebagian pasien yang enggan untuk makan atau minum khawatir jika akan muncul dorongan untuk buang air besar atau buang air kecil. Penatalaksanaan yang paling tepat bijaksana yang dapat dilakukan oleh bidan adalah melihat situasi pasien, artinya intake cairan dan nutrisi tetap dipertimbangkan untuk diberikan dengan konsistensi dan jumlah yang logis dan sesuai dengan kondisi pasien (Sulistyawati dan Nugraheny, 2010: 41-42).

2) Posisi dan 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 kontraindikasi dari keadaan pasien). Beberapa posisi yang dapat diambil antara lain rekumben lateral (miring), lutut-dada, tangan-lutut, duduk, berdiri, berjalan, dan jongkok (Sulistyawati dan Nugraheny, 2010: 43-45).

3) Buang air kecil (BAK)

Selama proses persalinan, pasien akan mengalami poliuri sehingga penting untuk difasilitasi agar kebutuhan eliminasi

dapat terpenuhi. Jika pasien masih berada dalam awal kala 1, ambulasi dengan berjalan seperti aktivitas ke toilet akan membantu penurunan kepala janin. Hal ini merupakan keuntungan tersendiri untuk kemajuan persalinan. Jika kondisi pasien tidak memungkinkan untuk BAK sendiri di toilet, maka tugas bidan atau keluarga terdekat untuk memfasilitasnya misalnya menggunakan pispot di tempat tidur. Penting untuk menanyakan kepada pasien mengenai siapa yang ia inginkan untuk membantunya BAK di atas tempat tidur. Ini sangat berpengaruh terhadap psikologis pasien, tidak hanya saat ia BAK namun untuk perkembangan kenyamanan psikologis di tahap proses persalinan selanjutnya (Sulistyawati dan Nugraheny, 2010: 46).

4) Buang air besar (BAB)

Pasien akan merasa sangat tidak nyaman ketika merasakan dorongan untuk BAB. Namun rasa khawatir kadang lebih mendominasi daripada perasaan tidak nyaman, hal ini terjadi karena pasien tidak tahu mengenai caranya serta khawatir akan respons orang lain terhadap kebutuhannya ini. Dalam kondisi ini penting bagi keluarga serta bidan untuk menunjukkan respons yang positif dalam hal kesiapan untuk memberikan bantuan dan meyakinkan pasien bahwa ia tidak perlu merasa

rishi atau sungkan untuk melakukannya. Jika upaya ini tidak dilakukan, maka efek yang dirasakan adalah ia akan merasa rendah hati dan tidak percaya kepada orang lain serta akan memengaruhi semangatnya untuk menyelesaikan proses persalinannya (Ari Sulistyawati dan Esti Nugraheny, 2010: 46).

5) Kebersihan tubuh

Sebagian pasien yang menjalani proses persalinan tidak begitu menganggap kebersihan tubuh sebagai suatu kebutuhan, karena ia lebih berfokus terhadap sakit akibat his terutama pada primipara. Namun bagi sebagian yang lain akan merasa tidak nyaman atau rishi jika kondisi tubuhnya kotor dan bau akibat keringat berlebihan selama persalinan. Tanpa mempertimbangkan apakah kebersihan tubuh ia anggap kebutuhan atau tidak, bidan atau pendamping sebaiknya tetap mempertimbangkan kebersihan tubuh pasien. Selain rasa nyaman, jika tubuhnya dalam keadaan bersih perhatian dari para pemberi pelayanan akan menimbulkan perasaan positif bagia pasien dan rasa dihargai (Sulistyawati dan Nugraheny, 2010: 46-47).

6) Istirahat

Istirahat sangat penting untuk pasien karena akan membuat rileks. Di awal persalinan sebaiknya dianjurkan 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. Posisi ini dikombinasikan dengan aktivitas dalam ambulasi agar penurunan kepala janin dapat lebih maksimal (Sulistyawati dan Nugraheny, 2010: 47).

7) Kehadiran pendamping

Kehadiran seseorang yang penting dan dapat dipercaya sangat dibutuhkan oleh pasien yang akan menjalani proses bersalin. Individu ini tidak selalu suami atau keluarga, jika di awal pertemuan bidan sudah dapat memikat hati pasien, maka hal ini merupakan satu hal yang sangat istimewa bagi pasien dan akhirnya ia akan menjadikan bidan sebagai orang yang paling ia percaya dalam proses persalinannya (Sulistyawati dan Nugraheny, 2010: 48).

8) Bebas dari nyeri

Setiap pasien yang bersalin selalu menginginkan terbebas dari rasa nyeri akibat his. Hal yang perlu ditekankan pada pasien adalah bahwa tanpa adanya rasa nyeri maka persalinan tidak akan mengalami kemajuan, karena salah satu tanda persalinan adalah adanya his yang akan menimbulkan rasa sakit. Beberapa upaya yang dapat ditempuh seperti mandi dengan air hangat, berjalan-jalan di dalam kamar, duduk di kursi sambil membaca buku atau novel kesukaan, posisi lutut-dada di atas tempat tidur (Sulistyawati dan Nugraheny, 2010:48).

2.1.3 Masa Nifas

1. Pengertian Nifas

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat – alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil (Sholichah dan Lestari, 2017). Masa nifas (puerperium) adalah masa yang dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat –alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung selama kira– kira 6 minggu (Sulistyawati, 2009).

Masa nifas merupakan pembersihan Rahim, sama seperti halnya masa haid. Selama masa nifas, tubuh mengeluarkan darah nifas yang mengandung trombosit, sel-sel generative, sel-sel

nekrosis atau sel mati dan sel endometrium sisa. Ada yang darah nifasnya cepat berhenti, ada pula yang darah nifasnya masih keluar melewati masa 40 hari. Cepat atau lambat, darah nifas harus lancar mengalir keluar. Bila tidak, misal karena tertutupnya mulut Rahim sehingga bisa terjadi infeksi (Reni.2010).

2. Fisiologi Nifas

a. Proses masa nifas

1) Involusi uterus

Uterus berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan semula seperti keadaan sebelum hamil. Setelah bayi lahir TFU setinggi pusat. Setelah plasenta lahir 2 jari dibawah pusat, 6 hari postpartum pertengahan pusat-sympisis, 10 hari postpartum uterus tidak teraba. Uterus mengecil dan mengeras karena kontraksi dan retraksi otot-ototnya (Ayu, 2008: 66-68).

2) Perubahan serviks dan vagina

Serviks menganga seperti corong disebabkan oleh korpus uteri berkontraksi. Vagina lambat laun mencapai ukuran normal pada minggu ke 3 dan akan tampak kembali (Ayu, 2008: 69).

3) Perubahan pada traktus urinarius

Pada dinding kandung kemih mengalami odema sehingga menyebabkan hyperemia terkadang sampai terjadi obstruksi sehingga menekan uretra dan terjadi retensi urine akan pulih kembali setelah 2 minggu (Ayu, 2008: 70).

4) Laktasi

Perubahan yang terjadi pada mammae yaitu poliferasi jaringan, kelenjar alveolus, dan lemak. Pengaruh oksitosin yaitu merangsang kelenjar susu berkontraksi karena rangsangan penghisapan pada putting susu (Ayu, 2008: 72).

b. Perubahan masa nifas

1) Perubahan uterus

Involusi uteri adalah proses uterus kembali ke kondisi sebelum hamil. Uterus biasanya berada di organ pelvik pada hari ke 10 setelah persalinan. Involusi uterus lebih lambat pada multipara. Penurunan ukuran uterus dipengaruhi oleh proses autolysis protein intraseluler dan sitoplasma myometrium. Hasil dari menurunkan ukuran uterus harus kehilangan sel-sel dalam jumlah besar. Selama beberapa hari pertama setelah melahirkan

endometrium dan myometrium pada tempat plasenta diserap oleh sel-sel granulosa sehingga selaput basal endometrium kembali dibentuk (Reni. 2010:5-6).

Tabel 2.7
Involusi Uterus

involusi uterus	TFU	berat uterus	diameter uterus	palpasi serviks
plasenta lahir	setinggi pusat	1000 gr	12,5 cm	lunak
7 hari	pertengahan pusat dan symfisis	500 gr	7,5 cm	2 cm
14 hari	tidak teraba	350 gr	5 cm	1 cm
6 minggu	normal	60 gr	2,5 cm	menyempit

Sumber: Ambarwati, 2010: 76

2) Pengeluaran Lokhea

Lokhea adalah cairan yang keluar dari liang vagina/senggama pada masa nifas. Cairan ini dapat berupa darah atau sisa lapisan Rahim. Urutan pengeluaran lokhea:

1 – 4 : rubra/krueta merah kehitaman

4 – 7 : sanguinolenta putih bercampur merah

7 – 14: serosa kekuningan

>14 : alba putih

Jumlah total lokhea yang diproduksi 150-450 ml dengan jumlah rata-rata 225 ml. selama 2-3 hari pertama setelah

melahirkan, pengeluaran darah dari vagina tergantung pada perubahan ambulasi seperti berdiri dan duduk. Hal ini tidak perlu dikhawatirkan karena masih dianggap normal (Reni, 2010: 6).

3) Payudara/laktasi

ASI dihasilkan oleh kerja gabungan antara hormone dan reflex. Kelenjar hipofisis didasar otak menghasilkan hormone prolactin akan membuat sel kelenjar payudara menghasilkan ASI. Prolactin adalah hormone pertama yang bertanggung jawab dalam proses laktasi. Dengan rangsangan hisapan bayi mengeluarkan prolactin dari adeno hipofise dan oksitosin dari neurohipofise.

Setelah persalinan estrogen dan progesterone menurun drastic sehingga dikeluarkan prolactin untuk merangsang produksi ASI. ASI kemudian dikeluarkan oleh sel otot halus disekitar kelenjar payudara yang mengekerut dan memeras ASI keluar, hormone oksitosin yang membuat otot-otot itu mengerut (Reni, 2010: 6).

(1) Pengeluaran Air Susu Ibu (ASI) Oksitosi

Jika bayi disusui, maka gerakan menghisap yang berirama akan menghasilkan rangsangan saraf yang terdapat pada glandula puitutari posterior, sehingga

keluar hormone oksitosin. Hal ini menyebabkan sel-sel mioepitel di sekitar alveoli akan berkontraksi dan mendorong Air Susu Ibu (ASI) masuk dalam pembuluh ampula. Pengeluaran oksitosin selain dipengaruhi oleh isapan bayi, juga oleh reseptor yang terletak pada duktus. Apabila duktus melebar, maka secara reflektoris oksitosin dikeluarkan oleh hipofisis (Marliandiani, 2015: 51).

4) Endometrium

Regenerasi endometrium lengkap pada perlekatan plasenta memakan waktu hampir enam minggu. Epitel tumbuh pada tempat perlekatan tersebut dari samping dan sekitar lapisan uterus, dan keatas dari bawah tempat perlekatan plasenta. Pertumbuhan endometrium ini membuat pembuluh darah yang mengalami pembekuan pada tempat perlekatan tersebut rapuh sehingga meluruh dan dikeluarkan dalam bentuk lochea (Reni, 2010: 55)

5) Perubahan serviks

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendor, terkulai, dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga pembatasan antara

korpus dan serviks uteri berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi dilahirkan, tangan pemeriksa masih dapat dimasukkan 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk. Oleh karena itu, hiperpalpasi dan retraksi serviks dapat sembuh. Namun demikian, selesai involusi, ostium eksternum tidak sama waktu sebelum hamil. Pada umumnya ostium eksternum lebih besar, tetap ada retak-retak dan robekan-robekan pada pinggir terutama pada pinggir samping (reni, 2010: 30).

6) Perubahan vulva, vagina, perineum

Segera setelah kelahiran, vagina tetap terbuka lebar, mungkin mengalami beberapa derajat edema dan memar, dan celah pada introitus. Setelah satu hingga dua hari pertama paska partum, tonus otot vagina kembali, celah vagina tidak lebar dan vagina tidak lagi edema. Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini kembali dalam keadaan kendur. Rugae timbul kembali pada minggu ketiga. Hymen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi karankulae mitiformis yang khas pada wanita

multipara. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan kadaan saat sebelum persalinan pertama. Perubahan pada perineum paska melahirkan menjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomy dengan indikasi tertentu. Akan tetapi, latihan pengencangan otot perineum akan mengembalikan tonusnya dan memungkinkan wanita secara perlahan mengencangkan vaginanya. Pengencangan ini sempurna pada akhir puerperium dalam latihan setiap hari (Rebi, 2010: 32-33).

c. Kebutuhan dasar masa nifas

1) Nutrisi dan Cairan

Pada masa nifas masalah diet perlu mendapat perhatian yang serius, karena dengan nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat memengaruhi susunan air susu. Diet yang diberikan harus bermutu, bergizi tinggi, cukup kalori, tinggi protein, dan banyak mengandung cairan. Ibu yang menyusui harus memenuhi kebutuhan akan gizi sebagai berikut:

- a) Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari

- b) Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup
- c) Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari
- d) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari paska persalinan
- e) Minum kapsul vitamin A 200.000 unit agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui

ASI

(Saleha, 2009: 71-72)

2) Ambulasi

Ambulasi dini (*early ambulation*) ialah kebijaksanaan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu postpartum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan. Sekarang tidak perlu lagi menahan ibu postpartum terlentang di tempat tidurnya selama 7-14 hari setelah melahirkan. Ibu postpartum sudah diperbolehkan bangun dan tempat tidur dalam 24 – 48 jam postpartum (Saleha, 2009: 72).

3) Eliminasi

2) Buang Air Kecil (BAK)

Ibu diminta untuk buang air kecil (miksi) 6 jam postpartum. Jika dalam 8 jam postpartum belum

dapat berkemih atau sekali berkemih belum melebihi 100 cc, maka dilakukan katetersasi. Akan tetapi, kalau ternyata kandung kemih penuh, tidak perlu menunggu 8 jam untuk kateterisasi (Saleha, 2009: 73).

3) Buang Air Besar (BAB)

Buang Air Besar (BAB) biasanya tertunda dalam 2 sampai 3 hari setelah melahirkan karena enema prapersalinan, diet cairan, obat-obatan analgesic selama persalinan dan perineum yang sakit. Memberikan asupan cairan yang cukup, diet yang tinggi serat serta ambulasi secara teratur dapat membantu untuk mencapai regulasi BAB (Sari dan Rimandini, 2014:61).

4) Istirahat

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Hal-hal yang dapat dilakukan ibu dalam memenuhi kebutuhan istirahatnya antara lain:

- a) Anjurkan ibu untuk cukup istirahat

- b) Sarankan ibu untuk melakukan kegiatan rumah tangga secara perlahan
- c) Tidur siang atau saat bayi tidur

Kurang istirahat dapat menyebabkan:

- a) Jumlah ASI berkurang
- b) Memperlambat proses involusi uteri
- c) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan dalam merawat bayi sendiri

(Sari dan Rimandini, 2014:62-63)

5) Kebersihan diri

Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman pada ibu. Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan diri dengan cara mandi teratur minimal 2 kali sehari, mengganti pakaian dan alas tempat tidur serta lingkungan dimana ibu tinggal. Beberapa hal yang dapat dilakukan ibu masa nifas dalam kebersihan diri, adalah sebagai berikut:

- a) Mandi teratur minimal 2 kali sehari
- b) Mengganti pakaian dan alas tempat tidur
- c) Menjaga lingkungan sekitar tempat tinggal
- d) Melakukan perawatan perineum
- e) Mengganti pembalut minimal 2 kali sehari

f) Mencuci tangan setiap membersihkan daerah genitalia

(Reni, 2010:62)

6) Seksual

Hubungan seksual dapat dilakukan dengan aman ketika luka episiotomy telah sembuh dan lokea telah berhenti. Hendaknya pula hubungan seksual dapat ditunda sedapat mungkin sampai 40 hari setelah persalinan, karena pada waktu itu diharapkan organ-organ tubuh telah pulih kembali. Ibu mengalami ovulasi dan mungkin mengalami kehamilan sebelum haid yang pertama timbul setelah persalinan. Untuk itu bila senggama tidak mungkin menunggu sampai hari ke 40, suami/istri perlu melakukan usaha untuk mencegah kehamilan. Pada saat inilah waktu yang tepat untuk memberikan konseling tentang KB (Reni, 2010:63)

7) Latihan/senam nifas

Senam nifas ialah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan sampai dengan hari ke sepuluh.

Senam nifas bertujuan untuk:

- a) Membantu mempercepat pemulihan kondisi ibu
- b) Mempercepat proses involusio uteri

- c) Memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot-otot dinding perut, ligament-ligamen, otot-otot dasar panggul dan sebagainya yang berhubungan dengan proses persalinan
- d) Memperlancar pengeluaran lokea
- e) Membantu mengurangi rasa sakit
- f) Merelaksasikan otot-otot yang menunjang proses kehamilan dan persalinan
- g) Mengurangi kelainan dan komplikasi masa nifas

(Reni, 2010:64-65)

d. Adaptasi psikologis masa nifas

1) Fase *taking in*

Fase ini merupakan fase ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat ini focus perhatian ibu terutama pada bayinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami antara lain rasa mules, nyeri pada luka jahitan, kurang tidur, dan kelelahan. Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat cukup, komunikasi yang baik, dan asupan nutrisi yang cukup. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakannya. Kelelahannya membuat

ibu perlu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya. Oleh karena itu, kondisi ini perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik. Pada fase ini, perlu diperhatikan pemberian ekstra makanan untuk proses pemulihannya, disamping nafsu makan ibu yang memang sedang meningkat (Reni, 2010: 48-49).

2) Fase *taking hold*

Merupakan fase yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitive sehingga mudah tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan atau pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya. Penuhi kebutuhan ibu tentang cara perawatan bayi, cara menyesuaikan yang baik dan benar, cara perawatan luka jalan lahir, mobilisasi postpartum, senam nifas, nutrisi, istirahat, dan kebersihan diri (Maritalia, 2014: 31-32).

3) Fase *letting go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Dukungan suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi. Kebutuhan akan istirahat masih dibutuhkan ibu untuk menjaga kondisi fisiknya.

Hal-hal yang harus dipenuhi selama nifas adalah :

- a) Fisik : istirahat, asupan gizi, lingkungan bersih
- b) Psikologis : dukungan dari keluarga sangat diperlukan
- c) Social : perhatian, rasa kasih sayang, menghibur ibu saat sedih dan menemani saat ibu merasa kasian
- d) Psikososial

(Reni, 2010: 50)

e. Kunjungan masa nifas

Kunjungan masa nifas dilakukan sedikitnya empat kali untuk menilai status ibu dan status bayi baru lahir juga mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah-masalah yang terjadi. Berdasarkan program dan kebijakan teknis

kunjungan nifas minimal dilakukan sebanyak empat kali untuk menilai keadaan ibu dan bayi baru lahir dan untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah-masalah yang terjadi. Jadwal kunjungan tersebut sebagai berikut:

1) Kunjungan pertama (6-8 jam postpartum)

- a) Mencegah terjadinya perdarahan masa nifas
- b) Mendeteksi perdarahan lain dan merujuk bila perdarahan berlanjut
- c) Memberikan konseling pada keluarga cara mencegah perdarahan karena atonia uteri
- d) Pemberian ASI awal menjadi ibu
- e) Melakukan pendekatan ibu dan bayi baru lahir
- f) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi

2) Kunjungan kedua (6 hari postpartum)

- a) Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau
- b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau kelainan paska melahirkan
- c) Memastikan ibu mendapat cakupan makanan, cairan, dan istirahat

- d) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, dan bagaimana menjadi bayi agar tetap hangat

3) Kunjungan ketiga (2 minggu postpartum)

Asuhan yang diberikan sama dengan asuhan kunjungan kedua postpartum.

4) Kunjungan keempat (6 minggu postpartum)

- a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami atau bayinya
- b. Memberikan konseling untuk KB secara dini

(Saleha, 2009: 6-7)

f. Penyulit dan Komplikasi Masa Nifas

(1) Perdarahan pervaginam

Perdarahan pervaginam adalah kehilangan darah melebihi 500 ml setelah bersalin didefinisikan sebagai perdarahan paska persalinan. Penyebab dari perdarahan pervaginam sebagai berikut:

- a. Atonia uteri karena plasenta dan selaput ketuban tertahan oleh uterus
- b. Trauma genitalia dikarenakan sewaktu kelahiran bayi menggunakan peralatan termasuk section caesarea dan episiotomy

c. Koagulasi intravascular diseminata

(Saleha, 2009: 117)

(2) Infeksi masa nifas

Beberapa bakteri dapat menyebabkan infeksi setelah persalinan. Infeksi masa nifas merupakan penyebab tinggi AKI. Infeksi alat genital merupakan komplikasi masa nifas. Infeksi yang meluas di saluran urinaria, payudara, dan pembedahan merupakan penyebab terjadinya AKI yang tinggi. Gejala umum infeksi dapat dilihat dari temperature atau suhu serta pembengkakan takikardi dan malaise. Sedangkan gejala local dapat berupa uterus lembek, kemerahan, dan rasa nyeri pada payudara atau adanya desuria. Infeksi alat genital. Ibu bersisiko terjadi infeksi postpartum karena adanya luka pada bekas pelepasan plasenta, laserasi pada saluran genital termasuk episiotomy pada perineum, dinding vagina dan serviks, infeksi post SC kemungkinan yang terjadi.

- a. Penyebab infeksi yaitu bakteri endogen dan bakteri eksogen

- b. Faktor predisposisi yaitu nutrisi yang buruk, defisiensi zat besi, persalinan lama, ruptur membrane, episiotomy, dan bekas SC
- c. Gejala klinis yaitu endometrium tampak pada hari ke 3 postpartum disertai dengan suhu mencapai 39°C dan takikardi, sakit kepala, kadang juga terjadi uterus yang lembek
- d. Manajemen ibu harus di isolasi

(Reni, 2010: 112)

(3) Sakit kepala dan penglihatan kabur

Wanita yang baru melahirkan sering mengeluh sakit kepala hebat atau penglihatan kabur. Gejala ini merupakan tanda-tanda terjadinya eklamsia post partum bila disertai dengan tekanan darah tinggi. Sakit kepala yang mengindikasikan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang berlangsung terus menerus dan tidak bisa hilang dengan istirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang sangat berat, seorang ibu bisa merasakan bahwa penglihatan/pemandangan matanya kabur atau ibu melihat adanya bintik hitam dihadapan pandangannya (Saleha, 2009: 119)

(4) Pembengkakan di wajah dan ekstermitas

Pembengkakan pada wajah dan ekstermitas merupakan salah satu gejala adanya pre eklamsi walaupun gejala utamanya yaitu protein urine. Tanda-tandanya yaitu pembengkakan pada wajah dan ekstermitas, napas pendek atau sulit bernapas, volume air kencing yang dikeluarkan sangat sedikit meskipun minum air dalam jumlah banyak. Penangannya yaitu periksa adanya varises, periksa adanya kemerahan pada betis, dan periksa apakah tulang kering, pergelangan kaki odema (Reni, 2010: 112-113).

(5) Demam, muntah dan rasa sakit waktu berkemih

Pada masa nifas dini sentifitas kandung kemih terhadap tegangan air kemih di dalam vesika sering menurun akibat trauma persalinan serta analgesia epidural atau spinal. Sensasi peregangan kandung kemih juga mungkin berkurang akibat rasa tidak nyaman yang ditimbulkan oleh episiotomy yang lebar, laserasi, dan hematoma dinding vagina (Reni, 2010: 113).

(6) Payudara yang berubah merah, panas, dan terasa sakit

Disebabkan oleh payudara yang tidak disusui secara adekuat, puting susu yang lecet, BH yang terlalu ketat, ibu

yang diet jelek, kurang beristirahat, dan anemia (Reni, 2010: 112-114).

(7) Kehilangan nafsu makan yang lama

Kelelahan yang amat berat setelah persalinan dapat mengganggu nafsu makan, sehingga ibu tidak ingin makan sampai kelelahan itu hilang. Hendaknya setelah bersalin berikan ibu minuman hangat, susu, kpi, atau teh yang mengandung gula untuk mengembalikan tenaga yang hilang. Berikanlah makanan yang sifatnya ringan karena alat pencernaan perlu istirahat untuk memulihkan keadaan sebelumnya (Reni, 2010: 114-115)

(8) Rasa sakit, merah, lunak, dan pembengkakan pada kaki

Selama masa nifas dapat terbentuk thrombus sementara pada vena-vena maupun di pelvis yang mengalami dilatasi (Sulistiyawati, 2009: 150).

(9) Merasa sedih atau tidak mampu mengasuh sendiri bayinya dan diri sendiri

Penyebabnya adalah kekecewaan emosional bercampur rasa takut yang dialami kebanyakan wanita hamil dan melahirkan, rasa nyeri pada awal masa nifas, kelelahan akibat kurang tidur selama persalinan dan setelah melahirkan, kecemasan dan kemampuannya untuk merawat

bayinya setelah meninggalkan Rumah Sakit, ketakutan akan menjadi tidak menarik lagi bagi suami (Sulistiyawati, 2009: 150).

2.1.4 Bayi Baru Lahir

2. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir disebut dengan neonates merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterine. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badannya 2.500-4.000 gram (Dewi, 2012 :1).

Bayi baru lahir atau neonates meliputi umur 0-28 hari. Kehidupan masa neonates ini sangat rawan oleh karena memerlukan penyesuaian fisiologik agar bayi di luar kandungan dapat hidup sebaik-baiknya (Walyani, 2014: 83).

Proses bayi baru lahir yaitu bayi yang baru mengalami proses kelahiran yang memiliki masa kehidupan yang berlangsung dalam 4 minggu dan menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterine. Di dalam Rahim bayi bernafas pada plasenta tetapi setelah bayi dilahirkan bayi bernafas menggunakan paru-paru sehingga bayi

segera setelah lahir harus segera menangis untuk membuka jalan nafas (Rukiyah, 2012: 23).

3. Fisiologi Bayi Baru Lahir

a. Ciri-ciri bayi baru lahir

- 1) Lahir aterm antara 37-42 minggu
- 2) Berat badan 2.500-4.000 gram
- 3) Panjang badan 48-52 cm
- 4) Lingkar dada 30-38 cm
- 5) Lingkar kepala 33-35 cm
- 6) Lingkar lengan 11-12 cm
- 7) Frekuensi denyut jantung 120-160x/menit
- 8) Pernapasan 40-60x/menit
- 9) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup
- 10) Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna
- 11) Kuku agak panjang dan lemas
- 12) Nilai APGAR >7
- 13) Gerakan aktif
- 14) Bayi lahir langsung menangis kuat

15) Reflek rooting (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik

16) Reflek sucking (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik

17) Reflex morro (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik

18) Genitalia:

a) Pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang

b) Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang, serta adanya labia minora dan mayora

19) Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya meconium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan

Tabel 2.7
Penilaian Apgar pada bayi baru lahir

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

Sumber: (Dewi, 2012:3)

Interpretasi:

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

(Dewi, 2012: 2-3)

b. Perubahan fisiologis Bayi Baru Lahir

1) Sistem pernafasan

Selama kehidupan intrauterine, janin tidak membutuhkan paru-paru untuk mendapatkan oksigen, karena oksigen didapat dari ibu dengan cara sirkulasi plasenta. Pada saat lahir oksigen dari

plasenta terputus terbentuk karbondioksida dalam darah. Bayi secara tiba-tiba terpapar pada lingkungan yang mengejutkan, sebagai respon bayi berusaha untuk bernafas pertama kali, paru-paru dengan udara dan dibantu dengan menangis pada saat ekspirasi pertama. Selama minggu pertama kecepatan pernafasan mungkin tidak teratur karena imaturitas pusat pernafasan dalam otak. Kecepatannya harus tidak jauh sampai di bawah 30 atau meningkat di atas 60. Pernafasan abdomen adalah normal (Maryunani, 2010: 200).

2) Saluran pencernaan

Kemampuan bayi untuk mencerna, menyerap dan metabolisme bahan makanan sudah adekuat tetapi terbatas pada fungsi-fungsi tertentu. Terdapat enzim untuk mengkatalisasi protein dan karbohidrat sederhana (Monosakarida dan disakarida) (Endriyani, 2013:57).

Pada bayi baru lahir selama saluran pencernaan mengeluarkan tinja pertama dalam 24 jam pertama yang berupa meconium (zat yang berwarna hijau kehitaman). Dengan adanya pemberian susu,

meconium mulai digantikan oleh tinja tradisional pada hari ke 3 sampai dengan ke 4 berwarna coklat kehijauan (Marmi, 2014:87).

3) Sistem peredaran darah

Setelah bayi lahir, paru akan berkembang yang akan mengakibatkan pada tekanan anterior dalam paru menurun, diikuti dengan menurunnya tekanan pada jantung kanan. Kondisi tersebut menyebabkan tekanan jantung kiri lebih besar dibandingkan dengan tekanan jantung kanan, dan hal tersebutlah yang membuat *foramen ovale* secara fungsional menutup. Hal ini terjadi pada jam-jam pertama setelah kelahiran. Oleh karena tekanan dalam paru turun dan tekanan dalam aorta desenden naik dan juga karena rangsangan biokimia serta duktus arteriosus yang berobliterasi. Hal ini terjadi pada hari pertama. Aliran darah pada bayi hari pertama kehidupan yaitu 4-5 liter per menit/m². Aliran darah sistolik pada hari pertama rendah yaitu 1,96 liter/menit/m² dan bertambah pada hari kedua dan ketiga (3,54 liter/menit/m²) karena penutupan duktus arteriosus. Tekanan darah pada waktu lahir dipengaruhi oleh

jumlah darah melalui transfuse plasenta pada jam-jam pertama sedikit menurun, untuk kemudian naik lagi dan menjadi konstan kira-kira 85/40 mmHg (Dewi, 2011: 13).

4) Sistem persyarafan

Sistem persyarafan bayi cukup berkembang untuk bertahan hidup tetapi belum terintegrasi secara sempurna. Pertumbuhan otak setelah lahir mengikuti pola pertumbuhan cepat, yang dapat diprediksi selama periode bayi sampai awal masa kanak-kanak. Pada akhir tahun pertama, pertumbuhan serebrum yang dimulai pada usia kehamilan sekitar 30 minggu berakhir. Hal inilah yang mungkin menjadi penyebab mengapa otak rentan terhadap trauma nutrisi dan trauma lain selama masa bayi. Fungsi tubuh dan respon-respon yang diberikan sebagian besar dilakukan oleh pusat yang lebih rendah dan otak dan reflex-refleks dalam medulla spinalis (Maryunani, 2010: 206).

Macam-macam reflex pada bayi baru lahir:

a. Refleks mencari (rooting reflex)

Ketika pipi atau sudut mulut bayi disentuh, bayi akan menoleh ke arah stimulus dan membuka mulutnya (Marmi, 2012: 90).

b. Refleks menelan (swallowing reflex)

Kumpulan ASI di dalam mulut bayi mendesak otot-otot di daerah mulut dan faring untuk mengaktifkan refleks menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung bayi (Winknjosastro, 2008).

c. Refleks berkedip (glabellar reflex)

Pada saat pangkal hidung diketuk secara pelan, bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama (Marmi, 2012: 90).

d. Refleks menghisap (sucking reflex)

Benda menyentuh bibir disertai refleks menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul hisapan yang kuat dan cepat. Dilihat pada waktu bayi menyusui (Marmi, 2012: 90).

e. Refleks menggenggam (grasping reflex)

Ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari) respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat (Marmi, 2012: 92).

f. Refleks menoleh (tonikneck reflex)

Ekstermitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstermitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi istirahat. Respon ini dapat tidak ada atau lengkap segera setelah lahir (Marmi, 2012: 92).

g. Refleks babinsky

Goreskan telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Ketika telapak kaki tergores, bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperkestensi dengan ibu jari dorsifleksi (Marmi, 2012: 94).

h. Refleks terkejut (morro reflex)

Ketika bayi terkejut akan menunjukkan respon berupa memeluk dengan abduksi dan ekstensi dari ekstermitas atas yang cepat dan diikuti dengan aduksi yang lebih lambat dan kemudian timbul fleksi. Refleks ini juga berfungsi untuk menguji kondisi umum bayi serta keabnormalan sistem syaraf pusatnya (Marmi, 2012: 92).

i. Refleks ekstruksi

Cara mengukurnya dengan sentuh lidah dengan spatel lidah. Pada kondisi normal lidah ekstensi kea rah luar bila disentuh dengan jari atau putting (Marmi, 2012: 100).

j. Refleks melangkah (Stepping reflex)

Bayi akan menggerak-gerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dank eras (Marmi, 2012: 102).

k. Refleks galans

Cara mengukurnya dengan menggores punggung bayi sepanjang sisi tulang belakang dari bahu sampai bokong. Pada kondisi normal punggung bergerak kearah samping bila distimulasi. Kondisi patologis bila tidak adanya refleks menunjukkan lesi medulaspinalis transversal (Hidayat, 2008: 98).

5) Sistem ginjal

Pengeluaran urine pada janin terjadi pada bulan keempat. Sementara itu, pada saat lahir fungsi ginjal bayi sebanding dengan 30% sampai 50% dari kapasitas dewasa dan belum cukup matur untuk memekatkan urine. Artinya, pada semua bayi struktur ginjal sudah ada tetapi kemampuan ginjal untuk mengkonsentrasikan urine dan mengatur kondisi cairan serta fluktasi elektrolit belum maksimal. Namun demikian, urine terkumpul dalam kandung kemih. Bayi biasanya berkemih dalam waktu 24 jam pertama kelahirannya. Volume pengeluaran urine total per 24 jam pada bayi baru lahir sampai dengan akhir minggu pertama adalah

sekitar 200-300 ml, dengan frekuensi 2-6 kali hingga 20 kali/hari (Maryunani, 2010: 204).

c. Kebutuhan dasar bayi baru lahir

1) Nutrisi

Pada jam-jam pertama energy didapatkan dari karbohidrat. Pada hari kedua energy berasal dari pembakaran lemak setelah mendaptkan susu kurang lebih hari ke 6. Selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energy sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marmi, 2012: 102).

2) Istirahat dan tidur

Bayi baru lahir tidur selama kurang lebih 16-18 jam perhari, paling sering dalam waktu 45 menit sampai dengan 2 jam. Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit perhari sampai dengan 2 jam perhari (Walsh, 2007: 378).

3) Eliminasi

Urine pertama kali dikeluarkan dalam 24 jam pertama dan setelahnya dengan frekuensi yang semakin sering seiring dengan meningkatnya asupan cairan. Urine encer, berwarna kuning, dan tidak berbau (Fraser, 2009: 26). Pengerluan meconium pertama

kali biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa (Marmi, 2014). Fases pertama bayi baru lahir berwarna hijau kehitaman, lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir, dan sel epitel. Sejak hari ke 3 hingga hari ke 5 kelahiran, feses mengalami tahap transisi dan menjadi berwarna kuning kecoklatan (Fraser, 2009).

4) Aktifitas

Bayi dapat menangis paling sedikitnya 5 menit per hari sampai dengan sebanyak-banyaknya 2 jam perhari tergantung pada temperatur bayi baru lahir. Alasan bayi menangis yaitu karena lapar, ketidaknyamanan karena popok basah, stimulasi berlebihan, dansuhu yang ekstrim (Walsh, 2007: 378).

5) Psikologis

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi tenang sehingga di dapat pola tidur yang lebih baik (Saifuddin, 2010:98). Bayi baru lahir harus waspada terhadap lingkungannya ketika ia terbangun. Bayi bereaksi terhadap rangsangan dan mulai pada usia

yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya (Fraser, 2009:27).

6) Personal hygiene

Bayi dimandikan sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu tubuh bayi stabil. Bayi dimandikan 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mengering. Pemakaian popok bayi harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara yang mencegah urine dan feses membasahi tali pusat. Popok baru diganti ketika basah (Walsh, 2007:377-378).

d. Proses kehilangan panas pada bayi baru lahir

1) Konduksi

Konduksi adalah kehilangan panas melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin. Bayi yang diletakkan di atas meja, tempat tidur, atau timbangan yang dingin akan cepat mengalami kehilangan panas tubuh akibat proses konduksi (Fraser, 2009).

2) Konveksi

Konveksi adalah kehilangan panas yang terjadi pada saat bayi terpapar dengan udara sekitar yang lebih dingin. Bayi yang dilahirkan atau ditempatkan pada ruangan yang dingin akan cepat mengalami kehilangan panas. Kehilangan panas juga dapat terjadi jika ada tiupan kipas angin, aliran udara atau penyejuk ruangan. Suhu udara di kamar bersalin tidak boleh kurang dari 20°C dan sebaiknya tidak berangin. Tidak boleh ada pintu atau jendela yang terbuka (Fraser, 2009).

3) Evaporasi

Evaporasi adalah cara kehilangan panas pada tubuh bayi dengan terjadi pada menguapnya cairan ketuban pada permukaan tubuh setelah bayi lahir karena tubuh bayi tidak segera dikeringkan. Hal yang sama dapat terjadi setelah bayi dimandikan. Bayi baru lahir yang dalam keadaan basah maka kehilangan panas dengan cepat melalui hal tersebut. Karena itu bayi harus segera dikeringkan, termasuk kepala dan rambut tetapi tidak pada kedua telapak tangan dan kaki sesegera mungkin setelah bayi

dilahirkan menggunakan handuk yang bersih dan kering (Fraser, 2009).

4) Radiasi

Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi ditempatkan dekat benda yang mempunyai temperature tubuh lebih rendah dari temperature tubuh bayi. Bayi akan mengalami kehilangan panas melalui cara ini meskipun benda yang lebih dingin tersebut tidak bersentuhan langsung dengan tubuh bayi (Fraser, 2009).

e. Kunjungan bayi baru lahir

- 1) Kunjungan neonatal pertama (KN 1) dilakukan 2 kali kunjungan pada usia 0-7 hari setelah lahir. Asuhan kebidanan yang diberikan yaitu:
 - a) Pemberian minum (ASI)
 - b) Menjaga kebersihan kulit bayi
 - c) Perawat tali pusat
 - d) Mendeteksi tanda-tanda bahaya pada bayi
 - e) Kebutuhan istirahat tidur
 - f) Imunisasi

2) Kunjungan neonatal kedua (KN 2) dilakukan pada usia hari ke 8-28 setelah lahir. Asuhan kebidanan yang di berikan yaitu:

- a) Periksa ada atau tidak tanda bahaya dan gejala sakit pada bayi
- b) Jaga kehangatan tubuh bayi
- c) Berikan ASI eksklusif
- d) Rawat tali pusat

(Rukiyah dan Yulianti, 2010: 66-82)

f. Tanda bahaya pada bayi baru lahir

1) Bayi tidak mau menyusu

ASI merupakan makanan pokok bagi bayi, jika bayi tidak mau menyusu maka asupan nutrisinya akan berkurang dan akan berefek pada kondisi tubuhnya. Biasanya bayi tidak mau menyusu ketika sudah dalam keadaan lemah dan mungkin dalam kondisi dehidrasi berat (Walyani, 2014: 110).

2) Kejang

Kejang terjadi pada saat bayi demam dan jika bayi kejang namun tidak dalam kondisi demam maka ada masalah lain (Walyani, 2014: 110).

3) Lemah

Jika bayi terlihat terlihat seaktif biasanya maka waspadalah. Jangan biarkan kondisi ini berlanjut. Kondisi lemah bisa dipicu dari diare, muntah yang berlebihan atau infeksi berat (Walyani, 2014: 112).

4) Sesak nafas

Frekuensi nafas bayi umumnya lebih cepat dari orang dewasa yaitu sekitar 30-60 x/menit. Jika bayi bernafas kurang dari 30x/menit atau lebih 60x/menit maka segera bawa ketenaga kesehatan dan lihat dinding dada bayi ada tarikan atau tidak (Ambarwati, 2014: 88).

5) Merintih

Ketika bayi merintih terus menerus ketika sudah di beri ASI atau sudah di puk-puk maka konsultasikan ke dokter bisa jadi ada masalah lain yang bayi rasakan (Ambarwati, 2014:89).

6) Puser kemerahan

Tali pusat yang berwarna kemerahan menunjukkan adanya tanda infeksi. Yang harus diperhatikan saat merawat tali pusat jaga tali pusat bayi tetap kering dan bersih. Bersihkan dengan air hangat dan biarkan kering. Betadin dan alkohol diberikan tetapi tidak untuk di kompreskan. Artinya hanya

oleskan saja saat tali pusat sudah kering dan tutup dengan kasa steril (Ambarwati, 2014: 93).

7) Demam atau tubuh merasa dingin

Suhu normal bayi berkisar antara $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$. Jika kurang atau lebih perhatikan kondisi sekitar bayi. Apakah kondisi disekitar membuat bayi kehilangan panas tubuh seperti ruangan yang dingin atau pakaian yang basah (Ambarwati, 2014: 93-94).

8) Mata bernanah banyak

Nanah yang berlebihan pada mata bayi menunjukkan adanya infeksi yang berasal dari proses persalinan. Bersihkan mata bayi dengan kapas dan air hangat lalu konsultasikan pada dokter atau bidan (Ambarwati, 2014: 97).

9) Kulit terlihat kuning

Kuning pada bayi terjadi karena bayi kurang ASI. Namun jika kuning pada bayi terjadi pada waktu kurang dari 24 jam setelah lahir atau lebih dari 14 hari setelah lahir, kuning menjalar hingga telapak tangan dan kaki bahkan tinja bayi berwarna kuning maka konsultasikan pada bidan atau dokter (Ambarwati, 2014: 100).

2.1.5 Keluarga Berencana/Pelayanan Kontrasepsi

1. Pengertian keluarga Berencana/Kontrasepsi

Keluarga berencana (KB) adalah mengatur jumlah anak sesuai dengan keinginan dan menentukan kapan ingin hamil. Jadi, KB (*Family Planning, Planned Prenthood*) adalah suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jaeak kehamilan dengan memakai alat kontrasepsi, untuk mewujudkan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera (Marmi, 2016: 84).

Kontasepsi berasal dari kata kontra yaitu mencegah dan konsepsi yang berarti penemuan antara sel sperma dan sel telur yang mengakibatkan kehamilan. Kontrasepsi merupakan upaya mencegah ovulasi, melumpuhkan sperma atau mencegah penemuan sel telur dan sel sperma. Metode kontrasepsi bekerja dengan dasar mencegah sel sperma laki-laki mencapai dan membuahi sel telur wanita atau mencegah sel telur yang telah dibuahi untuk berimplantasi dan berkembang didalam Rahim. Kontasepsi dapat bersifat reversible (kembali) atau permanen (tetap). Kontrasepsi yang bersifat reversible adalah metode kontrasepsi yang dapat dihentikan setiap saat tanpa efek lama dalam mengembalikan kesuburan atau kemampuan kembali untuk memiliki anak. Sedangkan metode kontasepsi permanen

atau sterilisasi adalah metode kontasepsi yang tidak dapat mengembalikan kesuburan karena telah melibatkan tindakan operasi (Hidayati, 2009: 10).

2. Fisiologi keluarga berencana

a. Jenis-jenis keluarga berencana

1) Metode Amenore Laktasi (MAL)

Metode Amenore 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. MAL atau LAM dapat dikatakan sebagai metode keluarga berencana alamiah (KBA) atau *natural family planning*, apabila tidak dikombinasikan dengan metode kontraspsi lain. MAL dapat dipakai sebagai alat kontrasepsi apabila:

- (1) Menyusui secara penuh (*Full breast feeding*), lebih efektif bila diberikan minimal 8 kali sehari
- (2) Belum mendapat haid
- (3) Umur bayi kurang dari 6 bulan

a) Cara kerja :

Cara kerja dari MAL adalah menunda atau menekan terjadinya evolusi. Pada saat menyusui, hormon yang berperan adalah prolaktin dan oksitosin. Semakin sering menyusui, maka kadar prolaktin meningkat dan hormon gonadotrophin melepaskan hormon penghambat (inhibitor). Hormone penghambat akan mengurangi kadar estrogen, sehingga tidak terjadi evolusi.

b) Efektifitas

Efektifitas MAL sangat tinggi sekitar 98 persen apabila digunakan secara benar dan memenuhi persyaratan sebagai berikut : digunakan selama enam 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.

c) Yang dapat menggunakan MAL :

Metode Amenorea Laktasi dapat digunakan oleh :

- (1) Wanita yang menyusui secara eksklusif.

(2) Ibu pasca melahirkan dan bayinya berumur kurang dari 6 bulan.

(3) Wanita yang belum mendapatkan haid pasca melahirkan.

Wanita yang menggunakan MAL, harus menyusui dan memperhatikan hal-hal di bawah ini :

- (1) Dilakukan segera setelah melahirkan.
- (2) Frekuensi menyusui sering dan tanpa jadwal.
- (3) Pemberian ASI tanpa botol atau dot.
- (4) Tidak mengonsumsi suplemen.
- (5) Pemberian ASI tetap dilakukan baik ketika ibu dan/bayi sedang salit.

(Marmi, 2016 : 144-147)





Gambar 2.16
KB Metode Amenore Laktasi
Sumber: Marmi, 2016:147

2) Pil

Pil Kombinasi atau combination oral contraceptive adalah pil KB yang mengandung sintetis hormon estrogen dan progesteron yang mencegah kehamilan dengan cara menghambat terjadinya ovulasi (pelepasan sel telur oleh indung telur) melalui penekanan hormon LH dan FSH, memertebal lender mukosa serviks, dan menghalangi pertumbuhan lapisan endometrium.

Estrogen bekerja primer untuk membantu pengaturan hormone releasing factors di hipotalamus,

membantu pertumbuhan dan pematangan dari ovum di dalam ovarium dan merangsang perkembangan endometrium. Progesteron bekerja primer menekan dan melawan isyarat-isyarat dari hipotalamus dan mencegah pelepasan ovum yang terlalu dini/prematur dari ovarium, serta juga merangsang perkembangan dari endometrium.

d) Jenis Pil KB Kombinasi

(1) Monofasik

Monofasik adalah pil kombinasi yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen dan progesteron dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormone aktif. Menurut Everett (2008), Pil jenis ini adalah jenis pil yang paling banyak digunakan.

(2) Bifasik

Bifasik adalah pil kombinasi yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen dan progesterone dengan dua dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

Masih menurut Everett (2008), Biasanya pil ini diberi kode dengan warna yang berbeda, misalnya BiNovum.

(3) Trifasik

Trifasik adalah pil kombinasi yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen dan progesterone dengan tiga dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormone aktif.

e) Cara kerja

- (1) Mencegah implantasi
- (2) Menghambat ovulasi
- (3) Mengentalkan lender serviks
- (4) Memperlambat transportasi ovum
- (5) Menekan perkembangan telur yang telah dibuahi

f) Efektifitas

Efektifitas pil kombinasi lebih dari 99 persen, apabila digunakan dengan benar dan konsisten. Ini berarti, kurang dari 1 orang dari 100 wanita yang menggunakan pil kombinasi

akan hamil setiap tahunnya. Namun pada pemakaian yang kurang seksama, efektifitasnya masih mencapai 93%. Menurut Hartanto (2004), angka kegagalan teoritis POK sebesar 0,1%, sedangkan angka kegagalan POK secara praktik adalah sebesar 0,7-7%. Metode ini juga merupakan metode yang paling reversible, artinya bila pengguna ingin hamil bisa langsung berhenti minum pil dan biasanya bisa langsung hamil dalam waktu 3 bulan.

g) Ketebatasan

- (1) Tidak mencegah PMS termasuk Hepatitis B maupun HIV/AIDS.
- (2) Mahal, repot, dan memboosankan karena digunakan setiap hari.
- (3) Mual, terutama pada 3 bulan pertama.
- (4) Perdarahan atau perdarahan bercak, pada 3 bulan pertama.
- (5) Pusing.
- (6) Nyeri payudara.
- (7) Kenaikan berat badan.

(8) Tidak boleh diberikan pada wanita menyusui, karena mengurangi ASI.

(9) Pada sebagian kecil perempuan dapat menimbulkan depresi dan perubahan suasana hati, sehingga keinginan untuk melakukan hubungan seks berkurang.

(10) Dapat meningkatkan tekanan darah dan retensi cairan, sehingga risiko stroke dan gangguan pembekuan darah pada vena dalam sedikit meningkat. Pada perempuan usia >35 tahun dan merokok perlu hati-hati.

(11) Everett (2008), menambahkan bahwa mengonsumsi POK dapat meningkatkan risiko adenoma hati, ikterus kolestatik, dan batu ginjal. Selain itu, POK juga mempunyai efek pada COC kanker payudara.

h) Efek samping

(1) Peningkatan risiko thrombosis vena, emboli paru, serangan jantung, stroke dan kanker leher rahim.

(2) Peningkatan tekanan darah dan retensi cairan.

(3) Pada kasus-kasus tertentu dapat menimbulkan depresi, perubahan suasana hati dan penurunan libido.

(4) Mual (terjadi pada 3 bulan pertama) dan kembung.

(5) Perdarahan bercak atau spotting (terjadi pada 3 bulan pertama).

(6) Pusing.

(7) Amenorea.

(8) Nyeri payudara.

(9) Kenaikan berat badan.

i) Kriteria yang dapat menggunakan pil kombinasi

(1) Usia reproduksi

(2) Telah atau belum memiliki anak.

(3) Gemuk atau kurus.

(4) Setelah melahirkan dan tidak menyusui.

(5) Menginginkan metode kontrasepsi dengan efektifitas tinggi.

(6) Pasca keguguran/abortus.

(7) Perdarahan haid berlebihan sehingga menyebabkan anemia.

(8) Siklus haid tidak teratur.

(9) Nyeri haid hebat, riwayat kehamilan ektopik, kelainan payudara jinak.

(10) Diabetes melitus tanpa komplikasi pada ginjal, pembuluh darah, mata dan saraf.

(11) Penyakit tiroid, PID, endometriosis atau tumor jinak ovarium.

(12) Menderita tuberculosi pasif.

(13) Varises vena.

j) Waktu mulai menggunakan pil kombinasi

(1) Hari pertama sampai hari ke tujuh siklus haid.

(2) Sewaktu mendapat haid.

(3) Setelah melahirkan (pasca keguguran, setelah 3 bulan tidak menyusui, setelah 6 bulan pemberian ASI).

(4) Saat ingin berhenti kontrasepsi hormonal jenis suntikan dan ingin ganti pil kombinasi.

(Marni, 2016 : 192-203)



Gambar 2.17
KB pil
Sumber: Marmi, 2016:198

3) Implan

Disebut alat kontrasepsi bawah kulit, karena dipasang di bawah kulit pada lengan atas, alat kontrasepsi ini dususupkan di bawah kulit lengan atas sebelah dalam. Bentuknya semacam tabung-tabung kecil atau pembungkus plastic berongga dan ukurannya sebesar batang korek api. Susuk dipasang seperti kipas dengan enam buah kapsul atau tergantung jenis susuk yang akan dipakai. Didalamnya berisi zat aktif berupa hormone. Susuk tersebut akan mengeluarkan hormone sedikit demi sedikit. Jadi konsep kerjanya menghalangi terjadinya ovulasi dan menghalangi migrasi sperma. Pemakaian

susuk dapat diganti setiap 5 tahun, 3 tahun, dan juga yang diganti setiap tahun.

Jenis-jenis implant:

(1) Norplant

Norplant merupakan alat kontrasepsi jangka panjang yang bisa digunakan untuk jangka waktu 5 tahun. Norplant dipasang di bawah kulit, di atas daging pada lengan atas wanita. Alat tersebut terdiri dari enam kapsul lentur seukuran korek api yang terbuat dari bahan karet silastik.

(2) Implanon

(3) Jadena dan Indoplant

(4) Uniplant

(5) Capronor

a) Cara kerja

Cara kerja kontrasepsi implan sebagai berikut:

- 1) Mengentalkan lendir serviks dan jumlahnya sedikit, sehingga menghambat pergerakan/transportasi sperma.
- 2) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi sekalipun telah

terjadi fertilisasi antara sperma dan ovum.

3) Menekan ovulasi.

b) Manfaat kontrasepsi implan sebagai berikut:

- 1) Efektivitas tinggi.
- 2) Perlindungan jangka panjang.
- 3) Pengembalian kesuburan yang cepat setelah pencabutan.
- 4) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam.
- 5) Bebas dari pengaruh estrogen.
- 6) Tidak mengganggu kegiatan senggama.
- 7) Tidak mengganggu ASI.
- 8) Dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan.
- 9) Mengurangi jumlah darah menstruasi dan menurunkan risiko terjadinya anemia.

c) Indikasi

Indikasi kontrasepsi implant sebagai berikut:

- 1) Usia reproduksi.
- 2) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang.
- 3) Ibu menyusui.
- 4) Pascakeguguran.

- 5) Pascapersalinan.
- 6) Tidak menginginkan anak lagi, tetapi tidak mau menggunakan metode steril (vasektomi atau tubektomi).
- 7) Wanita dengan kontraindikasi hormon estrogen.
- 8) Sering lupa mengonsumsi pil.

d) Kontraindikasi

Kontraindikasi kontrasepsi implant sebagai berikut:

- 1) Hamil atau diduga hamil.
- 2) Perdarahan per vaginam yang belum jelas penyebabnya.
- 3) Kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
- 4) Tidak dapat menerima perubahan pola menstruasi yang terjadi.
- 5) Diabetes melitus.

e) Keuntungan kontrasepsi implant

- 1) Efektivitas tinggi.
- 2) Perlindungan jangka panjang.

- 3) Pengembalian kesuburan yang cepat setelah pencabutan.
 - 4) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam.
 - 5) Bebas dari pengaruh estrogen.
 - 6) Tidak mengganggu kegiatan senggama.
 - 7) Tidak mengganggu ASI
 - 8) Dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan.
 - 9) Mengurangi jumlah darah menstruasi dan mengurangi risiko terjadinya anemia.
- f) Kerugian kontrasepsi implant
- 1) Nyeri kepala
 - 2) Peningkatan berat badan
 - 3) Jerawat
 - 4) Perubahan perasaan atau kegelisahan
 - 5) Membutuhkan tindak pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan
 - 6) Tidak memberikan efek protektif terhadap infeksi menular seksual termasuk AIDS
 - 7) Pasien tidak dapat menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi
 - 8) Efektivitas menurun bila menggunakan

obat-obatan tuberculosis atau obat epilepsy

9) Insiden kehamilan ektopik lebih tinggi

(Hidayati, 2009: 76-80)



Gambar 2.18
Implan
Sumber: Hidayati, 2009:80

4) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) atau IUD

IUD (Intra Uterine Device) merupakan alat kecil terdiri dari bahan plastic yang lentur yang dimasukkan ke dalam rongga rahim, yang harus diganti jika sudah digunakan selama periode tertentu. IUD merupakan alat kontrasepsi jangka panjang.

a) Jenis-jenis IUD

(1) Copper-T

Berbentuk T, terbuat dari bahan polyethelen dimana pada bagian vertikalnya diberi lilitan kawat tembaga halus. Lilitan kawat tembaga halus ini mempunyai efek antifertilisasi (anti pembuahan yang cukup baik).

(2) Copper-7

Berbentuk angka 7 dengan maksud untuk memudahkan pemasangan. Jenis ini mempunyai ukuran diameter batang vertical 32 mm dan ditambahkan gulungan kawat tembaga yang mempunyai luas permukaan 200 mm², fungsinya sama seperti halnya lilitan tembaga halus pada jenis Copper-T.

(3) Multi Load

Terbuat dari plastic dengan dua tangan kiri dan kanan berbentuk sayap yang fleksibel. Panjangnya dari ujung atas ke bawah 3,6 cm. Batangnya diberi gulungan kawat tembaga dengan luas permukaan 250 mm² atau 375 mm² untuk menambah efektifitas.



b) Cara kerja IUD

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

c) Keuntungan kontrasepsi IUD

- (1) efektifitasnya tinggi
- (2) Metode jangka panjang
- (3) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat –ingat
- (4) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- (5) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume

ASI

(6) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)

(7) Dapat digunakan sampai menopause

d) Kerugian kontrasepsi IUD

(1) Perubahan siklus haid (umum pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan)

(2) Haid lebih lama dan banyak

(3) Perdarahan (spotting) antar menstruasi

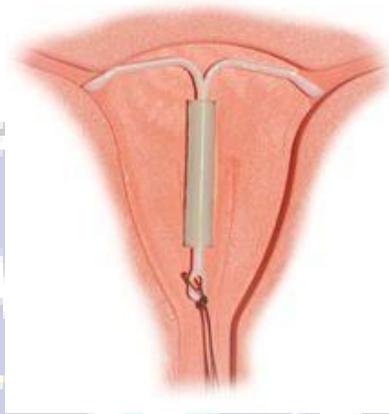
(4) Saat haid lebih sakit

(5) Merasakan sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan

(6) Merasa sakit dan kejang selama 3 – 5 hari setelah pemasangan

(7) Perdarahan berat pada waktu haid atau di antaranya yang memungkinkan penyebab anemia

(Hidayati, 2009: 101-104)



Gambar 2.19

IUD jenis Cooper T

Sumber: Hidayati, 2009: 104

5) Kondom

Kondom adalah salah satu alat kontrasepsi yang terbuat dari karet/lateks, berbentuk tabung tidak tembus cairan dimana salah satu ujungnya tertutup rapat dan dilengkapi kantong untuk menampung sperma.

a) Macam-macam kondom

(1) Kulit

(a) Dibuat dari membrane usus biri-biri

(*caecum*)

(b) Tidak meregang atau mengkerut

- (c) Menjalarkan panas tubuh, sehingga tidak mengurangi sensitivitas dalam senggama
- (d) Lebih mahal
- (e) Jumlahnya kurang dari 1% dari semua jenis kondom

(2) Lateks

- (a) Paling banyak dipakai
- (b) Murah
- (c) Elastis

b) Keuntungan kondom

- (1) Memberi perlindungan terhadap penyakit menular seksual
- (2) Relatif murah
- (3) Sederhana, ringan, disposable, reversible
- (4) Tidak memerlukan pemeriksaan medis
- (5) Pria ikut secara aktif dalam program KB
- (6) Tidak mengganggu produksi ASI

c) Kerugian kondom

- (1) Angka kegagalan relative tinggi
- (2) Perlu menghentikan sementara aktivitas dan spontanitas hubungan seksual guna untuk memasang kondom



- (3) Perlu dipakai secara konsisten, hati-hati dan terus menerus setiap senggama (kurang praktis)
 - (4) Iritasi lokal pada penis: pastikan pada kondom tidak terdapat bahan tambahan, jika timbul reaksi pada setiap penggunaan, gunakan metode lain dan bantu klien memilih metode lain.
 - (5) Kondom rusak atau bocor sebelum pemakaian
 - (6) Mengurangi kenikmatan berhubungan seksual
- (Hidayati, 2009:68-70)



Gambar 2.20
Kondom

Sumber: Hidayati, 2009:70

6) Suntik 3 bulan

Merupakan alat kontrasepsi yang digunakan untuk mencegah terjadinya kehamilan dengan cara hampir sama dengan metode pil. Kontrasepsi suntik atau injeksi adalah suntikan hormone yang mencegah kehamilan. Setiap tiga bulan sekali, wanita yang memilih alat kontrasepsi ini harus bersedia disuntik di bokongnya untuk memasukkan obat yang berisi kormon progesterone. Kb suntik 3 bulan berisi Depo Medroksi Progesterone Asetate (DMPA) (Maritalia, 2014: 105).

(3) Keuntungan KB suntik 3 bulan:

- (1) Resiko terhadap kesehatan kecil
- (2) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
- (3) Tidak diperlukan pemeriksaan dalam
- (4) Jangka panjang
- (5) Efek samping sangat kecil
- (6) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik

(4) Kerugian KB suntik 3 bulan:

- (1) Gangguan haid. Siklus haid memendek atau memanjang, perdarahan yang banyak atau sedikit, spotting, tidak haid sama sekali
- (2) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu

- (3) Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering
- (4) Terlambatnya kemabali kesuburan setelah penghentian pemakaian
- (5) Terjadi perubahan pada lipid serum pada penggunaan jangka panjang dapat menurunkan densitas tulang
- (6) Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi, sakit kepala, dan jerawat

(Hidayati, 2009: 21)

(5) Cara kerja

Cara kerja dari suntikan progestin adalah sebagai berikut:

- (1) Mencegah ovulasi
- (2) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma
- (3) Menjadikan selaput lendir Rahim tipis dan atrofi
- (4) Menghambat transportasi gamet oleh tuba

(Afandi, 2010: MK-43)

(6) Indikasi

Menurut (Affandi, 2010: MK-45) indikasi dari KB progestin adalah sebagai berikut:

- (1) Nulipara yang telah memiliki anak
- (2) Mengehendaki kontrasepsi jangka panjang
- (3) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai
- (4) Setelah abortus dan keguguran
- (5) Perokok
- (6) Hipertensi dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit
- (7) Anemia defisiensi besi
- (8) Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi

(7) Kontraindikasi

Menurut (Affandi, 2010: MK-45) kontraindikasi dari KB progestin adalah sebagai berikut:

- (1) Hamil atau dicurigai hamil
- (2) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenore

- (3) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara
- (4) Diabetes mellitus disertai komplikasi
- (8) Waktu mulai menggunakan kontrasepsi suntik progestin

- (1) Setiap selama siklus haid selama akseptor tidak hamil

- (2) Mulai hari pertama sampai hari ke 7 siklus haid

- (3) Pada ibu yang tidak haid, injeksi pertama dapat diberikan setiap saat, asalkan ibu tidak hamil.

Selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual

- (4) Ibu yang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan. Bila ibu tidak hamil, suntikan pertama dapat segera diberikan atau tidak perlu menunggu ibu sampai haid berikutnya datang

- (5) Bila ibu sedang menggunakan kontrasepsi suntikan jenis lain dan ingin menggunakan dengan kontrasepsi suntikan yang lain lagi, kontrasepsi suntikan yang lain lagi, kontrasepsi

suntikan yang akan diberikan dimulai pada saat jadwal kontrasepsi suntikan yang sebelumnya

(6) Suntikan progestin diberikan pada paska persalinan, paska abortus

(Marmi, 2016: 221-222)



Gambar 2.21
KB suntik 3 bulan
Sumber: Maritalia, 2014:222

7) KB suntik 1 bulan

KB suntik 1 bulan adalah jenis KB suntik yang diberikan setelah 7 hari pertama mengalami menstruasi atau 6 minggu setelah proses kelahiran. Suntikan ini diberikan 1 bulan sekali, dimana suntikan yang diberikan merupakan kombinasi hormon medroxyprogesterone Acetate (hormon progestin) dengan Estradiol Cypionate (hormon estrogen). Cara kerja KB suntik dengan menggunakan

kombinasi kedua hormon tersebut akan memberikan beberapa efek seperti :

- (a) Menurunkan kemampuan sperma untuk melakukan penetrasi yaitu dengan cara mengentalkan mukus serviks.
- (b) Mencegah pematangan dan pelepasan sel telur
- (c) Mengurangi aktivitas kelenjar sehingga ukuran endometrium mengalami penyusutan dan menipis.

Gejala endometriosis

- (d) Merangsang menstruasi atau haid setiap bulan

a) Cara kerja

1. Menghalangi masa subur (ovulasi)

Hormon progestin yang disuntikkan dengan kadar yang cukup tinggi membuat lonjakan Luteinizing Hormon (LH) menjadi terhambat. Hal inilah yang nantinya akan menghambat terjadinya ovulasi.

Selain itu, hal ini juga akan berpengaruh pada penurunan follicle-stimulating hormone (FSH).

2. Mengentalkan lendir pada serviks

Dengan mengentalnya lendir pada serviks akan mengakibatkan penebalan mukus servik yang

pada akhirnya akan mengganggu proses penetrasi sperma

3. Menghambat Transportasi Ovum pada tuba fallopi

Penyuntikan hormon progesterin dapat membantu untuk memberikan pengaruh terhadap kecepatan transportasi ovum pada bagian tuba fallopi.

4. Mempengaruhi endometrium

Pemberian hormon progesterin juga akan berpengaruh pada endometrium, dimana bagian tersebut akan terkesan kurang baik untuk proses implantasi dari ovum yang telah mengalami tahap pembuahan.

b) Efek samping

- (1) Timbulnya gangguan menstruasi

Sebelum memutuskan untuk memilih menggunakan kontrasepsi KB suntik 1 bulan, sebaiknya anda mengetahui bahwa bahaya KB suntik 1 bulan ini bisa berdampak pada proses menstruasi seperti :

(1) Terjadinya perubahan siklus menstruasi, yaitu bisa lebih panjang maupun lebih pendek, seperti penggunaan jenis obat analgesic

(2) Pada saat menstruasi, darah yang dikeluarkan bisa terlalu banyak, maupun sedikit. Terkadang hanya timbul bercak-bercak saja (spotting)

(3) Tidak mengalami haid sama sekali

(2) Kurang efektif

Seseorang yang memutuskan untuk melakukan kontrasepsi KB suntik harus sering bolak-balik ke pusat pelayanan kesehatan guna melakukan penyuntikan ulang setelah jangka waktu perlindungan dari hormon progesteron tersebut habis. Misalnya saja mereka yang memutuskan untuk ber KB suntik 3 bulan, maka tiap 3 bulan sekali ia harus mendapatkan suntikan lagi. Begitu juga dengan KB suntik 1 bulan, maka setiap bulan ia harus mendapatkan suntikan ulang hormon progesteron kembali. Selain itu, penggunaan kontrasepsi ini tidak dapat dihentikan

sewaktu-waktu sesuka hati. Pengguna kontrasepsi ini harus menunggu hingga masa efektif hormon habis.

(3) Timbulnya masalah berat badan

Bagi para wanita yang pada dasarnya memiliki badan gemuk, sebaiknya berhati-hati dengan jenis kontrasepsi ini. KB suntik dapat menyebabkan kenaikan pada berat badan. Hal ini dikarenakan hormon progesteron yang disuntikan ke tubuh dapat menambah nafsu makan, yaitu dengan mempengaruhi pusat pengendali nafsu makan di hipotalamus sehingga akseptor makan akan meningkat dari biasanya.

(4) Tidak dapat menjamin perlindungan terhadap penularan penyakit

Penggunaan kontrasepsi KB suntik sangat rawan terhadap penularan berbagai jenis penyakit menular berbahaya HIV AIDS, Hepatitis B, maupun penyakit IMS.

(5) Gangguan Masalah kesuburan

Pada saat memutuskan untuk menghentikan penggunaan KB suntik, pengguna kontrasepsi ini

bisa saja mengalami masalah kesuburannya, yaitu terlambatnya proses kesuburannya kembali. Banyak yang beranggapan bahwa hal tersebut adalah kelainan pada organ genitalia. Namun, sebenarnya hal ini terjadi karena efek pelepasan obat belum habis.

c) Efek KB Suntik dalam Jangka Waktu yang Lama

Untuk penggunaan KB suntik dalam jangka waktu yang panjang yaitu lebih dari 3 tahun, dapat menyebabkan beberapa efek samping seperti :

(1) Menurunkan kepadatan tulang

Penggunaan kontrasepsi KB suntik dalam jangka waktu yang lama akan dapat menyebabkan terjadinya penipisan pada tulang yang pada akhirnya akan berdampak pada penurunan kepadatan tulang (osteoporosis). Untuk itu, para ahli kesehatan sangat menyarankan untuk melakukan konsultasi serta peninjauan setiap 2 tahun sekali dengan tenaga medis.

(2) Vagina menjadi kering

Penyuntikan hormon progesteron bisa mengakibatkan pengentalan lendir pada vagina.

Selain itu, juga dapat mengubah makanan yang mengandung karbohidrat menjadi lemak yang sulit bereaksi terhadap air. Hal ini berarti bahwa orang yang memiliki penumpukan lemak di badan cenderung memiliki kadar air yang sedikit dalam tubuhnya. Kondisi ini serupa saat hormon progesteron disuntikkan ke tubuh.

Ini dapat menyebabkan efek samping vagina menjadi kering dan dapat menimbulkan rasa sakit pada saat melakukan hubungan seksual. Jika hal tersebut dibiarkan terlalu lama, dikhawatirkan akan berdampak pada penurunan gairah seksual pada pengguna.

(3) Dapat menyebabkan depresi

Penyuntikkan hormon progesteron bisa berakibat pada perubahan aktivitas tubuh seorang wanita.

Dimana hal tersebut akan dapat menyebabkan rasa lesu serta penurunan semangat dalam melakukan rutinitas harian, merasa kepala sering pusing, cepat lelah, serta terjadinya depresi.

(4) Menyebabkan keputihan

Keputihan saat hamil juga bisa di sebabkan oleh masalah ini. Bahaya KB suntik dapat menyebabkan perubahan hormon pada seorang wanita. Hal ini diakibatkan oleh produk hormonal yang digunakan pada kontrasepsi tersebut. Keputihan bisa ditandai dengan keluarnya cairan seperti lendir (bisa encer maupun kental), tidak berbau, tidak menimbulkan rasa panas, tidak gatal, serta tidak menimbulkan keluhan lainnya. Selama tidak mengalami keluhan, maka hal ini dianggap normal dan tidak mengkhawatirkan.

(5) Dapat menimbulkan jerawat

Perubahan hormon yang terjadi akibat penggunaan KB suntik dapat menyebabkan beberapa gangguan pada kulit, seperti timbulnya jerawat. Hal ini disebabkan karena hormon yang disuntikkan dapat menyebabkan sekresi pada kelenjar minyak dan lemak di wajah secara berlebihan. yang pada akhirnya akan menyebabkan terjadinya penyumbatan pori-pori

dan terjadi penyakit kulit dengan timbulnya jerawat.

(6) Penurunan libido

Penggunaan kontrasepsi hormonal seperti KB suntik dapat berakibat pada penurunan libido. Hal ini nantinya dapat mempengaruhi gairah seksual seorang wanita. Untuk itu sangat disarankan untuk melakukan olahraga secara rutin guna meningkatkan kuantitas hormon yang dapat meningkatkan libido.

d) Indikasi

- (1) Usia reproduktif
- (2) Telah memiliki anak ataupun belum memiliki anak
- (3) Ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektifitas yang tinggi
- (4) Menyusui ASI pasca persalinan > 6 bulan
- (5) Pasca persalinan tidak menyusui
- (6) Anemia
- (7) Nyeri haid hebat
- (8) Haid teratur
- (9) Riwayat kehamilan ektopik

e) Kontraindikasi

- (1) Hamil atau diduga hamil
- (2) Menyusui dibawah 6 minggu pascapersalinan
- (3) Perdarahan pervaginam yang belum tau penyebabnya
- (4) Usia lebih dari 35 tahun yang merokok
- (5) Riwayat penyakit jantung, stroke atau dengan tekanan darah tinggi (lebih dari 110/180 mmHg)
- (6) Riwayat tekanan tromboli atau dengan kencing manis
- (7) Keganasan payudara

(Saifuddin, 2009: 85-86)



Gambar 2.21

KB suntik 1 bulan

Sumber: Saifuddin, 2009:86

8) Kontrasepsi steril

Kontrasepsi steril adalah satu metode kontrasepsi yang dilakukan dengan cara mengikat atau memotong saluran telur (pada perempuan) atau saluran sperma (pada lelaki). Kontrasepsi mantap (Kontap) dikenal ada dua macam, yaitu kontap pria dan kontap wanita.

a) MOW (Tubektomi)

Tubektomi adalah tindakan yang dilakukan pada kedua tuba fallopi wanita yang mengakibatkan seseorang tidak dapat hamil atau tidak menyebabkan kehamilan lagi. Sterilisasi adalah metode kontrasepsi permanen yang hanya diperuntukkan bagi mereka yang memang tidak ingin atau boleh memiliki anak (karena alasan kesehatan).

MOW (Metode Operasi Wanita)/tubektomi adalah tindakan penutupan terhadap kedua saluran telur kanan dan kiri, yang menyebabkan sel telur tidak dapat melewati sel telur, dengan demikian sel telur tidak dapat bertemu dengan sperma laki-laki sehingga tidak terjadi kahamilan.

(1) Kelebihan dari tubektomi

(a) Efektifitas hampir 100%.

- (b) Tidak mempengaruhi libido seksual.
- (c) Kegagalan dari pihak pasien tidak ada.
- (d) Tidak mempengaruhi proses menyusui (breastfeeding).

(e) Tidak bergantung pada factor senggama.

(f) Bagi klien apabila hamil akan menjadi risiko kesehatan yang serius.

(g) Pembedahan sederhana, dapat dilakukan anastesi local.

(h) Tidak ada efek samping dalam jangka panjang.

(i) Adapun kelebihan dari kontap dibandingkan kontrasepsi yang lain adalah : lebih aman, lebih praktis, lebih efektif.

(2) Kekurangan dari tibektomi

(a) Risiko dan efek samping pembedahaan.

(b) Kadang-kadang sedikit merasakan nyeri pada saat operasi.

(c) Infeksi mungkin saja terjadi, bila prosedur operasi tidak benar.

(d) Kesuburan sulit kembali.

(3) Indikasi

- (a) Umur termuda 25 tahun dengan 4 anak hidup.
- (b) Umur sekitar 30 tahun dengan 3 anak hidup.
- (c) Umur sekitar 35 tahun dengan 2 anak hidup.

(4) Kontraindikasi

- (a) Hamil.
- (b) Perdarahan vaginal yang belum terjelaskan.
- (c) Infeksi sistemik atau pelvic yang akut.
- (d) Belum memberikan persetujuan tertulis.
- (e) Tidak boleh menjalani proses pembedahan.
- (f) Usia di bawah 30 tahun yang belum dan masih ingat memiliki anak. Sterilisasi seharusnya ditawarkan pada wanita di bawah 30 tahun hanya dalam keadaan yang sangat khusus.

(5) Waktu pelaksanaan tubektomi

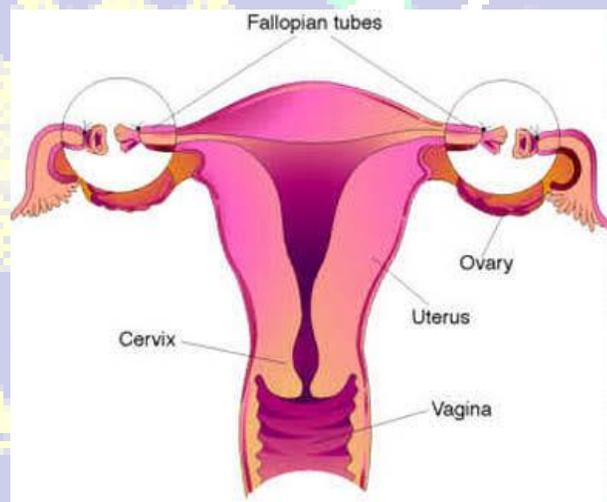
- (a) Setiap waktu selama siklus menstruasi apabila diyakini secara rasional klien tidak hamil.
- (b) Hari ke-6 hingga ke-13 dari siklus menstruasi (fase proliferasi).

(c) Pasca persalinan. Tubektomi post partum dilakukan 1 hari setelah partus.

(d) Pasca keguguran.

(e) Saat melakukan seksio sesarea. Pasca keguguran, pasca persalinan atau masa interval. Pasca persalinan dianjurkan 24 jam atau selambat-lambatnya dalam 48 jam setelah bersalin.

(Marmi, 2016: 305-310)



Gambar 2.22
Tubektomi
Sumber: Marmi, 2016: 307

b) Vasektomi (MOP)

Vasektomi adalah prosedur untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vasa deferensia alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi tidak terjadi.

(1) Keuntungan

- (a) Teknik operasi kecil dan sederhana, bisa dilakukan setiap saat
- (b) Komplikasi yang ditemukan tidak terlalu berat
- (c) Efektifitas hampir 100%
- (d) Biasanya murah terjangkau masyarakat
- (e) Bila dilakukan operasi rekanalisasi
- (f) Efektif
- (g) Aman, morbiditas rendah dan hampir tidak ada mortalitas
- (h) Sederhana
- (i) Cepat, hanya memerlukan waktu 5-10 menit
- (j) Menyenangkan bagi akseptor karena memerlukan anastesi local biasa

(k) Secara kultural, sangat dianjurkan di Negara-negara di mana wanita merasa malu untuk ditangani oleh dokter pria atau kurang tersedia dokter wanita dan paramedic wanita

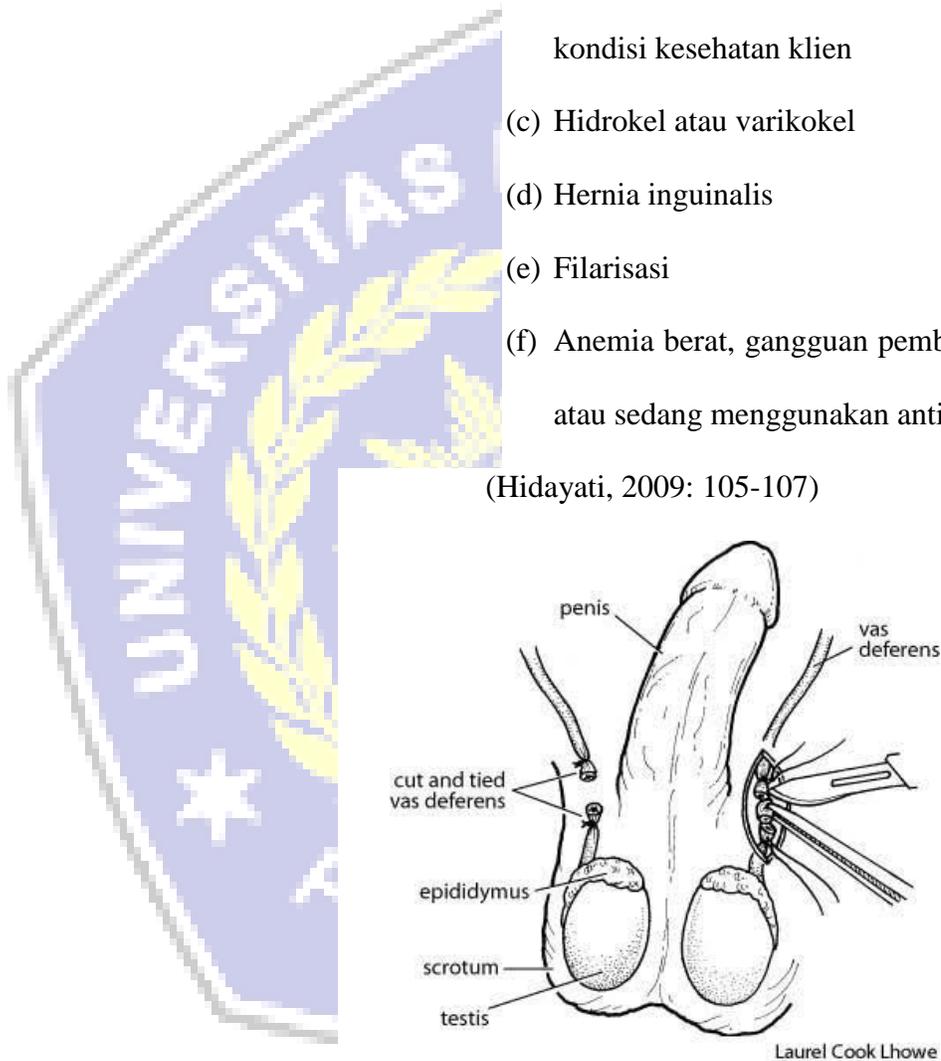
(2) Kekurangan

- (a) Cara ini tidak langsung efektif tapi memerlukan waktu sampai sperma menjadi negative dalam analisa semen
- (b) Diperlukan suatu tindakan operatif
- (c) Kadang-kadang menyebabkan komplikasi seperti perdarahan/infeksi
- (d) Kontap pria belum memberikan perlindungan total sampai semua spermatozoa, yang sudah ada di dalam sistem reproduksi distal dari tempat oklusi vasdeferens dikeluarkan
- (e) Problem psikologis yang berhubungan dengan perilaku seksual mungkin bertambah parah setelah tindakan operatif yang menyangkut sistem reproduksi pria

(3) Kondisi yang memerlukan perhatian khusus bagi tindakan vasektomi:

- (a) Infeksi kulit pada daerah operasi
- (b) Infeksi sistemik yang sangat mengganggu kondisi kesehatan klien
- (c) Hidrokel atau varikokel
- (d) Hernia inguinalis
- (e) Filarisasi
- (f) Anemia berat, gangguan pembekuan darah atau sedang menggunakan antikoagulasi

(Hidayati, 2009: 105-107)



Gambar 2.23
Vasektomi
Sumber: Hidayati, 2009: 107

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.2.1 Konsep Dasar Kebidanan pada Kehamilan

1. Data Subyektif

a. Biodata

1) Nama ibu

Selain sebagai identitas, nama ibu digunakan agar bidan memanggil dengan nama panggilan sehingga hubungan komunikasi antara bidan dan pasien menjadi lebih akrab (Sulistyawati dan Nugraheni, 2010:220).

2) Umur

Dalam kurun waktu reproduksi sehat, dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun (Romauli, 2011:162). Banyak terjadi penyulit pada kehamilan dini, seperti keguguran, persalinan premature, anemia, bahkan kematian ibu. Hal ini disebabkan belum matangnya alat reproduksi untuk hamil. Sehingga dapat merugikan kesehatan ibu maupun janin (Manuaba, 2010:235-236).

3) Agama

Sebagian besar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga

sebelum dan pada saat persalinan (sulistyawati dan Nugraeni, 2010:221).

4) Pendidikan

Penelitian menunjukkan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin baik pula pengetahuannya tentang sesuatu. Pada ibu hamil dengan pendidikan rendah kadang ketika tidak mendapatkan cukup informasi mengenai kesehatannya maka ia tidak tahu mengenai bagaimana cara melakukan perawatan sewaktu kehamilan dengan baik (Romaulli, 2011: 162).

5) Pekerjaan

Gunanya untuk mengetahui dan mengukur tingkat social ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien (Ambarwati, 2010:90).

6) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas sehingga kelangsungan kehamilan dapat menimbulkan berbagai masalah kebidanan (Manuaba, 2012:235).

7) Alamat

Untuk mengetahui ibu tinggal dimana, menjaga kemungkinan bila ada ibu yang namanya bersamaan.

Ditanyakan alamatnya, agar dapat dipastikan ibu yang mana hendak akan ditolong. Alamat juga diperlukan jika mengadakan kunjungan kepada pasien (Romaulli, 2011: 163).

b. Keluhan Utama

Menurut Pantikawati dan Saryono (2010: 106-107), keluhan-keluhan yang sering dijumpai pada ibu hamil trimester III adalah sebagai berikut:

1) Sesak nafas

Uterus telah mengalami pembesaran hingga terjadi penekanan diafragma. Selain itu diafragma akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan.

2) Edema dependen

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

3) Kram tungkai

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

4) Nokturia

Terjadi peningkatan rekuensi berkemih. Aliran balikvena dan ekstermitas difasilitasi saat wanita sedang berbaring pada posisi lateral rukemben karena tidak lagi menekan pembuluh darah panggul dan vena cava inferior.

5) Nyeri ulu hati

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 progesterone dan tekanan uterus, dan tidak ada ruang fungsional untuk lambung akibat perubahan tempat dan penekanan oleh uterus yang membesar.

6) Konstipasi

Konstipasi di duga terjadi akibat penurunan peristaltic yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesterone.pergeseran dan tekanan yang terjadi pada usus akibat pembesaran uterus ataubagian presentasi juga dapat menyebabkan konstipasi.

c. Riwayat Kesehatan

1) Penyakit yang pernah dialami (yang lalu)

Wanita yang mempunyai riwayat kesehatan buruk atau wanita dengan komplikasi kehamilan sebelumnya, membutuhkan pengawasan yang lebih tinggi pada saat kehamilan karena hal ini akan dapat memperberat kehamilan bila ada penyakit yang telah diderita ibu sebelum hamil. Penyakit yang diderita ibu dapat mempengaruhi kehamilannya. Sebagai contoh penyakit yang akan mempengaruhi dan dapat dipicu denganadanya kehamilan adalah hipertensi, penyakit jantung, diabetes mellitus, anemia, dan penyakit menular seksual (marmi, 2011: 108-109).

2) Penyakit yang pernah dialami (sekarang)

a) Hipertensi

Hipertensi dalam kehamilan dikaitkan dengan morbiditas dan mortalitas janin dan maternal. Komplikasi yang dikaitkan dengan preeklamsi berat meliputi gangguan plasenta, gagal ginjal akut, ebrusio retina, gagal janin, hemoragi serebral, IUGR, dan kematian maternal dan janin (Walsh, 2012:416).

b) Penyakit jantung

Kehamilan yang disertai penyakit jantung selalu saling memengaruhi karena kehamilan memberatkan penyakit jantung dapat memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam Rahim. Jantung yang normal dapat menyesuaikan diri terhadap segala perubahan sistem jantung dan pembuluh darah yang disebabkan oleh kehamilan yaitu dorongan diafragma oleh besarnya kehamilan sehingga dapat mengubah posisi jantung dan pembuluh darah dan terjadi perubahan dari kerja jantung karena pengaruh peningkatan usia kehamilan 28

sampai 32 minggu, kebutuhan janin untuk pertumbuhan dan perkembangan dalam Rahim, kembalinya darah segera setelah plasenta lahir karena kontraksi Rahim dan terhentinya peredaran darah plasenta, saat postpartum sering terjadi infeksi (Manuaba, dkk. 2010:333).

c) TORCH

Semula infeksi *Toksoplasma Sitomegalo Virus Herpes Simpleks dan Rubela* (TORCH) dapat menimbulkan kelainan kongenital dalam bentuk hamper sama yaitu mikrosefali, ketlian dan kebutaan, kehamilan dapat terjadi abortus, persalinan premature, dan pertumbuhan janin terlambat (Manuaba, dkk. 2010:340).

d) Asma

Penyakit asma yang dapat memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam Rahim melalui gangguan pertukaran O₂ dan CO₂ (Manuaba, dkk. 2010:336).

e) Gonorrhea

Gonorea dapat menyebabkan vulvovaginitis dalam kehamilan dengan keluhan fluor albus dan dysuria (Saifuddin, 2014: 407).

f) Penyakit tiroid

Menurut Miller et al 1994 Fraser dan Cooper (2009: 346) hipertiroidisme pada kehamilan berhubungan dengan peningkatan insiden pre eklamsi, kelahiran premature, berat badan lahir rendah, dan kematian janin.

g) Diabetes Melitus (DM)

Wanita muda dengan diabetes tipe 1 secara umum tampak dengan keluhan jenis polyuria, termasuk keinginan untuk berkemih selama malam hari, meningkatnya haus, lapar dengan penurunan berat badan yang berhubungan, dan kelemahan atau keletihan. Mereka dengan diabetes tipe II mungkin juga mengeluh haus, sering berkemih, dan kelemahan, tetapi yang lebih tampak adalah adanya infeksi jamur vagina berulang, gatal, infeksi kulit, penglihatan

kabur, atau bahkan neuropati perifer. Wanita dengan riwayat janin besar dan kehilangan janin yang tidak dapat dijelaskan sebaiknya dipertimbangkan berada pada keadaan beresiko (Varney, 2007:140).

h) Hepatitis B

Penularan HBV ke bayi baru lahir terjadi 10% sampai 85% dan ibu terinfeksi. Resiko penularan pada bayi dikaitkan dengan status antigen Hbe ibu. Ibu yang seropositive untuk baik HbsAG dan HbeAF mengalami resiko tinggi penularan ke neonates mereka (walsh, 2012: 433).

i) HIV/AIDS

Kesehatan dapat memperberat kondisi klinik wanita dengan infeksi HIV. Transmisi vertical virus AIDS dan 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 (Fraser dan Cooper, 2009: 150).

j) Riwayat kesehatan keluarga

Diabetes meskipun tidak diturunkan secara genetic, 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. Beberapa kondisi, seperti anemia sel sabit, terjadi lebih banyak pada ras tertentu (Fraser dan Cooper, 2009:254).

d. Riwayat Kebidanan

1) Riwayat Menstruasi

Riwayat menstruasi digunakan untuk menentukan Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) dan kepastian tanggal kelahiran. Gunakan rumus Naegele untuk menentukan Tafsiran Partus (TP): tambahkan 7 hari ke hari tanggal HPHT yang diketahui dan hitung 3 bulan mundur (Constance, 2009:4).

2) Riwayat kehamilan yang lalu

Karena komplikasi obstetric cenderung muncul lagi, informasi tentang kehamilan terdahulu harus diperoleh. Riwayat ini mencakup jumlah

kehamilan, usia gestasi saat kehamilan berakhir, tipe kelahiran, lama persalinan, berat lahir ketika persalinan terjadi dipertengahan masa hamil, jenis kelamin anak, komplikasi, riwayat kesehatan anak terakhir dan lingkungan yang menyebabkan keguguran (Romaulli, 2011: 164).

e. Riwayat persalinan yang lalu

Riwayat melahirkan praterm meningkatkan resiko ibu sebesar 30% untuk melahirkan praterm lagi. Wanita yang pernah melahirkan Bayi Kecil untuk Masa Kehamilan (BKMK) berisiko kembali melahirkan bayi BKMK. Catatan berat badan bayi dan usia gestasi dapat dipakai untuk mengidentifikasi adanya bayi BKMK (Romaulli, 2011: 165).

f. Riwayat nifas yang lalu

Menurut Manuaba (2012: 201: 133) 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.

g. Kehamilan sekarang

Jadwal pemeriksaan hamil dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan yaitu satu kali pada triwulan

pertama, satu kali pada triwulan kedua, dan dua kali pada triwulan ketiga (Saifuddin, 2014:90)

h. Keluarga berencana

Tanyakan kepada klien lamanya pemakaian alat kontrasepsi dan jenis kontrasepsi yang digunakan serta keluhan yang dirasakan (Marmi,2014: 158).

i. Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Pada saat hamil ibu harus makan makanan yang mengandung nilai gizi bermutu tinggi meskipun tidak berarti makanan yang mahal harganya. Gizi pada waktu hamil harus ditingkatkan hingga 300 kalori perhari, ibu hamil seharusnya mengkonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, dan minimal cukup cairan (menu seimbang) (Romauli, 2011: 134).

Menurut Romauli (2011:135-137) nutrisi yang perlu ditambahkan saat kehamilan yaitu:

a) Kalori

Untuk proses pertumbuhan, janin memerlukan tenaga. Oleh karena itu, saat hamil, ibu memerlukan tambahan jumlah kalori. Sumber

kalori utama adalah hidrat arang dan lemak. Bahan makanan yang banyak mengandung hidrat arang adalah golongan padi-padian (misalnya beras dan jagung), golongan umbi-umbian (misalnya ubi dan singkong), dan sagu. Selain sumber tenaga, bahan makanan yang tergolong padi-padian merupakan sumber protein, zat besi, fosfor, dan vitamin.

b) Protein

Protein adalah zat utama untuk membangun jaringan bagian tubuh. Seiring dengan perkembangan dan pertumbuhan janin serta perkembangan payudara ibu, keperluan protein pada waktu hamil sangat meningkat. Kekurangan protein dalam makanan ibu hamil mengakibatkan bayi akan lahir lebih kecil dari normal. Kekurangan tersebut juga mengakibatkan pembentukan air susu ibu dalam masa laktasi kurang sempurna. Bahan makanan yang mengandung sumber protein yaitu sumber protein hewani (daging, ikan, unggas, telur, dan kacang) dan sumber protein nabati (kacang-

kacangan seperti kedelai, kacang tanah, kacang tolo, tahu, tempe).

c) Mineral

Pada prinsipnya semua mineral dapat terpenuhi dengan makan-makanan sehari-hari yaitu buah-buahan, sayur-sayuran, dan susu. Hanya saja zat besi yang tidak bisa terpenuhi dengan makan sehari-hari. Kebutuhan zat besi pada pertengahan kedua kehamilan kira-kira 17 mg/hari. Untuk memenuhi kebutuhan ini dibutuhkan suplemen besi 30 mg dan pada kehamilan kembar atau pada wanita yang sedikit anemi dibutuhkan 60-100 mg/hari.

d) Vitamin

Vitamin sebenarnya telah terpenuhi dengan makan makanan sayur dan buah-bauahan, tetapi dapat pula diberikan ekstra vitamin. Pemberian asam folat terbukti mencegah kecacatan pada bayi. Asam folat digunakan bagi pematangan sel. Jumlah asam folat yang dibutuhkan oleh ibu hamil adalah 400 mikrogram/hari. Sumber makanan yang mengandung asam folat

diantaranya produk sereal dan biji-bijian misalnya, sereal, roti, nasi, dan pasta. Kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil.

2) Eliminasi

a) Buang Air Kecil (BAK)

Peningkatan frekuensi berkemih pada TM III paling sering dialami oleh wanita primigravida setelah lightening. Lightening menyebabkan bagian presentasi (terendah) janin akan menurun masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih (Marmi, 2014:134).

b) Buang Air Besar (BAB)

Konstipasi diduga akibat penurunan peristaltic yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan hormone progesterone. Konstipasi juga dapat terjadi sebagai akibat dari efek samping penggunaan zat besi, hal ini akan memperberat masalah pada wanita hamil (Marmi, 2014:137).

3) Istirahat

Wanita hamil dianjurkan untuk merencanakan istirahat yang teratur khususnya seiring kemajuan kehamilannya. Jadwal istirahat dan tidur perlu diperhatikan dengan baik, karena istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin. Tidur pada malam hari selama kurang lebih 8 jam dan istirahat dalam keadaan rileks pada siang hari selama 1 jam (Romauli, 2011: 144).

4) Aktivitas

Senam hamil bertujuan mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat dimanfaatkan untuk berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Senam hamil dimulai pada usia kehamilan sekitar 24-28 minggu. Beberapa aktivitas yang dapat dianggap sebagai senam hamil yaitu jalan-jalan saat hamil terutama pagi hari (Manuaba, 2012: 132-135). Jangan melakukan pekerjaan rumah tangga yang berat dan hindarkan kerja fisik yang dapat

menimbulkan kelelahan yang berlebihan (Saifuddin, 2010: 287).

5) Personal Hygiene

Kebersihan tubuh ibu hamil perlu diperhatikan karena dengan perubahan sistem metabolisme mengakibatkan peningkatan pengeluaran keringat. Keringat yang menempel di kulit meningkatkan kelembapan kulit dan memungkinkan menjadi tempat berkembangnya mikroorganisme. Jika tidak dibersihkan (dengan mandi), maka ibu hamil akan sangat mudah untuk terkena penyakit kulit. Bagian tubuh lain yang sangat membutuhkan perawatan kebersihan adalah daerah vital, karena saat hamil terjadi pengeluaran secret vagina yang berlebihan. Selain dengan mandi, mengganti celana dalam secara rutin minimal dua kali sehari sangat dianjurkan (Sulistyawati, 2012: 118).

6) Riwayat Seksual

Menurut Manuaba (2012:120) hubungan seksual disarankan untuk dihentikan bila terdapat tanda infeksi dengan pengeluaran cairan disertai rasa nyeri atau akan hubungan seksual panas, terjadi

perdarahan saat hubungan seksual, terdapat pengeluaran cairan (air) yang mendadak, hentikan pada mereka yang sering mengalami keguguran; persalinan sebelum waktunya; mengalami kematian kandungan; sekitar dua minggu menjelang persalinan (Romaulli, 2011: 172).

7) Riwayat Ketergantungan

a) Merokok

Merokok selama kehamilan berkaitan dengan keguguran, perdarahan vagina, kelainan premature, dan BBLR (2500 gram lebih ringan dari bayi yang tidak merokok). Jika usia ibu di atas 35 tahun ada juga kenaikan berarti dalam resiko bayi menderita malformasi minor dan BBLR, dengan segala bahaya yang menyertainya, sebanyak 5 kali lipat dari perokok muda (Romaulli, 2011: 112).

b) Alkohol

Alkohol adalah teratogen, dan sindrom alkohol janin (Fetal Alcohol Syndrome), digunakan untuk menggambarkan malformasi kongenital yang berhubungan dengan asupan alkohol yang

berlebihan selama hamil (Frase dan Cooper, 2009: 168).

c) Obat terlarang

Penggunaan obat seperti heroin, kemudian metadon, kanapis, kokain, dan anfetamin bila digunakan secara berlebihan pada kehamilan berkaitan dengan keguguran, persalinan premature, berat badan lebih rendah, lahir mati, dan abnormalitas (Frase dan Cooper, 2009: 167).

f. Dukungan situasional

Dukungans selama masa kehamilan dibutuhkan bagi wanita hamil terutama dari orang terdekat bagi ibu yang baru pertama kali hamil. Seorang wanita akan merasa senang dan nyaman dan adanya dukungan dan perhatian dari orang-orang terdekat (Marmi, 2014: 145).

g. Latar belakang social budaya

Hal penting yang biasanya berkaitan dengan masa hamil yaitu menu untuk ibu hamil, misalnya ibu hamil harus pantang terhadap makanan yang berasal dari daging, ikan, telur, dan goreng-gorengan karena

kepercayaan akan menyebabkan kelainan pada janin. Adat ini akan sangat merugikan pasien dan janin karena hal tersebut akan membuat pertumbuhan janin tidak optimal dan pemulihan kesehatannya akan lambat. Dengan banyaknya jenis makanan yang harus ia pantangi, maka akan mengurangi juga nafsu makannya, sehingga asupan makanan malah jadi semakin berkurang, produksi ASI juga akan berkurang (Romauli, 2011: 169-170).

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum ibu 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, skiolosis atau pincang maka kemungkinan ada kelainan panggul (Ramouli, 2011: 172).

b. Tanda-Tanda Vital

1) Tekanan darah

Tekanan 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, beresiko mengalami preeklamsi (Marmi, 2014: 163).

2) Nadi

Denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100 denyut per menit (dpm). Curigai hipotirodisme jika denyut nadi <100 dmp. Periksa adanya eksoftalmia dan hiperrefleksi yang menyertai (Marmi, 2014; 163).

3) Suhu

Suhu tubuh yang normal adalah $36-37,5^{\circ}\text{C}$. Bila suhu tubuh lebih dari 37°C perlu diwaspadai adanya infeksi (Romauli, 2011: 173).

4) Pernafasan

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

c. Antropometri

1) Berat badan

Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5 sampai 15 kg selama hamil atau terjadi kenaikan

berat badan sekitar 0,5 kg/minggu (Manuaba, 2012: 95).

2) Tinggi badan

Tubuh yang pendek dapat menjadi indicator gangguan genetic. Tinggi badan harus diukur pada saat kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah >145 cm (Marmi, 2014: 163). Ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm tergolong resiko tinggi (Romauli, 2011: 173).

3) Lingkar Lengan Atas (LILA)

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

d. Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah di cabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Sulistyawati, 2011:175).

2) Muka

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

3) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sclera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre eklamsia (Romauli, 2011: 176).

4) Mulut

Dalam kehamilan sering muncul stomatitis atau gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah, maka perlu perawatan mulut agar selalu bersih (Romauli, 2011:174). Adanya caries

atau keropos yang menandakan ibu kekurangan kalsium (Saifuddin, 2010:287).

5) Gigi

Adanya karies atau keropos yang menandakan ibu kekurangan kalsium. Saat hamil sering terjadi caries yang berkaitan dengan emesis atau hyperemesis gravidarum. Adanya kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi (Romauli, 2011:174).

6) Leher

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

7) Payudara

Adanya hiperpigmentasi areola, puting susu bersih dan menonjol. Pada minggu ke 12 kolostrum mulai keluar dan papilla mammae pada pasien multigravida yang telah mantap menyusui pada masa kehamilan sebelumnya. Wanita primigravida baru akan memproduksi kolostrum pada masa akhir kehamilan (Romauli, 2011: 174).

8) Abdomen

Pemeriksaan abdomen di pertengahan awal kehamilan harus dilakukan secara menyeluruh jika kondisi uterus yang membesar memungkinkan. Evaluasi adanya nyeri tekan, massa, hernia, pembesaran hati, dan kelenjar getah bening. Seiring dengan kemajuan kehamilan, semakin sulit untuk meraba organ lain selain uterus. Perhatian khusus pada abdomen wanita hamil meliputi denyut jantung janin, tinggi fundus uteri, dan presentasi janin (Marmi, 2014:166).

9) Genitalia

Pemeriksaan genitalia dilakukan dengan mencari adanya lesi, eritema, perubahan warna, pembengkakan, ekskoriasi dan memar. Bila ada lesi kemungkinan menunjukkan sifilis atau herpes (Marmi, 2014: 170).

10) Anus

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

besar. Selain itu, pembesaran uterus mengakibatkan peningkatan tekanan, secara spesifik juga secara umum pada vena hemoroid (Varney, Krebs dan Gegor, 2007:539).

11) Ekstermitas

Pemeriksaan ekstremitas harus mencakup pengkajian reflex tendon dalam, pemeriksaan adanya edema. Jika edema muncul pada muka, tangan, dan disertai proteinuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya preeklamsi (Marmi, 2014: 136). Bila tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon ditekuk. Bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungkin merupakan tanda pre eklamsia. Bila reflek patella negatif kemungkinan pasien mengalami kekurangan BI (Romauli, 2011:176).

e. Pemeriksaan Khusus

1) Rumus Mc Donald

Fundus uteri di ukur dengan pita. Tinggi fundus dikalikan 2 dan di bagi 7 memberikan umur kehamilan dengan bulan obstetric dan bila dikalikan

8 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam minggu (Marmi, 2011: 160).

2) 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 rileks, palpasi dilakukan dengan banalan jari, bukan ujung jari yang lembut (Fraser dan Cooper, 2009:258). Cara melakukan palpasi menurut Leopold sebagai berikut:

a) Leopold 1

Pemeriksaan Leopold 1 digunakan untuk menentukan usia kehamilan dan digunakan untuk mengetahui bagian janin yang terdapat di fundus (Rachmawati dkk, 2008: 121).

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold 1 yaitu:

(1) Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha

(2) Pemeriksa berdiri disebelah kanan penderita dan melihat kearah muka penderita

(3) Rahim di bawa ketengah

(4) Tinggi fundus uteri ditentukan

Marmi (2011:167)

Table 2.9

TFU berdasarkan Leopold pada trimester III

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

Sumber : (Marmi, 2011: 167)

(5) 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. Variasi Knebel digunakan untuk menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan yang lain di atas sinfisis

(Manuaba. 2012: 118)

b) Leopold II

Pada pemeriksaan leopold II untuk mengetahui bagian punggung janin dan letak bagian-bagian kecil janin (Rachmawati dkk, 2008: 121).

Langkah-langkah pemeriksaan leopold II adalah sebagai berikut:

- (1) Kedua tangan pindah ke samping
 - (2) Tentukan dimana punggung anak. Punggung anak terdapat di pihak yang memberikan rintangan yang terbesar, carilah bagian-bagian terkecil yang biasanya terletak bertentangan dengan pihak yang memberi rintangan terbesar
 - (3) Kadang-kadang di samping terdapat kepala atau bokong ialah letak lintang
- (Marmi, 2014: 167-168)

c) Leopold III

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

- (1) Dipergunakan satu tangan saja
- (2) Bagian bawah ditentukan antara ibu jari dan jari lainnya

(3) Cobalah apakah bagian bawah masih dapat digoyangkan

Leopold III untuk menentukan apa yang terdapat di bagian bawah dan apakah bagian bawah janin ini sudah atau belum terpegang oleh Pintu Atas Panggul (PAP) (Marmi, 2011:168).

d) Leopold IV

Pemeriksaan leopold IV yaitu untuk mengetahui bagian terbawah janin sudah masuk PAP atau belum (Marmi, 2011:168). Langkah-langkah pemeriksaan leopold IV yaitu:

- (1) Pemeriksa mengubah sikapnya menjadi kearah kaki pasien
- (2) Dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi di bagian bawah
- (3) Ditentukan apakah bagian bawah sudah masuk ke dalam PAP dan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul
- (4) Jika kita rapatkan kedua tangan pada permukaan dan bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar

Jadi Leopold IV untuk menentukan beberapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul. Jika kedua tangan divergen maka bagian terbesar dari kepala sudah melewati Pintu Atas Panggul (PAP). Sedangkan bila tangan konvergen maka bagian terbesar dari kepala belum masuk Pintu Atas Panggul (PAP) (Manuaba, 2010:117).

e) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Pada trimester pertama, ukuran uterus pada minggu kedelapan yang sesuai adalah sebesar bola tenis, sebesar buah jeruk pada minggu ke 10. Pada trimester kedua puncak uterus harus 3-4 lebar jari dibawah umbilicus pada minggu ke 16, 1-2 lebar jari bawah umbilicus pada minggu ke 18, di umbilicus pada minggu ke 20, 1-2 lebar jari diatas umbilicus pada minggu ke 22, dan 3-4 lebar jari diatas umbilicus pada minggu ke 24 (Marmi, 2014:169).

f) Pemeriksaan Osborn test

Tujuan pemeriksaan test Osborn adalah untuk mengetahui adanya DKP (Disporposi Kepala

Panggul) pada ibu hamil. Prosedur pemeriksaan test Osborn yaitu tangan kiri penolong mendorong kepala janin masuk ke arah Pintu Atas Panggul (PAP). Cara pemeriksaannya yaitu apabila kepala janin tidak bisa masuk dan teraba tonjolan di atas simfisis, maka jari tengah diletakkan tepat di atas simfisis. Apabila telunjuk lebih rendah dari jari tengah maka hasil test Osborn adalah negative (-). Apabila jari telunjuk dan jari tengah sejajar maka hasil test Osborn adalah ragu-ragu. Dan apabila jari telunjuk lebih tinggi dari jari tengah maka hasil test Osborn adalah positif (+) (Marmi, 2014: 175).

g) Sistem Perlimaan

Menurut Winkjosastro (2008: 84) penurunan bagian terbawah janin dengan metode lima jari atau perlimaan adalah sebagai berikut:

- 1) 5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba di simfisi pubis
- 2) 4/5 jika sebagian 1/5 bagian terbawah janin memasuki PAP

- 3) $3/5$ jika sebagian $2/5$ bagian terbawah janin sudah masuk PAP
- 4) $3/5$ jika sebagian dari bagian terbawah janin masih berada diatas simfisis dan $3/5$ bagian terbawah telah turun melewati bidang rongga panggul
- 5) $1/5$ jika hanya 1 dan 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin berada di atas simfisis dan $4/5$ jari telah masuk ke rongga panggul



Table 2.10
Penurunan kepala janin menurut sistem
perlima

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

Sumber : Saifuddin (ed): N-10

h) Tafsiran Berat Janin (TBJ)

Tafsiran ini bila berlaku untuk janin presentasi kepala.

Rumusnya adalah sebagai berikut:

(tinggi fundus dalam cm-n) x 155 = berat (gram). Bila kepala di atas atau pada spina iskiadika maka n=12. Bila kepala di bawah spina iskiadika maka n= 11 (Romauli, 2011: 71).

i) Auskultasi

Jumlah denyut jantung janin normal antara 120 sampai 140 denyut permenit (Manuaba, 2012:116). Bila bunyi jantung kurang dari 120 per menit atau lebih dari 160 per menit atau tidak teratur, maka janin dalam keadaan asfiksia (kekurangan oksigen) (Marmi, 2014:188-189). Cara menghitung bunyi jantung adalah dengan mendengarkan 3 kali 5 detik. Kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan empat, misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga, dan 5 detik ke lima dalam satu menit yaitu:

(1) (11-12-11) kesimpulannya teratur,

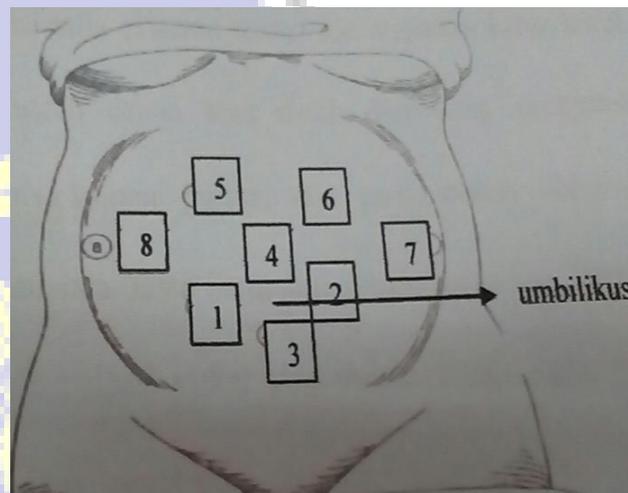
frekuensi 136 permenit, DJJ normal

(2) (10-14-9) kesimpulannya tidak teratur,

frekuensi 132 permenit, janin dalam

keadaan asfiksia

(3) (8-7-9) kesimpulannya teratur, frekuensi 92 permenit, janin dalam keadaan asfiksia Jadi, kesimpulannya interval DJJ antara 5 detik pertama, ketiga, dan kelima dalam 1 menit tidak boleh lebih dari 2.



Gambar 2.25

Letak Pungktum Maksimum setelah Minggu ke 26 Gestasi pada Posisi Normal

Sumber: Romauli, 2011: 96

j) Pemeriksaan panggul

Menurut Marmi (2014:171-176)

pemeriksaan panggul dibagi menjadi 2 yaitu:

(1) Pemeriksaan panggul luar

(a) Distansia spinarum yaitu jarak antara spina iliaca anterior superior kiri dan kanan (normalnya 23-26 cm)

(b) Distansia kristarum yaitu jarak antara krista iliaca kanan dan kiri (normalnya 26-29 cm)

(c) Conjugata eksterna yaitu jarak antara pinggir atas symphysis dan ujung processus spinosus ruang tulang lumbal ke V (normalnya 18-20 cm)

(d) Ukuran lingkaran panggul yaitu dari pinggir atas symphysis ke pertengahan spina iliaca anterior superior dan trochanter major sepihak dan kembali melalui tempat-tempat yang sama di pihak yang lain (normalnya 80-90 cm)

(2) Pemeriksaan panggul dalam

Pemeriksaan dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu. Dengan pemeriksaan dalam kita dapat kesan mengenai bentuk panggul. Didapatkan hasil

normal bila promontorium tidak teraba, tidak ada tumor, line innominate teraba sebagian, spina ischiadika tidak teraba, os sacrum mempunyai inklinasi ke belakang dan sudut arkus pubis $>90^\circ$.

k) Pemeriksaan penunjang

(1) Pemeriksaan laboratorium darah

(a) Hemoglobin

Hemoglobin adalah suatu substansi protein dalam sel-sel darah merah yang terdiri dari zat besi yang merupakan pembawa O_2 . Dengan memakai alat sahli, kondisi hemoglobin dapat digolongkan sebagai berikut: Hb 11 gr% yaitu tidak anemi, Hb 9-10,5 gr% yaitu anemia ringan, Hb 7-8 gr% yaitu anemia sedang, dan Hb <7 gr% yaitu anemia berat (Suryati, 2011).

(b) Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah adalah pemeriksaan darah yang di ambil dari darah perifer atau darah vena tanpa

EDTA. Tujuannya untuk mengetahui golongan darah, dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan dan tempat pemeriksaan di RS, puskesmas, BPS, dan laboratorium (Suryati, 2011: 77).

(c) Pemeriksaan HbsAg

Pemeriksaan HbsAg adalah pemeriksaan darah yang diambil dari vena, dilakukan pada pemeriksaan hamil yang pertama, yang bertujuan untuk mengetahui ada tidaknya virus hepatitis didalam darah baik dalam kondisi aktif maupun sebagai carier (Suryati, 2011: 79).

(2) Pemeriksaan urine

(a) Pemeriksaan albumin

Albumin adalah protein yang terdapat dalam jaringan tubuh dan darah, laut dalam air, menggumpal pada pemanasan, dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan dan setiap kunjungan pada akhir trimester II

sampai trimester III kehamilan. Tujuannya untuk mengetahui ada tidaknya albumin dalam air keruh dan beberapa tinggi kadar albumin dalam air keruh (Suryati, 2011: 88).

(b) Pemeriksaan reduksi

Untuk mengetahui kadar glikosa dalam urine, dilakukan pada waktu kunjungan pertama kehamilan. Pemeriksaan reduksi yang sering digunakan yaitu dengan metode Fehling (Suryati, 2011: 89).

(c) Keton Urine

Badan keton terdiri dari 3 senyawa yaitu aseton, asam aseotasetat, dan asam hidroksibutirat yang merupakan produk metabolisme lemak dan asam lemak yang berlebihan. Badan keton diproduksi ketika karbohidrat tidak dapat digunakan untuk menghasilkan energy yang disebabkan oleh gangguan metabolisme karbohidrat, kurangnya asupan karbohidrat, gangguan absorpsi karbohidrat, atau gangguan metabolisasi glukosa sehingga tubuh

mengambil simpanan asam lebih untuk dibakar. Pemeriksaan keton urine dapat dilakukan dengan menggunakan tablet acetest atau strip dengan reagen.

Uji keton urine dengan tablet acetest digunakan untuk mendeteksi dua keton utama adalah aseton dan asetoasetat. Letakkan tablet acetest di atas kertas saring atau tissue lalu teteskan urine segar diatas tablet tersebut. Tunggu selama 30 detik lalu segera amati perubahan warna yang terjadi pada tablet, jika berubah warna menjadi warna lembayung terang-gelap maka uji keton dinyatakan positif. Uji keton urine dengan strip reagen lebih sensitive terhadap asam aseosetat daripada aseton. Celupkan strip reagen ke dalam urine. Tunggu selama 15 detik. Amati perubahan warna yang terjadi. Bandingkan dengan warna. Pembacaan dipstick dengan instrument otomatis lebih dianjurkan untuk

memperkecil kesalahan dalam pembacaan secara visual (Romauli, 2011: 189-190).

(d) Ultrasonografi (USG)

Menurut Romauli (2011:72) penentuan umur kehamilan dengan USG menggunakan 3 cara:

- (1) Dengan menggunakan diameter kantung kehamilan (GS=Gestational Sac) untuk kehamilan 6-12 minggu
- (2) Dengan mengukur jarak kepala-bokong (GRI= Groun Rump Length) untuk umur kehamilan 7-14 minggu
- (3) Dengan mengukur diameter biparietal (BPD) untuk kehamilan lebih dari 12 minggu

(e) Kartu Skor Poedji Rochyati

Untuk mendekati resiko ibu hamil dapat menggunakan Kartu Skor Poedji Rochyati (KSPR). Terdiri dari Kehamilan Resiko Rendah (KRR) dengan 6-10 ditolong oleh bidan atau dokter dan Kehamilan Resiko Sangat Tinggi (KRST) dengan skor >12

ditolong oleh dokter (Kemenkes RI, 2014:12).

(f) *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 (Marmi, 2014: 190).

3. Analisa data

Analisa data adalah melakukan interpretasi data yang telah dikumpulkan mencakup yaitu diagnosis/masalah kebidanan (Muslihatun, 2009:91).

Diagnosa kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI No 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang Standart Asuhan Kebidanan yaitu bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, mengintepretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnose dan masalah kebidanan yang tepat dengan kriteria sebagai berikut:

- (a) Diagnose sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- (b) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi pasien

(c) Dapat diselesaikan sendiri dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan

Langkah-langkah merumuskan diagnose kebidanan :

GPAPIAH, usia kehamilan dalam minggu, janin hidup, tunggal, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir nomal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2012: 123).

Dengan kemungkinan masalah yaitu edema dependen, nokturia, hemorotid, konstipasi, dank ram pada tungkai, sesak nafas, pusing, nyeri pinggang, varises, panas, dan nyeri ulu hati, dan kecemasan menghadapi persalinan (Varney, Kriebs,dan Gegor, 2007: 538-543).

4. Perencanaan

Menurut Keputusan Menteri RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standart Asuhan Kebidanan, bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnose dan masalah yang ditegakkan dengan kriteria sebagai berikut:

- a. Rencana asuhan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, dan asuhan secara komprehensif.
- b. Melibatkan klien dan keluarga

- c. Mempertimbangkan kondisi psikologis, social budaya klien/keluarga
- d. Memilih tindakan yang aman sesuai dengan kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *avidance based* dan memastikan bahwa asuhan yang di berikan bermanfaat untuk klien.

Diagnose kebidanan: GPAPIAH, usia kehamilan dalam 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, 2012:123).

Tujuan : ibu dan janin sehat dan sejahtera sampai dengan melahirkan

Kriteria hasil : 1) Keadaan umum baik

2) Kesadaran composmentis

3) Tanda-tanda vital normal (TD: 100/70-130/190 mmHg, N: 76-88 x/menit, S: 36,5-37,5°C, RR: 16-24x/menit)

4) Pemeriksaan labortorium (Hemoglobin minimal 11 gr%, reduksi (-))

Intervensi menurut Manuaba (2012: 125) adalah sebagai berikut:

a) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan

R/bila ibu mengerti keadaanya, ibu bisa kooperatif dengan tindakan yang diberikan

b) Jelaskan mengenai masalah yang dialaminya

R/ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya

c) 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

d) Jelaskan pada ibu tentang tanda bahaya kehamilan

sesuai trimester yang mengindikasikan pentingnya menghubungi tenaga kesehatan dengan segera

R/mengidentifikasi tanda bahaya dalam kehamilan, supaya ibu mengetahui kebutuhan yang harus

dipersiapkan untuk menghadapi kemungkinan keadaan darurat

e) Buat kesepakatan untuk kunjungan berikutnya

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

Potensial masalah:

a. Masalah 1 : panas dan nyeri ulu hati

Tujuan : tidak terjadi nyeri ulu hati

Kriteria hasil : tidak kembung dan ibu tidak ada rasa nyeri tekan pada perut bagian atas

Intervensi menurut Marmi (2015) adalah sebagai berikut:

1) Jelaskan pada ibu panas dan nyeri ulu hati

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

2) Anjurkan pada ibu untuk makan dengan porsi sedikit tapi sering

R/untuk mengurangi rasa mual dan muntah yang dialami ibu

3) Anjurkan ibu untuk menghindari makan makanan yang berlemak, berbumbu yang merangsang serta pedas

R/karena makananan yang berlemak, berbumbu yang merangsang serta pedas dapat meningkatkan

asam lambung sehingga ibu merasa mual dan muntah

4) Hindari berbaring setelah makan

R/bila sesudah makan langsung berbaring maka asam lambung akan naik sehingga akan menyebabkan refluks

5) Hindari minum selain air putih

R/karena air putih adalah zat yang tidak berpatikel sehingga kan memperlancar proses metabolisme dalam tubuh

6) Hindari kopi, rokok, cokelat, dan alkohol

R/berdampak pada pertumbuhan janin dalam Rahim

7) Tidur dengan kaki lebih tinggi daripada kepala

R/dapat memperlancar aliran darah uteroplasenter 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

b. Masalah 2 : pusing

Tujuan : ibu mampu beradaptasi dengan keadaanya sehingga tidak cemas

Kriteria hasil : pusing berkurang, kesadaran composmentis
tidak terjadi jatuh atau kehilangan keseimbangan

Intervensi menurut Rukiyah (2008: 314) adalah sebagai berikut:

1) Jelaskan pada ibu penyebab pusing

R/ibu mengerti penyebab pusing karena hipertensi postural yang berhubungan dengan 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 dilingkungan panas dan sesak

R/kekurangan O_2 karena lingkungan sesak menyebabkan pusing

c. Masalah 3 : kram pada kaki

Tujuan : ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis (kram tungkai) atau tidak terjadi kram tungkai

Kriteria hasil : ibu mampu mengatasi jika kram tungkai berkurang dan kram pada tungkai berkurang

Intervensi menurut Maritalia (2012: 76) adalah sebagai berikut:

- 1) Jelaskan penyebab kram pada kaki

R/penyebab kram pada kaki yaitu terjadinya ketidakseimbangan rasio kalsium

- 2) Anjurkan ibu untuk melakukan senam hamil secara teratur

R/senam hamil dapat memperlancar peredaran darah dan suplai O₂ ke jaringan sel terpenuhi

- 3) Anjurkan ibu untuk menghangatkan kaki dan betis dengan melakukan massage

R/sirkulasi darah ke jaringan berjalan dengan lancar

- 4) Minta ibu untuk tidak berdiri terlalu lama

R/mengurangi penekanan yang lama pada kaki sehingga aliran darah berjalan dengan lancar

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

R/otot-otot dapat berelaksasi sehingga kram berkurang

6) Anjurkan ibu untuk diit makanan yang mengandung kalsium dan fosfor

d. Masalah 4 : keputihan

Tujuan : keputihan dapat teratasi

Kriteria hasil : tidak terjadi keputihan

Intervensi menurut Sulistyawati (2011:144) adalah sebagai berikut:

1) Tingkatkan kebersihan dengan mandi setiap hari minimal 2 kali perhari

R/menjaga kebersihan dan dapat menghindarkan diri dari bakteri penyebab penyakit

2) Anjurkan ibu untuk menggunakan pakaian yang terbuat dari katun atau bahan dengan daya serap tinggi

R/agar ibu merasa nyaman

3) Hindari pakaian dalam yang terbuat dari nilon

R/agar daerah kemaluan tidak lembab

4) Tingkatkan daya tahan tubuh dengan makan makanan buah dan sayur

R/agar kekebalan tubuh dapat terjaga

e. Masalah 5 : nokturia

Tujuan : ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang dialami (nokturia)

Kriteria hasil : 1) Ibu BAK 7-8 kali/hari terutama siang hari

2) infeksi saluran kencing tidak terjadi

Menurut Manuaba (2010: 321) intervensinya adalah:

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 diuretic alamiah seperti kopi dan softdrink

R/bahan diuretic akan menambah frekuensi berkemih

3) Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK

R/menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih

4) Anjurkan minum 8-10 gelas/hari tetapi banyak

minumpada siang hari dan mengurangnya pada malam hari dan sebelum tidur BAK dulu

R/mengurangi frekuensi berkemih pada malam

hari

f. Masalah 6 : sesak nafas

Tujuan : ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya dan kebutuhan O₂ ibu terpenuhi

Kriteria hasil : frekuensi pernafasan 16-24x/menit dan ibu dapat menggunakan pernafasan perut

Intervensi menurut Mochtar (2012) yaitu:

1) Jelaskan pada ibu penyebab sesak nafas

R/penyebab sesak nafas karena membesarnya uterus

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

R/dapat menghindari penekanan diafragma

3) Anjurkan ibu menghindari kerja keras

R/aktivitas yang keras dapat menyebabkan energy yang digunakan banyak dan akan menambah kebutuhan O₂

g. Masalah 7 : edema dependen

Tujuan : masalah edema dapat dikurangi dan ibu dapat beradaptasi

Kriteria hasil : edema berkurang, aktivitas sehari-hari

Intervensi menurut Varney (2007: 540) adalah sebagai berikut:

1) Jelaskan pada ibu penyebab dari edema dependen

R/penyebab edema dependen yaitu karena tekanan pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena cava inferior ketika berbaring

2) Anjurkan ibu untuk menghindari berdiri yang terlalu lama

R/meringankan penekanan pada vena dalam panggul

3) Anjurkan ibu untuk miring ke kiri dan kaki lebih tinggi dari kepala

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

4) Anjurkan ibu untuk menghindari memakai pakaian yang ketat

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

5) Anjurkan ibu untuk menggunakan penyokong atau korset

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

h. Masalah 8 : nyeri punggung bawah

Tujuan : ibu dapat beradaptasi dengan keadaan keadaan fisiologis (nyeri punggung bawah) yang terjadi

Kriteria hasil : nyeri punggung bawah berkurang

Intervensi menurut (Sulistiyawati, 2009) adalah sebagai berikut:

1) Tekuk kaki ketika mengangkat apapun

R/menekuk kaki akan membuat kedua tungkai yang menopang berat badan dan meregang bukan punggung

2) Hindari membungkuk berlebihan dan mengangkat beban yang terlalu berat

R/menghilangkan tegang pada punggung bawah yang disebabkan oleh peningkatan lengkung

vertebra lumbosacral dan pengencangan otot-otot punggung

3) Anjurkan ibu tidur miring dan perut diganjal bantal

R/dapat mengurangi penekanan uterus pada ligamen rotundum

4) Gunakan sepatu tumit rendah

R/sepatu tumit tinggi tidak stabil dan memperberat masalah pada pusat gravitasi serta lordosis

5) Gunakan kasur yang dapat menyokong dan posisikan badan dengan menggunakan bantal sebagai penganjal

R/kasur yang menyokong dan meluruskan punggung serta meringankan tarikan dan regangan

i. Masalah 9 : konstipasi sehubungan peningkatan progesterone

Tujuan : tidak terjadi konstipasi

Kriteria hasil : ibu dapat BAB 1-2 kali/hari, konsistensi lunak

Menurut Pantikawati (2009:112) intervensinya adalah sebagai berikut:

1) Anjurkan ibu untuk membiasakan diri dengan pola

BAB yang tertuatur

R/berperan besar dalam menentukan waktu defeksi, tidak mengukur dapat menghindari pembekuan feses

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

R/makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat dan keras

- 3) Anjurkan ibu untuk minum cairan dingin atau panas terutama ketika perut kosong

R/dengan minum panas atau dingin sehingga dapat merangsang BAB

- 4) Anjurkan ibu untuk melakukan latihan secara umum, berjalan setiap hari, pertahankan postur tubuh, dan latihan kontraksi otot abdomen bagian bawah secara teratur

- 5) R/memfasilitasi sirkulasi vena sehingga mencegah kongesti pada usus besar

j. Masalah 10 : hemoroid

Tujuan : hemoroid tidak terjadi dan tidak tambah parah

Kriteria hasil : BAB 1-2x/hari konsistensi lemak dan
BAB tidak berdarah dan tidak nyeri

Intervensi menurut Varney, Kriebs, dan Gegor (2007: 539) adalah sebagai berikut:

- 1) Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan tinggi serat untuk menghindari konstipasi/sembelit
R/makanan tinggi serat dapat menjadikan feses tidak terlalu padat atau keras sehingga memepromudah pengeluaran feses
- 2) Anjurkan ibu untuk minum air hangat satu gelas setiap bangun tidur
R/minum air hangat akan merangsang peristaltic usus sehingga dapat merangsang pengosongan kolon menjadi lebih cepat
- 3) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan atau melakukan senam ringan
R/olahraga dapat memperlancar peredaran darah sehingga semua sistem tubuh dapat berjalan lancar termasuk sistem pencernaan
- 4) Anjurkan ibu untuk menghindari memgejan saat defekasi

R/mengejan yang terlalu sering akan memicu terjadinya hemoroid

- 5) Anjurkan ibu untuk mandi berendam menggunakan air hangat

R/hangatnya air tidak hanya memb

- k. Masalah 11 : varises

Tujuan : tidak terjadi varises atau varises tidak bertambah parah

Kriteria hasil : tidak terdapat varises

Intervensi menurut Varney, Kriebs, dan Gegor (2007: 540) adalah sebagai berikut:

- 6) Kenakan kaos kaki penyokong

R/penggunaan kaos kaki penyokong dapat meningkatkan aliran bawah vena dan menurunkan resiko terjadinya varises

- 7) Hindari penggunaan pakaian yang ketat

R/pemakaian pakaian ketat dapat menghambat aliran balik vena

- 8) Hindari berdiri terlalu lama dan tidak menyilang saat duduk

R/dapat meningkatkan aliran darah vena dan dapat menurunkan resiko terjadinya varises

9) Lakukan latihan ringan dan berjalan-jalan secara teratur

R/latihan ringan dan berjalan secara teratur dapat memfasilitasi peningkatan sirkulasi

10) Kenakan penyokong abdomen maternal atau korset

R/penggunaan korset dapat mengurangi tekanan pada panggul.

1. Masalah 12 : kecemasan menghadapi persalinan

Tujuan : kecemasan berkurang

Kriteria hasil : ibu tampak tenang dan rileks, ibu tampak tersenyum, suami dan keluarga memberi dukungan

Intervensi menurut Varney, Kriebs, dan Gegor (2007: 503-504) adalah sebagai berikut:

1) Jelaskan pada ibu hal-hal yang dapat menyebabkan kecemasan

R/ibu mengerti penyebab kecemasan menjelang persalinan

3) Anjurkan ibu untuk mandi dengan air hangat

R/dapat memberikan rasa nyaman pada ibu dan memperlancar sirkulasi darah

4) Anjurkan pada ibu untuk melakukan relaksasi progresif

R/relaksasi dapat mengurangi masalah-masalah psikologi seperti halnya dengan rasa cemas menjelang persalinan

5. 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 rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan (Kepmenkes RI, 2007).

6. Evaluasi

Menurut Kemenkes RI No.938/Menkes/NK/VII 2007(7) tentang standar asuhan kebidanan. Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkeseimbangan 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 segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

7. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI (2007) hasil evaluasi segera di catat dan dikomunikasikan dengan klien atau keluarga. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien. Evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu:

S : adalah subyektif, mencatat hasil anamnesa

O : adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : adalah hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan

P : adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatlaksanaan, yang dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan segera komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan.

2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Persalinan

1. Data Subyektif

1) Identitas

a) Nama

Selain sebagai identitas, nama digunakan agar bidan memanggil dengan nama panggilan sehingga hubungan komunikasi antara bidan dan pasien menjadi lebih akrab (Sulistyawati dan Nugraheni, 2010:220).

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 yang lebih dari 3 tahun rentan sekali terjadi perdarahan dalam masa nifas (Ambarwati, 2010).

c) Agama

Sebagian besar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan (sulistyawati dan Nugraeni, 2010:221).

d) Pendidikan

Pendidikan yang kurang membuat masyarakat tetap berorientasi pada pengobatan dan pelayanan tradisional

sehingga mempengaruhi kesejahteraan ibu (Manuaba, 2010: 11).

e) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas sehingga kelangsungan kehamilan dapat menimbulkan berbagai masalah kebidanan (Manuaba, 2012:235).

2) Keluhan utama

Menurut Manuaba (2010:169) tanda-tanda persalinan antara lain:

- a) Kekuatan his makin sering terjadi sangat teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek
- b) Dapat terjadi pengeluaran pembawa tanda (pengeluaran lendir, dan lendir bercampur darah)
- c) Dapat disertai ketuban pecah
- d) Pada pemeriksaan dalam, dijumpai dengan perubahan serviks (perlunakan serviks, perdarahan serviks, dan terjadi pembukaan serviks)

3) Riwayat kesehatan

Calon ibu mengetahui bahwa penyakitnya memperburuk atau berpeluang menyebabkan bayi sakit atau meninggal. Berikut ini adalah beberapa kondisi yang mungkin dialami oleh ibu:

a) Penyakit jantung

Perubahan fisiologi terjadinya peningkatan volume darah dan peningkatan frekuensi denyut jantung menyebabkan peningkatan serambi kiri jantung yang mengakibatkan odema pada paru. Edema paru adalah gejala pertama dari mitral dari stenosis, terutama terjadi pada klien yang telah mengalami antrial fibrilasi. Terjadi peningkatan keluhan nafas pendek yang progresif. Penambahan volume darah keadaan sirkulasi sistemik sewaktu his atau kontraksi uterus menyebabkan bahaya sewaktu melahirkan karena dapat mengganggu aliran darah dari ibu ke janin yang dikandungnya (Saifuddin, 2010:769).

Menurut Manuaba (2010: 333) stadium penyakit jantung terbagi dalam empat stadium antara lain:

(1) Klas I : tanpa gejala pada kegiatan biasa, tanpa batas gerak biasa

(2) Klas II : waktu istirahat tidak terdapat gejala, gerak fisik terbatas, gejala payah jantung (cepat lelah, palpitasi, sesak nafas, nyeri dada, edema tungkai/tangan)

(3) Klas III : gerakan sangat terbatas karena gerak yang minimal saja telah menimbulkan gejala payah jantung

(4) Klas IV : dalam keadaan istirahat sudah terjadi gejala payah jantung

Persalinan pervaginam diperbolehkan pada ibu dengan penyakit jantung klas I dan klas II.

b) Asma

Wanita yang menderita asma berat dan mereka yang tidak mengendalikan asmanya dapat mengalami peningkatan insiden hasil maternal dan janin yang buruk, terutama kelahiran dan persalinan premature, bayi terlalu kecil, penyakit hipertensi pada kehamilan, untuk usia gestasinya, arubtio plasenta, dan kelahiran seksio sesaria (Fraser dan Cooper, 2009:322).

c) Anemia

Bahaya sewaktu persalinan yaitu gangguan his (kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi, kala uri dapat diikuti retensio plasenta dan perdarahan post partum karena

atonia uteri, kala empat dapat terjadi perdarahan ostpartum sekunder (Manuaba, 2012: 240).

d) Diabetes Melitus

Pada ibu yang menderita DM tanpa komplikasi selama kehamilannya, persalinan dapat dilakukan secara spontan pada waktu sudah cukup bulan (Fraser dan Cooper, 2009:338).

4) Riwayat Kebidanan

a) Riwayat kehamilan yang lalu

Riwayat melahirkan preterm meningkatkan risiko ibu sebesar 30% untuk melahirkan preterm lagi. Risiko tersebut meningkat seiring dengan peningkatan jumlah kelahiran preterm dan menurun seiring meningkatnya jumlah kelahiran cukup bulan. Wanita yang pernah melahirkan Bayi Kecil untuk Masa Kehamilan (BKMK) beresiko kembali melahirkan BKMK lagi. Catatan berat badan bayi dan usia gestasi dapat digunakan untuk mengidentifikasi adanya BKMK (Manuaba, 2012:201).

b) Riwayat persalinan yang lalu

Riwayat persalinan merupakan cara persalinan serta kondisi pada kehamilan sebelumnya yang tercantum dalam status ibu. Apakah persalinan sebelumnya

normal, distosia, ekstraksi vakum/forcep, seksio sesarea, fetal distress, makrosomia, abortus, dan malposisi (Manuaba, 2012: 210).

c) Riwayat nifas yang lalu

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C . bila terjadi peningkatan melebihi 38°C berturut-turut selama 2 hari, kemungkinan terjadi infeksi. Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya, akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga terdapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri disebut nyeri ikutan (*after pain*) terutama pada multipara (Manuaba, 2012: 201).

d) Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang

Menurut Saifuddin (2014: 90-91) jadwal pemeriksaan hamil yaitu kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit empat kali selama kehamilan yaitu satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua, dan dua kali pada trimester ketiga.

Lama kala satu primigravida 12 jam, multigravida 8 jam. Pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Lama kala II untuk

primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit. Kala III untuk primigravida 30 menit dan multigravida 15 menit. Lama kala IV 2 jam (Manuaba, 2012:173-174).

5) Riwayat kesehatan dan penyakit klien

Menurut Manuaba (2008: 160) adalah sebagai berikut:

a) Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat kesehatan sekarang merupakan data yang berisi keluhan ibu sekarang sewaktu pengkajian dilakukan.

b) Riwayat kesehatan yang lalu

Riwayat kesehatan yang lalu dikaji untuk mengetahui apakah ibu mempunyai riwayat penyakit seperti jantung, asma, hipertensi, ginjal, dan DM.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Untuk mengetahui adakah riwayat penyakit menurun atau menular dan adakah riwayat keturunan kembar atau tidak (Ambarwati, 2008: 38).

6) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah sebelum kehamilannya ini pernah menggunakan alat kontrasepsi atau tidak dan berapa lamanya (Nursalam, 2009: 56).

7) Riwayat perkawinan

Untuk mengkaji karena dari data ini akan mendapatkan gambaran mengenai suasana rumah tangga pasangan (sulistyawati, 2009:65). Yang perlu dikaji yaitu berapa kali menikah, status menikah sah atau tidak karena jika melahirkan tanpa status yang jelas akan berkaitan dengan psikologisnya sehingga dapat mempengaruhi masa nifas (Wulandari, 2011: 40).

8) Pola kehidupan sehari-hari

a) Nutrisi

Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama menjelang persalinan akan memberikan lebih banyak memerlukan energy dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi dapat memperlambat kontraksi dan membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif (Wiknjosastro, 2008: 55).

b) Eliminasi

Sewaktu janin mulai turun ke pelvis, kandung kemih rentan terhadap kerusakan akibat tekanan kepala janin. Dasar kandung kemih dapat terkompresi diantara gelang pelvik dan kepala janin. Resiko trauma semakin besar jika kandung kemih mengalami distensi. Ibu

harus dianjurkan berkemih di awal kala II (Fraser dan Cooper, 2009: 485). Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih secara rutin selama persalinan, ibu harus berkemih sedikitnya setiap 2 jam sekali atau lebih sering jika ibu merasa ingin berkemih dan jika kandung kemih terasa penuh. Anjurkan ibu untuk buang air besar jika perlu (Wiknjosastro, 2008: 55).

c) Aktivitas

Dalam kala I apabila ketuban belum pecah wanita inpartu boleh duduk atau berjalan-jalan, jika berbaring sebaiknya kesisi letaknya punggung janin, jika ketuban sudah pecah wanita tersebut dilarang berjalan-jalan tetapi harus berbaring (Mochtar, 2012).

d) Istirahat

Menggambarkan pola istirahat dan tidur pasien, berapa jam pasien tidur, kebiasaan pasien sebelum tidur misalnya membaca, mendengarkan music, kebiasaan tidur siang (Ambarwati, 2010: 90).

e) Personal hygiene

Sebelum hamil dan selama hamil berapa kali klien mandi, gosok gigi, keramas dan ganti pakaian (Wiknjosastro, 2007: 158).

f) Respon keluarga terhadap persalinan

Data mengenai respon keluarga ini sangat penting karena dapat dijadikan sebagai acuan mengenai bagaimana pola kita dalam memberikan asuhan kepada pasien (Wiknjosastro, 2007: 158).

g) Adat istiadat berkaitan dengan persalinan

Hal penting yang biasanya mereka anut berkaitan dengan persalinan yaitu di suruh minum minyak kelapa agar janinnya cepat lahir, dibawah bantal diberi gunting sewaktu persalinan (Wiknjosastro, 2007: 159).

2. Data Obyektif

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, postur tubuh, pada waktu ini diperhatikan bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan ibu (Romauli, 2011: 172).

b) Tanda-tanda vital

(1) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi dan disertai peningkatan sistolik rata-rata 15-20 mmHg dan diastolic rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu di

awal kontraksi tekanan darah keningkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari terlentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari dan pengukuran tekanan darah dapat dilakukan setiap 2-4 jam sekali (Fraser dan Cooper, 2009:453).

(2) Nadi

Frekuensi nadi merupakan indicator yang baik dari kondisi fisik umum ibu. Jika frekuensi nadi meningkat lebih dari 100x/menit, hal tersebut dapat mengindikasikan adanya ansietas, nyeri, infeksi, atau terjadi perdarahan. Frekuensi nadi biasanya dihitung setiap 1-2 jam sekali selama awal persalinan dan setiap 30 menit jika persalinan lebih cepat (Fraser dan Cooper, 2009:453).

(3) Suhu

Suhu sedikit meningkat selama proses persalinan, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan.

Dianggap normal adalah jika peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5 sampai 1^oC yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama proses persalinan. Jika peningkatan suhu sedikit itu

normal. Namun jika persalinan berlangsung lebih lama, peningkatan suhu dapat mengindikasikan dehidrasi maka harus dilakukan cek lagi. Pada kasus ketuban pecah dini, peningkatan suhu dapat mengindikasikan infeksi dan tidak dapat dianggap normal pada kasus ini (Varney, Kriebs, Geger, 2007:687).

(4) Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama proses persalinan, dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Varney, Kriebs, Geger, 2007:687).

2) Pemeriksaan Fisik

a) Muka

Pada pemeriksaan wajah perlu dilakukannya pemeriksaan edema yang merupakan tanda pre eklamsia (Varney, Kriebs, Geger, 2007:693).

b) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva berwarna merah muda, jika pucat menandakan anemia. Sclera berwarna putih, jika kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, jika merah ibu mengalami konjungtivitis.

Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre eklamsia (Romauli, 2011:174).

c) Mulut dan gigi

Wanita yang bersalin biasanya mengeluarkan bau mulut yang tidak sedap, mulut kering atau pecah-pecah, tenggorkan nyeri dan gigi berjigong, terutama jika ibu bersalin selama berjam-jam tanpa mendapatkan cairan oral dan perawatan mulut (Varney, Kriebs, Geger, 2008:719).

d) Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga mencapai 15,0 ml pada waktu proses persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi (Saifuddin, 2010:186). Kelenjar limfe yang membengkak yaitu salah satu gejala infeksi toksoplasmosis pada ibu hamil, pengaruhnya terhadap kehamilan yaitu mengalami keguguran, persalinan prematuritas, dan terjadi cacat bawaan (Manuaba, 2012:340).

e) Payudara

Menjelang proses persalinan, perlu dilakukannya pemeriksaan putting susu yaitu kolostrum kering atau bengkak (Varney, Kriebs, Gegor, 2007:1051).

f) Abdomen

Pada ibu bersalin perlu dilakukannya pemeriksaan TFU, yaitu pada saat tidak sedang berkontraksi dengan menggunakan pita ukur. Kontraksi uterus perlu dipantau selama 10 menit sekali dan lama kontraksi. Pemeriksaan DJJ dilakukan selama atau sebelum puncak kontraksi. Presentasi janin dan penurunan bagian terendah janin juga perlu dilakukan pemeriksaan. Sebelum pemeriksaan dilakukan ibu dianjurkan untuk mengosongkan kandung kemihnya dahulu. Pengosongan kandung kemih dilakukan pemeriksaan minimal 2 jam sekali (Winknjosastro, 2008:42-43).

g) Genitalia

Pada genitalia dilakukan pemeriksaan adanya luka atau massa termasuk kondilomata, varikosis vulva atau rectum, adanya perdarahan pervaginam, cairan ketuban, dan adanya luka parut di vagina. Luka parut di vagina

tersebut mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomy persalinan sebelumnya (Winkjosastro, 2008:45).

h) Anus

Perineum mulai menonjol dan anus mulai membuka. Tanda ini akan tampak jika kepala sudah di dasar panggul dan mulai membuka pintu (Winkjosastro, 2008:46).

i) Ekstermitas

Edema ekstermitas yaitu tanda dari pre eklamsia, bidan harus memeriksa dan mengevaluasi bagian pergelangan kaki atau jari kaki. Edema pergelangan kaki dan tungkai kaki itu disebabkan oleh penurunan aliran darah vena akibat uterus yang semakin membesar (Varney, Kriebs, Geger, 2007:693).

3) Pemeriksaan Khusus

a) Palpasi

Palpasi merupakan perabaan untuk menentukan seberapa besar bagian kepala janin yang terpalpasi di atas pintu atas panggul untuk menentukan seberapa jauh engagement, mengidentifikasi punggung janin untuk menentukan posisi janin, dan menentukan letak

bokong dan kepala dan menentukan presentasi janin (Fraser dan Cooper, 2009:259-261).

b) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

(1) Perkiraan tinggi fundus uteri sesuai dengan umur kehamilan dalam minggu.

Tabel 2.11
TFU dalam minggu

Usia kehamilan (minggu)	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
12	3 jari diatas simfisis
16	Pertengahan pusat-simfisis
20	3 jari dibawah pusat
24	Setinggi pusat
28	3 jari di atas pusat
32	Pertengahanpusat-prosesus xiphoideus (px)
36	3 jari di bawah prosesus xiphoideus (px)
40	Pertengahahan pusat- prosesus xiphoideus (px)

Sumber: (Sulistyawati, 2012)

(2) Usia kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri diukur dengan pita ukur menggunakan rumus Mc. Donald cara menghitungnya yaitu tinggi fundus dikalikan 2 dan dibagi 7 memberikan umur

kehamilan dalam bulan obstetric dan bila dikalikan 8 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam minggu (Manuaba, 2012:100).

c) Tafsiran Berat Janin (TBJ)

Tafsiran ini berlaku untuk presentasi kepala janin. Cara menghitungnya yaitu:

$(\text{tinggi fundus dalam cm} - n) \times 155 = \text{berat (gram)}$. Bila kepala dia atas atau pada spina iskiadika maka $n = 12$. Bila kepala di bawah spina iskiadika maka $n = 11$ (Romauli, 2011:71).

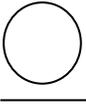
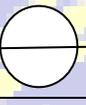
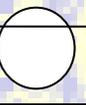
Table 2.12
TBJ normal untuk usia kehamilan trimester III

Usia kehamilan (bulan)	Berat badan (gram)
7	1000
8	1800
9	2500
10	3000

Sumber:Manuaba, 2012: 89

d) Penurunan bagian terbawah janin menurut Winkjosastro (2008:44). Penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian yang masih berada di atas tepi symphysis dapat diukur dengan lima jari tangan (perlimaanan).

Tabel 2.13
Penurunan kepala janin menurut sistem
perlimaian:

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

Sumber : Saifuddin (ed): N-10

e) Auskultasi

Daerah yang paling jelas untuk mendengarkan denyut jantung janin tersebut punggul maksimum. Ketika mendengarkan denyut jantung janin, perhatikan frekuensi dan irama. Punggul maksimum DJJ ditepatkan disekitar scapula. Penilaian Denyut Jantung Janin (DJJ) selama dan segera setelah kontraksi uterus.

Penilaian sebelum atau selama puncak kontraksi. Dengarkan DJJ selama minimal 60 detik, dengarkan sampai sedikitnya 30 detik setelah kontraksi berakhir. Melakukan penilaian DJJ tersebut pada lebih dari satu kontraksi. Gangguan kesehatan kondisi kesehatan janin dicerminkan dari DJJ yang kurang dari 120x/menit atau lebih dari 160x/menit. Kegawatdaruratan janin ditunjukkan dari DJJ kurang dari 100x/menit atau lebih dari 180x/menit. Cara menghitung DJJ adalah dengan mendengarkan 3 kali 5 detik kemudian jumlah bunyi janung dikalikan 4, misalnya:

- (1) (11-12-11) kesimpulannya teratur, frekuensi 136x/menit, DJJ normal
- (2) (10-14-9) kesimpulannya tidak teratur, frekuensi 132x/menit, janin dalam keadaan asfiksia
- (3) (8-9-8) kesimpulannya teratur, frekuensi 92x/menit, janin dalam keadaan asfiksia

Jadi dapat disimpulkan bahwa interval DJJ antara 5 detik pertama, ketiga, dan kelima dalam 1 menit tidak boleh dari 2. Daerah yang paling jelas untuk mendengarkan denyut jantung janin disebut pungtum maksimum. Ketika mendengarkan denyut jantung

janin, perhatikan frekuensi nadi dan irama. Pungtum maksimum DJJ di tetapkan disekitar scapula.

f) His

His yang semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik (Manuaba, 2012: 173).

Adanya his dapat dibedakan sebagai berikut:

(1) Kala I

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat sampai dengan pembukaan lengkap (10cm). kala satu persalinan dibedakan menjadi dua yaitu fase laten dan fase aktif (Winkjosastro, 2008:39).

(2) Kala II

Persalinan kala II dimulai dari pembukaan lengkap sampai dengan lahirnya bayi. Kala dua disebut sebagai kala pengeluaran bayi (Winkjosastro, 2008:79).

(3) Kala III

Persalinan kala tiga dimulai dari lahirnya bayi sampai dengan lahirnya plasenta dan selapit plasenta (Winkjosastro, 2008:99).

(4) Kala IV

Persalinan kala IV dimulai setelah lahirnya palsenta sampai dengan 2 jam post partum (Winkjosastro, 2008:99).

g) Pemeriksaan dalam

Menurut Winkjosastro (2008:46-54) yang perlu dilakukan pemeriksaan dalam yaitu :

- (1) Menilai genetalia eksterna yaitu memperhatikan ada tidaknya luka atau massa termasuk kodiloma, vulva atau rectum, atau bekas luka parut diperineum.
- (2) Menilai cairan vagina dan menentuka bercak darah, perdarahan pervaginam atau meconium.
- (3) Menilai pembukaan dan penipisan serviks
- (4) Memastikan tali pusat dan bagian terkecil dari janin (tangan dan kaki) tidak teraba sewaktu pemeriksaan dalam.
- (5) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menilai apakah kepala sudah masuk rongga panggul atau belum

h) Pemeriksaan panggul dalam

Pemeriksaan panggul dalam dilakukan usia kehamilan 36 minggu. Dengan pemeriksaan dalam kita dapat kesan

mengenai bentuk panggul. Didapatkan hasil normal jika promontorium tidak teraba. Tidak ada tumor, linea innominate teraba sebagian, spina ischiadika tidak teraba, os sacrum mempunyai inklinasi ke belakang dan sudut arkus pubis $>90^0$ (Marmi, 2014: 177).

i) Pemeriksaan penunjang

(1) Urin

Urin yang sudah dikeluarkan selama proses persalinan harus dilakukan pemeriksaan mulai diperiksa kandungan glukosa, keton, dan protein. Keton dapat terjadi akibat kelaparan atau distress maternal jika semua energy yang ada sudah terpakai (Cooper, 2009:453).

(2) Darah

Darah diperiksa untuk melihat golongan darah ibu, kadar hemoglobin ibu, dan HbsAg ibu (Cooper, 2009:187).

3. Analisa data

Analisa data adalah melakukan interpretasi data yang telah dikumpulkan mencakup yaitu diagnosis/masalah kebidanan (Muslihatun, 2009:91).

Diagnose Kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI No 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang Standart Asuhan Kebidanan yaitu bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, mengintepretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnose dan masalah kebidanan yang tepat dengan kriteria sebagai berikut:

- (a) Diagnose sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- b) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi pasien
- c) Dapat diselesaikan sendiri dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan

Langkah-langkah merumuskan diagnose kebidanan yang berlaku yaitu:

GPAPIAH usia kehamilan dalam minggu, tunggal, hidup, intrauterine, situs bujur, puka/puki, presentasi kepala, Hodge, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu:

- a) Kala I fase laten dengan masalah cemas menghadapi proses persalinan
- b) Kala I fase aktif akselerasi/dilatasi maksimal/deselerasi dengan masalah ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan (Wiknjosastro, 2008:40).

- c) Kala II dengan masalah kekurangan cairan, infeksi, dan kram tungkai.
- d) Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik.
- e) Kala III persalinan, KU baik dan bayi baik, prognosa baik dengan masalah kemungkinan retensio plasenta, avulsi tali pusat, dan plasenta yang tertahan.
- f) Kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah atonia uteri, subinvolusi dengan kandung kemih penuh

4. Perencanaan

Menurut Keputusan Menteri RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standart Asuhan Kebidanan, bidan merencanakan Asuhan Kebidanan berdasarkan diagnose dan masalah yang ditegakkan dengan kriteria sebagai berikut:

- a. Rencana asuhan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, dan asuhan secara komprehensif
- b. Melibatkan klien dan keluarga
- c. Mempertimbangkan kondisi psikologis, social budaya klien/keluarga

- d. Memilih tindakan yang aman sesuai dengan kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *avoidance based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.

GPAPIAH dalam minggu tunggal, hidup, intrauterine, situs bujur, puka/puki, presentasi kepala, Hodge, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu kala 1 fase laten/aktif.

Tujuan : proses persalinan berjalan dengan normal, ibu dan bayi sehat

Kriteria hasil :

- a) KU baik, kesadaran composmentis
- b) Tanda- Tanda Vital dalam batas normal
 - T : 100/60 – 130/90 mmHg
 - N : 80 – 100x/menit
 - S : 36,5 – 37,5°C
 - RR : 16 – 24 x/menit
- c) His minimal 3x dalam 10 menit dan berlangsung sedikitnya 35 detik
- d) Kala I pada primigravida <13 jam sedangkan pada multigravida <7 jam

- e) Kala II pada primigravida <2 jam sedangkan pada multigravida <1 jam
- f) Bayi lahir spontan, menngis kuat, gerak aktif
- g) Kala III pada primigravida <30 menit sedangkan multigravida <15 menit
- h) Plasenta lahir spontan, lengkap
- i) Perdarahan <500 cc

Perencanaan menurut Sulistyawati dan Nugraheni (2010: 120-120) adalah sebagai berikut:

- a) Mengenal tanda dan gejala kala II

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

- (1) Melihat dan mendengar tanda persalinan kala II

- (a) Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran
- (b) Ibu merasa adanya tekanan pada anus
- (c) Perineum menonjol
- (d) Vulva dan sfingter ani membuka

- b) Menyiapkan pertolongan persalinan

R/persiapan alat, fisik, dan mental akan membantu koefisien kerja, waktu, sehingga dapat memperlancar proses pertolongan persalinan. Pastikan peralatan lengkap,

bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksanakan komplikasi ibu dan bayi. Untuk asfiksia, siapkan tempat datar dank eras, 2 kain, handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.

(2) Pastikan peralatan lengkap, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksanakan komplikasi ibu dan bayi. Untuk asfiksia, siapkan tempat datar dank eras, 2 kain, handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.

(a) Menggelar kain diatas perut ibu dan tempat resusitasi, serta ganjal bahu bayi

(b) Menyiapkan oksitosin 10 IU dan alat suntik steril sekali pakai dalam partus set

(3) Pakai celemek plastic

R/celemek merupakan penghalang atau barrier antara penolong dengan bahan-bahan yang berpotensi untuk menularkan penyakit (Winkjosastro, 2008: 80).

(4) Melepaskan dan menyiapkan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih dan

mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering

- (5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam

R/penggunaan sarung tangan merupakan tindakan kewaspadaan untuk melindungi dari setiap cairan yang mungkin menular melalui darah (Varney, 2008:117)

- (6) Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang menggunakan sarung tangan DTT dan steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik

- c) Memastikan pembukaan lengkap, keadaan janin baik

R/pembukaan serviks 10 cm akan mencegah terjadinya rupture portio dan keadaan janin baik bisa tertolong dengan prosedur persalinan normal

- (7) Bersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dan depan kebelakang dengan menggunakan

kapas atau kasa yang dibasahi air DTT

- (a) Jika introitus vagina, perineum atau anus (terkontaminasi) tinja, bersihkan dengan seksama dari depan kebelakang.

(b) Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia

(c) Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan secara terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5% langkah 9)

(8) Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar didalam larutan klorin)

(9) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi

(10) Memastikan pembukaan lengkap, keadaan janin baik
R/pembukaan serviks 10 cm akan mencegah terjadinya rupture portio dan keadaan janin yang baik bisa tertolong dengan prosedur persalinan normal

(a) Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap

(b) Bila selaput ketuban belum pecah, lakukan amniotomi

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

(12) Periksa DJJ dalam batas normal (120-160x/menit)

(a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal

(b) Mendekontaminasi hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian

(13) Beritahu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya

R/jika berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya (janin, cairan air ketuban, placenta) menekan vena cava inferior ibu. Berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk mengejan efektif (Winkjosastro, 2008: 87)

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

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

(15) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran

(a) Bimbing ibu untuk meneran dengan benar dan secara efektif

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

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

(d) Anjurkan ibu istirahat dan anjurkan keluarga untuk memberikan makan dan minum di sela-sela kontraksi

(e) Anjurkan keluarga untuk memberikan dukungan dan semangat untuk ibu

(f) Beri cukup asupan cairan peroral (minum)

(g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus mereda

(h) Segera rujuk bila bayi belum atau tidak segera lahir dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran

multigravida atau 60 menit (1 jam) meneran
(primigravida)

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

d) Persiapan pertolongan bayi

R/mempersiapkan tempat maupunkain handuk untuk mengeringkan tubuh bayi, serta memakai perlengkapan yang dipakai untuk menolong

(17) Letakkan handuk bersih diatas perut ibu, jika kepala bayi di vulva dengan diameter 5-6 cm

(18) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 di bagian bawah bokong ibu

(19) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali perlengkapan alat dan bahan

(20) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan

e) Persiapkan pertolongan kelahiran

R/menolong kelahiran kepala bayi dengan tepat mencegah terjadinya robekan perineum

(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 defleksi akan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas dengan cepat.

R/melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya bayi secara bertahap dan hati-hati dapat mengurangi regangan (robekan) pada vagina dan perineum (Winkjosastro, 2008: 89)

(22) Periksa adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal tersebut terjadi dan segera proses kelahiran bayi

(a) Prasat ini digunakan untuk mengecek adanya lilitan tali pusat disekeliling leher bayi dan menilai seberapa ketat tali pusat sebagai dasar untuk memutuskan cara mengatasi situasi tersebut (Varney, 2008:1146)

(b) Jika tali pusat melilit leher segera longgarkan, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi

(c) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat dari kedua tempat dan potong tali pusat diantara dua klem tersebut

(23) Tunggu kepala bayi putar paksi kuat, pegang secara spontan

Lahirnya bahu

(24) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat adanya kontraksi. Dengan lembut gerakan kebawah distal hingga bahu depan muncul dibawah arcus pubis dan gerakan kearah atas distal untuk melahirkan bahu belakang

Lahirnya badan dan tungkai

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

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

g) Penanganan BBL yang benar akan mencegah terjadinya hipotermi dan mengetahui kelainan bayi sedini mungkin

(27) Lakukan penilaian pada bayi baru lahir dengan pernyataan yaitu:

(a) Apakah bayi menangis kuat dan bernafas tanpa kesulitan?

(b) Apakah bayi bergerak dengan aktif?

(c) Apakah kulit bayi berwarna merah?

(28) Keringkan tubuh bayi

Keringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan tubuh bagian lainnya kecuali bagian telapak tangan. Ganti handuk basah dengan handuk kering yang lainnya

(29) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak adanya bayi kedua dalam uterus (hamil tunggal)

(30) Beritahu ibu bahwa akan dilakukan penyuntikan oksitosin agar uterus kontraksi dengan baik

(31) Dalam 1 menit setelah bayi baru lahir, lakukan penyuntikan oksitosin 10 unit IM (intramuscular) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum melakukan penyuntikan oksitosin)

(32) Setelah paska persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat, mendorong tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat kira-kira 3-5 cm distal dari klem pertama

(33) Pemotongan tali pusat

(a) Dengan 1 tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara tali pusat tersebut

(b) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkar kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya

(c) Lepas klem dan tempelkan pada wadah yang telah di sediakan (larutan klorin)

(34) Letakkan bayi agar ada kontal kulit ibu dengan kulit bayi, letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel didada/perut ibu usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting ibu

(35) Selimuti bayi dan ibu dengan kain yang hangat dan pasang topi di kepala bayi

Kala III

a. Penatalaksanaan aktif kala III (Wiknjosastro, 2008: 100-106) penanganan tali pusat untuk melahirkan tali pusat

(36) Pindahkan klem tali pusat hingga jarak 5 cm dari vulva ibu

(37) Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas simfisis, dan tangan lain untuk menengangkan tali pusat

(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 inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir 30-40 detik hentikan penengangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi dan ulangi kembali prosedur diatas

(39) Lakukan penengangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta lepas, meminta ibu untuk meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti proses jalan lahir (tetap dilakukan dorso kranial)

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

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

1. Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM

2. Lakukan kateterisasi (aseptic) jika kandung kemih penuh
3. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
4. Ulangi penengangan tali pusat 15 menit berikutnya
5. Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual

(40) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar hingga selaput ketuban terpilih kemudian lahirkan 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

(41) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massase uterus, letakkan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus

teraba keras. lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik.

Kala IV

Menilai perdarahan

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

(43) Evaluasi kemungkinan laserasi vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan

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

Melakukan prosedur paska salin

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

(45) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit dada ibu paling sedikit 1 jam

(a) Sebagian bayi berhasil melakukan IMD dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama bisa berlangsung 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu pasyudara.

(b) Biarkan bayi berada di dada ibu 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu

(46) Setelah 1 jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotic, profilaksis dan vitamin K₁ 1 mg intramuscular di paha kiri anterolateral

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

(a) Letakkan bayi di dalam pangkuan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan

(b) Letakkan kembali bayi pada dada ibu bila belum berhasil menyusu dalam 1 jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusu

(48) Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam

(a) 2-3 x dalam 15 menit pertama paska persalinan

(b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama paska persalinan

(c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua paska persalinan

(d) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, lakukan asuhan yang sesuai untuk pelaksanaan atonia uteri

(49) Ajarkan ibu dan keluarga cara massase uterus dan menilai kontraksi

R/Informasikan yang optimal akan meningkatkan fungsi mandiri klien dalam mencegah perdarahan postpartum

(50) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah

(51) Memeriksa keadaan ibu dan kandung kemih tiap 15 menit selama 1 jam pertama post partum dan tiap 30 menit kedua post partum

(a) Memeriksa temperature suhu tubuh ibu tiap 1 jam selama 2 jam post partum

(b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal

(52) Periksa kembali bayi untuk memastikan bayi bernafas dengan baik (40-60x/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5⁰C)

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

(54) Buang bahan-bahan terkontaminasi ditempat sampah yang sesuai

(55) Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT.

Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir, dan darah.

Namtu ibu memakai pakaian bersih, dan kering

(56) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memakai

pakaian bersih dan kering

(57) Dekontaminasi tempat bersalin denan larutan klorin

0,5% selama 10 menit

(58) Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin

0,5% selama 10 menit

(59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir

Dekontaminasi

(60) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang),

periksa tanda vital dan kala IV.

Potensial masalah:

e. Masalah dalam kala 1

1) Masalah 1 : ketidaknyamanan menghadap proses persalinan

Tujuan : ibu merasa nyaman terhadap proses persalinannya

Kriteria hasil : nyeri punggung berkurang, ibu merasa tidak cemas, dan ibu merasa tenang

Intervensi menurut Winkjosastro (2008) adalah sebagai berikut:

a) Hadirkan orang yang menurut ibu orang terdekatnya

R/kehadiran orang terdekat dapat memberikan kenyamanan bagi ibu

b) Berikan sentuhan fisik kepada ibu seperti pada tungkai, kepala, dan lengan

R/sentuhan fisik dapat memberikan ketenangan dan ketentraman kepada ibu

c) Berikan usapan pada punggung ibu

R/usapan pada punggung dapat meningkatkan relaksasi

d) Berikan kompres hangat pada punggung ibu

R/kompres hangat dapat meningkatkan sirkulasi pada punggung sehingga dapat memperbaiki anoreksia jaringan yang disebabkan oleh tekanan

f. Masalah kala II

1) Masalah I : infeksi

Tujuan : tidak terjadi infeksi

Kriteria hasil : nadi dalam batas normal (76-100x/menit)

Suhu 36,5-37,5°C

Keadaan umum baik

Cairan ketuban tidak bau

Intervensi menurut Winkjosastro (2008) adalah sebagai berikut:

- a) Baringkan ibu miring ke kiri

R/tidur miring ke kiri dapat memperlancarkan sirkulasi oksigen antara ibu dan janin

- b) Pasang infus menggunakan jarum dengan diameter besar yaitu ukuran 16/18 dan berikan RL atau NS sebanyak 123 ml/jam

R/salah satu tanda infeksi yaitu adanya peningkatan suhu tubuh, suhu tubuh tersebut dapat menyebabkan dehidrasi

- c) Berikan terapi obat amphisilin 2 g atau amoxicilin 2 g per oral

R/antibiotic mengandung senyawa aktif yang dapat membunuh bakteri dengan cara mengganggu sintesis protein pada bakteri penyebab penyakit

- d) Segera rujuk ke fasilitas kesehatan yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawatdarudaran obstetric

R/infeksi yang tidak segera di tangani dapat berkembang ke arah syok yang dapat menyebabkan terjadinya kegawatdaruratan pada ibu dan janin

2) Masalah II : kram pada tungkai

Tujuan : tidak terjadi kram pada tungkai

Kriteria hasil : sirkulasi darah

Intervensi menurut Varney dkk (2007: 722) adalah sebagai berikut:

a) Luruskan tungkai ibu

R/meluruskan tungkai dapat memperlancar peredaran darah ke ekstermitas bawah

b) Atur posisi ibu dorsofleksi

R/relaksasi yang dilakukan ibu secara bergantian dengan dorsofleksi kaki dapat mempercepat peredaan nyeri pada tungkai ibu

c) Jangan pernah lakukan pemijatan pada tungkai

R/tungkai pada wanita tidak boleh dipijat karena ada resiko trombi tanpa sengaja di lepas

3) Masalah III : dehidrasi

Tujuan : tidak terjadi dehidrasi

Kriteria hasil : nadi 76 – 100x/menit, urine jernih, produksi urine 30 cc/jam

Intervensi menurut Winkjosastro (2008) adalah sebagai berikut:

a) Anjurkan ibu untuk minum

R/ibu yang menghadapi proses persalinan akan menghasilkan panas sehingga memerlukan kecukupan cairan

b) Jika dalam 1 jam dehidrasi tidak teratasi maka segera pasang infus

R/pemberian cairan intravena akan lebih cepat diserap oleh tubuh

c) Segera rujuk ke fasilitas kesehatan yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawatdarudatan obstetric dan bayi baru lahir

R/rujukan dini pada ibu dengan dehidrasi dapat meminimalkan resiko terjadinya dehidrasi

4) Masalah IV : bayi baru lahir cukup bulan, sesuai dengan masa kehamilan, dan keadaan umum baik

Tujuan : masa transisi dapat terlewati dengan baik

Kriteria hasil : bayi menangis kuat dan bergerak aktif

Intervensi menurut KepMenKes Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standart Asuhan Kebidanan adalah sebagai berikut:

a) Observasi tangisan bayi dan tanda-tanda vital

R/tanda-tanda vital bayi dapat menentukan keadaan bayi

b) Jaga suhu tubuh bayi agar tetap hangat

R/hipotermi sangat mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada pada ruangan yang hangat

c) Bounding attachment dan lakukan IMD

R/baounding attachment dapat membantu ibu mengatasi stress sedangkan IMD dapat meningkatkan jalinan kasih sayang antara ibu dengan bayi

d) Berikan vitamin K1 secara IM sebanyak 0,5 mg

R/K1 dapat mencegah perdarahan intracranial

e) Berikan salep mata pada bayi baru lahir

R/salep mata berfungsi sebagai profilaksis

g. Masalah kala III

- 1) Masalah I : terjadinya avultasi tali pusat

Tujuan : tidak terjadi avultasi tali pusat dan plasenta lahir lengkap

Kriteria hasil : tali pusat lahir lengkap/utuh

Intervensi menurut Winkjosastro (2008: 119) adalah sebagai berikut:

a) Palpasi uterus ibu untuk melihat kontraksi dan minta ibu untuk menran pada setiap ada kontraksi

b) Sewaktu plasenta terlepas maka lakukan pemeriksaan dalam dengan hati-hati. Jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan dorso kramial pada uterus

c) Jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit maka segera tangani sebagai retensio plasenta

2) Masalah II : terjadi retensio plasenta

Tujuan : plasenta dapat dilahirkan dengan lengkap

Kriteria hasil : tidak ada sisa plasenta yang tertinggal dalam dinding uterus

Intervensi menurut Winkjosastro (2008: 114) adalah sebagai berikut:

a) Plasenta masih di dalam uterus selama 30 menit dan terjadi perdarahan yang sangat banyak maka segera

pasang infus menggunakan jarum yang bedar dengan ukuran 16/18 dan berikan cairan RL atau NS dan 20 IU oksitosin

b) Dampingi ibu ketempat rujukan

c) Tawarkan bantuan ke fasilitas kesehatan walaupun ibu telah dirujuka dan mendapatkan pertolongan ke fasilitas kesehatan

h. Masalah kala IV

1) Masalah I : terjadinya atonia uteri

Tujuan : atonia uteri teratasi

Kriteria hasil : kontraksi uterus baik, keras dan bundar, dan perdarahan kurang dari 500 cc

Intervensi menurut Winkjosastro (2008: 107-113) adalah sebagai berikut:

a) Segera lakukan Kompresi Bimanual Interna selama 5 menit setelah itu lakukan evaluasi apakah kontraksi uterus sudah baik dan apakah perdarahan sudah berkurang

b) Jika kompresi uterus tidak berkontraksi dengan baik dan perdarahan terus keluar maka anjurkan keluarga untuk melakukan Kompresi Bimanual Eksterna dan berikan suntikan 0,2 mg ergometrin secara IM atau

misoprostol 600-1000 mg per rektal dan gunakan jarum yang besar dengan ukuran 16 atau 18, pasang infus RL sebanyak 500 cc yang mengandung 20 IU oksitosin

c) Jika uterus belum berkontraksi dengan baik dan perdarahan masih keluar maka ulangi Kompresi Bimanual Interna

d) Jika uterus tidak berkontraksi selama 1-2 menit maka segera rujuk ibu ke fasilitas kesehatan

e) Dampingi ibu sampai dengan tempat rujukan dan lanjutkan Kompresi Bimanual Interna sampai ke tempat rujukan

2) Masalah II : terjadi robekan pada vagina, perineum, dan serviks

Tujuan : masalah robekan pada vagina, perineum, dan serviks dapat teratasi

Kriteria hasil : vagina, perineum, dan serviks dijahit dengan baik dan perdarahan <500 cc

Intervensi menurut Wiknjastro (2008: 115) adalah sebagai berikut:

a) Lakukan pemeriksaan dengan hati-hati untuk memastikan terjadinya laserasi yang timbul

- b) Jika terjadi laserasi pada derajat satu akan menimbulkan perdarahan dan laserasi pada derajat dua maka lakukan penjahitan
- c) Jika laserasi pada derajat tiga atau empat segera rujuk ke fasilitas kesehatan
- d) Dampingi ibu sampai dengan tempat rujukan

5. Penatalaksanaan

Bidan melakukan asuhan rencana kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri dan rujukan.

6. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/MenKes/SK/VIII/2007 tentang Standart Asuhan Kebidanan yaitu bidan melaksanakan evaluasi secara berkesinambungan dan sistematis untuk melihat keefektifan dari asuhan yang telah diberikan sesuai dengan perubahan dan perkembangan kondisi pasien. Dengan kriteria hasil adalah sebagai berikut:

- a. Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai dengan keadaan pasien

- b. Hasil evaluasi segera didokumentasikan sesuai dengan keadaan pasien atau keluarga
- c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar asuhan kebidanan
- d. Hasil evaluasi ditindaklanjuti sesuai dengan keadaan pasien

7. Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/MenKes/SK/VIII/2007 hasil evaluasi segera di catat dan dikomunikasikan dengan klien atau keluarga. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien. Evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP:

S : adalah subyektif, mencatat hasil anamnesa

O : adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : adalah hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan

P : adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatlaksanaan, yang dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan segera komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan.

2.2.3 Konsep Dasar Asuhan kebidanan pada Masa Nifas

1. Data subyektif

a. Biodata yang mencakup identitas pasien

1) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan (Ambarwati, 2010: 135).

2) Umur

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, 2010: 135).

3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Ambarwati, 2010: 136).

4) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauhmana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Ambarwati, 2010: 136).

5) Suku/bangsa

Berpengaruh pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari (Ambarwati, 2010: 136).

6) Pekerjaan

Gunanya untuk mengetahui dan mengukur tingkat social ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut (Ambarwati, 2010: 137).

7) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Ambarwati, 2010: 137).

b. Keluhan utama

Masalah yang dihadapi dalam masa nifas menurut Varney, Kriebs, dan Gegor (2008: 974-977) adalah sebagai berikut:

1) Keringat berlebih

Wanita paska partum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh mengeluarkan kelebihan

cairan intersusial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraseluler selama masa kehamilan

2) Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan oleh kombinasi, akumulasi, dan statis air susu beserta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi tersebut mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena statis limfatik dan vena. Hal ini terjadi pada saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ke-3 paska partum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui, dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam.

3) Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat episiotomy atau laserasi dan jahitan laserasi atau episiotomy tersebut.

4) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan atau robekan perineum dan jahitan episiotomy dengan derajat satu atau dua.

5) Hemorrhoid

Jika seorang wanita mengalami hemoroid mereka merasakan nyeri selama beberapa hari, jika terjadi sewaktu kehamilan hemoroid menjadi traumatis dan menjadi odema selama wanita mendorong bayi pada kala II persalinan karena tekanan bayi dan distensi sewaktu melahirkan.

c. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan yang lalu

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit:

a) Jantung

Pengaruh penyakit jantung dalam masa paska persalinan/nifas menurut adalah setelah bayi lahir penderita tiba-tiba jatuh kolaps yang disebabkan darah tiba-tiba membanjiri tubuh ibu sehingga kerja jantung sangat bertambah, perdarahan merupakan komplikasi yang sangat berbahaya, sewaktu lakatasi kekuatan jantung diperlukan untuk membentuk ASI, mudah terjadi infeksi post partum yang memerlukan kerja tambahan jantung (Manuaba, 2012:337).

b) Penyakit Asma

Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam Rahim melalui gangguan pertukaran O₂ dan CO₂ (Manuaba,2010: 336).

c) TBC

Ibu dengan tuberculosis aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena menularkan pada bayi (Manuaba,2010: 336).

d) Anemia

Pada kehamilan yang tidak ditangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan terjadinya sub involusi uteri, menimbulkan perdarahan post partum, memudahkan infeksi purperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekompensasi kordis mendadak setelah persalinan, anemia kala nifas, dan mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba,2010: 240: 150).

2) Riwayat kesehatan sekarang

Data-data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada

saat ini yang ada hubungannya dengan masa nifas dan bayinya (Ambarwati,2010: 151).

3) Riwayat kesehatan keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, yaitu apabila ada penyakit keluarga yang menyertainya (Ambarwati, 2010: 151).

4) Riwayat perkawinan

Yang perlu dikaji adalah berapa kali menikah, status menikah sah atau tidak, karena bila melahirkan tanpa status yang sah akan berkaitan dengan psikologisnya sehingga akan memengaruhi proses nifas (Ambarwati, 2010: 151).

5) Riwayat obstetric

a) Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang

lalu

Berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu (Ambarwati, 2010: 133-134).

b) Riwayat persalinan sekarang

Tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi meliputi PB, BB, penolong persalinan. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan atau tidak yang bisa berpengaruh pada masa nifas saat ini (Ambarwati, 2010: 134).

6) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah pasien pernah ikit KB dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi serta rencana KB setelah masa nifas ini dan beralih ke kontrasepsi apa (Ambarwati, 2010: 160).

7) Kehidupan social budaya

Untuk mengetahui pasien dan keluarga yang menganut adat istiadat yang akan menguntungkan atau merugikan pasien khususnya pada masa nifas misalnya pada kebiasaan pantang makan (Ambarwati, 2010: 160).

8) Data psikososial

Menurut Ambarwati (2010, 79) untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap bayinya. Wanita banyak mengalami perubahan emosi/psikologis selama masa nifas sementara ia menyesuaikan diri menjadi seorang ibu. Cukup sering ibu menunjukkan depresi ringan beberapa hari setelah kelahiran.

Depresi tersebut sering disebut sebagai postpartum blues. Postpartum blues sebagian besar merupakan perwujudan fenomena psikologis yang dialami oleh wanita yang terpisah dari keluarga dan bayinya. Hal ini sering terjadi diakibatkan oleh sejumlah factor.

Penyebab yang paling menonjol adalah:

- a) Kekesewenangan emosional yang mengikuti rasa puas dan takut yang dialami kebanyakan wanita selama kehamilan dan persalinan
- b) Rasa sakit masa nifas awal
- c) Kelelahan karena kurang tidur selama persalinan dan postpartum
- d) Kecemasan pada kemampuannya untuk merawat bayinya setelah meninggalkan rumah sakit

- e) Rasa takut menjadi tidak menarik lagi bagi suaminya

Menjelaskan pengakjian psikologis:

- a) Respon keluarga terhadap ibu dan bayinya
- b) Respon ibu terhadap bayinya
- c) Respon ibu terhadap dirinya

9) Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari

a) Nutrisi

Makanan dengan diet seimbang, cukup karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral, mengkonsumsi tablet besi 1 tablet tiap hari selama 40 hari, mengkonsumsi vitamin A 200.000 IU, pemberian vitamin A dalam pemberian bentuk suplementasi dapat meningkatkan kualitas ASI, meningkatkan daya tahan tubuh dan meningkatkan kelangsungan hidup anak (Suherni dkk, 2009: 101).

b) Eliminasi

Menggambarkan pola fungsi sekresi yaitu kebiasaan buang air besar meliputi frekuensi, jumlah, konsistensi dan bau serta kebiasaan buang

air kecil meliputi frekuensi, warna, jumlah
(Ambarwati, 2010: 160).

c) Istirahat

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur dibutuhkan sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari (Kumalasari, 2015:163).

d) Personal hygiene

Personal hygiene dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan bayinya. Hal yang dapat dilakukan yaitu dengan mandi teratur minimal 2 kali sehari, mengganti pakaian dan alas tempat tidur, menjaga lingkungan sekitar tetap bersih, mengganti pembalut minimal 2 kali sehari, melakukan perawatan perineum, dan mencuci tangan setelah membersihkan daerah genitalia (Heryani, 2010: 62).

e) Aktivitas

Menggambarkan pola aktivitas pasien sehari-hari. Pada pola ini perlu dikaji pengaruh aktivitas terhadap kesehatannya. Mobilisasi sedini mungkin dapat mempercepat proses

pengembangan alat-alat reproduksi. Apakah ibu melakukan ambulasi, seberapa sering, apakah kesulitan, dengan bantuan atau sendiri, apakah ibu pusing ketika melakukan ambulasi (Ambarwati, 2010: 147).

f) Seksual

Pola seksual aman setelah darah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jari kedalam vagina tanpa rasa nyeri (Suherni dkk, 2009: 115).

2. Data obyektif

Dalam menghadapi masa nifas dari seorang klien, seorang bidan harus mengumpulkan data untuk memastikan bahwa keadaan klien dalam keadaan stabil. Yang termasuk dalam komponen-komponen pengkajian data obyektif ini adalah:

a. Pemeriksaan umum

1) Keadaan umum

Ditunjukkan untuk mengetahui keadaan ibu berkaitan dengan kondisi yang dialaminya (Ambarwati, 2010).

2) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang klien, dapat dilakukan dengan pengkajian derajat kesadaran dari

keadaan kesadaran maksimal (*composmentis*) sampai dengan klien tidak dalam keadaan sadar (*coma*) (Sulistyawati, 2010).

3) Vital sign

Ditujukan untuk mengetahui keadaan ibu berkaitan dengan kondisi yang dialaminya.

a) Temperature/suhu

Peningkatan suhu badan mencapai pada 24 jam pertama masa nifas pada umumnya disebabkan oleh dehidrasi, yang disebabkan oleh keluarnya cairan pada waktu melahirkan, selain itu bisa juga disebabkan karena istirahat dan tidur yang diperpanjang selama awal persalinan. Tetapi pada umumnya setelah 12 jam postpartum suhu tubuh kembali normal. Kenaikan suhu yang mencapai $>38^{\circ}\text{C}$ adalah mengarah ke tanda-tanda infeksi (Ambarwati, 2010: 180).

b) Nadi dan pernafasan

Nadi berkisar antara 60-80x/menit. Denyut nadi diatas 100x/menit pada masa nifas adalah mengindikasikan adanya suatu infeksi, hal ini salah satunya bisa diakibatkan oleh proses

persalinan sulit atau karena kehilangan darah yang berlebihan.

(1) Jika takikardi tidak disertai panas kemungkinan disebabkan karena adanya

vitium kordis.

(2) Beberapa ibu postpartum kadang-kadang mengalami bradikardi puerperal, yang denyut nadinya mencapai serendah-rendahnya 40-50x/menit, beberapa alasan telah diberikan sebagai penyebab yang mungkin, tetapi belum ada penelitian yang membuktikan bahwa hal ini adalah suatu kelainan.

(3) Pernafasan harus berada dalam rentang yang normal, yaitu sekitar 20-3-x/menit (Ambarwati, 2010: 188)

c) Tekanan darah

Tekanan darah normal manusia adalah sistolik antara 90-120 mmHg dan diastolic antara 60-80 mmHg (Heryani, 2010:43).

b. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dari ujung rambut sampai ujung kaki.

1) Kepala

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah di cabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Alimul, 2008: 25).

2) Muka

Tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, tidak sembab. Bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Ambarwati, 2010:25).

3) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sclera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Tidak ada gangguan dalam penglihatan (Sulistyawati, 2009: 154).

4) Mulut

Dalam kehamilan sering muncul stomatitis atau gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah, maka perlu perawatan mulut agar selalu bersih (Ambarwati, 2010: 26).

5) Gigi

Adanya karies atau keropos yang menandakan ibu kekurangan kalsium (Ambarwati, 2010: 26).

6) Leher

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

7) Puting susu

Simetris atau tidak, konsistensi ada pembengkakan/tidak, puting susu menonjol/tidak, lecet/tidak (Ambarwati, 2010: 32).

8) Abdomen

Pada abdomen kita harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan ukuran kandung kemih (Saifuddin, 2014:124).

9) Genitalia

a) Lochea

Merah hitam (lochea rubra), bau biasa, tidak ada bekuan darah atau butir-butir darah beku (ukuran jeruk kecil), dan jumlah perdarahan yang ringan atau sedikit (hanya perlu mengganti pembalut setiap 3-5 jam) (Ambarwati, 2010: 183).

Jika terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk dinamakan lokia purulenta sedangkan lokia yang tidak lancar keluaranya dinamakan lokiastatis (Ambarwati, 2010: 183).

b) Perineum

Odema, hematoma, bekas luka episiotomi/rpbekan, hecting (Ambarwati, 2010: 183).

10) Anus

Hemoroid/tidak

11) Ekstermitas

Flagmasia alba dolens yang merupakan salah satu bentuk infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai berwarna putih terasa sangat nyeri, tampak bendungan pembuluh darah, suhu tubuh meningkat (Manuaba, 2012: 418).

c. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan Heoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat *sahli*. Hasil pemeriksaan Hb dengan *sahli* dapat digolongkan sebagai berikut: tidak anemia jika Hb 11 gr%, anemia ringan jika

Hb 9-10 gr%, anemia sedang jika Hb 7-8 gr%, dan anemia berat jika Hb <7 gr% (Manuaba, 2012: 239).

3. Analisa data

Analisa data adalah melakukan interpretasi data yang telah dikumpulkan mencakup: diagnosis/masalah kebidanan (Muslihatun, 2009:91).

Diagnose kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang Standart Asuhan Kebidanan yaitu bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnose dan masalah kebidanan yang tepat dengan kriteria adalah sebagai berikut:

- a. Diagnose sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- b. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi pasien
- c. Dapat diselesaikan sendiri dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan

Langkah-langkah merumuskan diagnose kebidanan yang berlaku adalah sebagai berikut:

Diagnosa P...A...hari...postpartum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak baik (Sulistyawati, 2009:156). PAPIAH, postpartum hari ke..., laktasi lancar, lochea normal, involusi

normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik dengan masalah kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, after pain, dan pembengkakan payudara (Varney, et al, 2007: 974).

4. Perencanaan

Menurut Keputusan Menteri RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standart Asuhan Kebidanan, bidan merencanakan Asuhan Kebidanan berdasarkan diagnose dan masalah yang ditegakkan dengan kriteria sebagai berikut:

- a. Rencana asuhan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, dan asuhan secara komprehensif.
- b. Melibatkan klien dan keluarga
- c. Mempertimbangkan kondisi psikologis, social budaya klien/keluarga
- d. Memilih tindakan yang aman sesuai dengan kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *avidance based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.

Diagnose : PAPIAH, postpartum hari ke..., laktasi lancar, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik,

keadaan ibu baik dengan masalah kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, after pain, dan pembengkakan payudara (Varney, et al, 2007: 974).

a. Tujuan : masa nifas berjalan dengan normal tanpa adanya komplikasi bagi ibu dan bayi

b. Kriteria hasil :

1) Keadaan umum: kesadaran composmentis

2) Kontraksi uterus baik (bulat dan keras)

3) Tanda-tanda vital:

T : 110/70-130/90 mmHg

N : 60-80x/menit

S : 36,5-37,5°C

R : 16-24x/menit

4) Laktasi normal

Kolostrum yaitu cairan pertama kali yang diproduksi oleh kelenjar payudara ibu yang baru melahirkan dan dihasilkan dalam waktu 24 jam pertama setelah melahirkan berwarna kuning atau jernih yaitu bahan yang sangat kaya akan anti infeksi. ASI matang akan dikeluarkan kira-kira hari ke 14 (Suherni, 2009).

5) Involusi uterus normal

Tabel 2.14
Involusi uterus

involusi uterus	TFU	berat uterus	diameter uterus	palpasi serviks
plasenta lahir	setinggi pusat	1000 g	12,5 cm	lunak
7 hari	pertengahan pusat dan simfisis	500 g	7,5 cm	2 cm
14 lahir	tidak teraba	350 g	5 cm	1 cm
6 minggu	Normal	60 g	2,5 cm	menyempit

Sumber: Ambarwati, 2010: 76

6) Lochea normal

Lochea rubra keluar pada hari ke 1 sampai dengan hari ke 3 berwarna merah kehitaman. Lochea sanguelenta keluar pada hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 berwarna putih bercampur merah. Lochea serosa keluar pada hari ke 7 sampai dengan hari ke 14 berwarna kekuningan. Lochea alba keluar setelah hari ke 14 berwarna putih (Manuabdkk, 2010: 201).

a) Keadaan umum baik

TD : 100/60-130/80 mmHg

N : 60-100x/menit

S : 36,5-37,5°C

RR : 16-24x/menit

c. Intervensinya menurut Mochtar (2012: 122) adalah sebagai berikut:

1) Lakukan pemeriksaan KU, TTV, laktasi, involusi uterus, dan lochea

R/menilai kondisi ibu dan untuk menilai dan mencegah serta menangani masalah yang etrjadi pada ibu

2) Anjurkan kepada ibu untuk menyusui bayinya

R/menyusui sedini mungkin dapat mencegah terjadinya paparan terhadap substansi dari makan atau minum yang dapat mengganggu fungsi sistem pencernaan (Saifuddin, 2009: 377)

3) Jelaskan pada ibu tentang senam setelah persalinan (senam nifas)

R/latihan yang tepat untuk memulihkan keadaan tubuh ibu menjadi indah dan langsing seperti semula

4) Beri konseling kepada ibu tentang KB paska persalinan R/untuk menjarangkan anak

5) Anjurkan kepada ibu untuk mengimunitasikan bayinya

R/dapat mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunitasi yang diberikan (Marmi, 2012: 395).

Potensial Masalah:

a. Masalah 1 : nyeri pada luka jahitan perineum

Tujuan : rasa nyeri teratasi

Kriteria hasil : rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu terganggu

Intervensi menurut Purwanti (2012:89) adalah sebagai berikut:

1) Observasi luka jahitan perineum

R/melihat jahitan perineum dan mengetahui adanya infeksi

2) Anjurkan pada ibu untuk mandi menggunakan air hangat

R/mengurangi rasa nyeri pada ibu

3) Beritahu ibu tentang perawatan perineum

R/mengurangi terjadinya infeksi

4) Beri analgesik oral (Paracetamol 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu)

R/Meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang.

b. Masalah 2 : bendungan ASI

Tujuan : bendungan ASI teratasi

Kriteria hasil : payudara tidak bengkak, kulit payudara tidak mengkilat dan tidak merah, payudara tidak nyeri, tidak terasa penuh dan keras

Intervensi menurut Manuaba (2010: 420) adalah sebagai berikut:

1) Anjurkan ibu untuk mengosongkan ASI dengan masase dan pompa

R/mengurangi pembengkakan pada payudara

2) Berikan terapi estradisol dan simtomatis

R/terapi estradisol dapat menghentikan produksi ASI dan simtomatis dapat mengurangi keluhan yang dirasakan ibu

c. Masalah 3 : gangguan eliminasi

Tujuan : masalah eliminasi teratasi

Kriteria hasil : ibu dapat BAK dan BAB dengan lancar

Intervensi menurut Sulistyawati (2009:101) adalah sebagai berikut:

1) Berikan penjelasan kepada ibu tentang pentingnya BAK dan BAB sedini mungkin setelah melahirkan

R/menghilangkan rasa takut untuk melakukan BAK dan

BAB

- 2) Anjurkan pada ibu untuk mengkonsumsi banyak air putih dan makan sayur dan buah

R/membantu memperlancar eliminasi

d. Masalah 4 : subinvolusi uterus

Tujuan : subinvolusi uterus teratasi

Kriteria hasil : involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi dengan baik, TFU dibawah umbilicus

Intervensi menurut Sumiyati, dkk (2013: 50) adalah sebagai berikut:

- 1) Beritahu ibu hasil pemeriksaan

R/dapat mengurangi kecemasan ibu

- 2) Anjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan istirahat

R/memberikan kenyamanan pada ibu dan mempercepat involusi uterus

- 3) Anjurkan pada ibu untuk meberikan ASI eksklusif

R/kebutuhan nutrisi bayi terpenuhi

- 4) Ajarkan pada ibu tentang perawatan payudara

R/dapat mempercepat pengeluaran ASI

- 5) Ajarkan pada ibu untuk melakukan senam nifas

R/mempercepat proses involusi uterus dan pemulihan alat kandungan

- 6) Beri terapi injeksi oksitosin 1 ampul dan metil ergometrin 0,2 mg

R/membantu mempercepat involusi uterus

e. Masalah 5 : kram perut

Tujuan : kram perut teratasi

Kriteria hasil : rasa nyeri berkurang dan aktivitas ibu tidak terganggu

Intervensi menurut Bahiyatun (2009: 123-124) adalah sebagai berikut:

- 1) Anjurkan pada ibu untuk mengosongkan kandung kemih secara rutin

R/kandung kemih yang penuh dapat menyebabkan kontraksi uterus tidak optimal dan berdampak pada kram perut

- 2) Anjurkan pada ibu untuk tidur dengan tengkurap dan bantal di bawah perut ibu

R/Menghilangkan rasa nyeri dan menjaga kontraksi tetap baik

- 3) Berikan analgesic seperti paracetamol, asam mefenamat, atau asetaminofen

R/dapat mengurangi rasa nyeri yang di rasakan ibu

5. Implementasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melaksanakan 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 dan rujukan.

Dengan kriteria adalah sebagai berikut:

- b. Memperhatikan keunikan pasien sebagai makhluk bio-
psiko-sosial-spiritual-kultural
- c. Tindakan asuhan kebidanan harus mendapatkan
persetujuan dari pasien atau keluarga
- d. Melaksanakan suatu tindakan asuhan kebidanan
berdasarkan dengan *evidence based*
- e. Melibatkan pasien dan keluarga
- f. Menjaga privasi klien
- g. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi dengan benar
- h. Mengikuti perkembangan kondisi pasien secara
berkesinambungan
- i. Menggunakan sumber data, sarana, dan fasilitas yang ada
- j. Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan standart

k. Melakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan

5. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/MenKes/SK/VIII/2007 tentang Standart Asuhan Kebidanan yaitu bidan melaksanakan evaluasi secara berkesinambungan dan sistematis untuk melihat keefektifan dari asuhan yang telah diberikan sesuai dengan perubahan dan perkembangan kondisi pasien. Dengan kriteria hasil adalah sebagai berikut:

- a. Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai dengan keadaan pasien
- b. Hasil evaluasi segera didokumentasikan sesuai dengan keadaan pasien atau keluarga
- c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar asuhan kebidanan
- d. Hasil evaluasi ditindaklanjuti sesuai dengan keadaan pasien

6. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI (2007) hasil evaluasi segera di catat dan dikomunikasikan dengan klien atau keluarga. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien. Evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP:

- S : adalah subyektif, mencatat hasil anamnesa
- O : adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan
- A : adalah hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan
- P : adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan, yang dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan segera komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan.

2.2.4 Konsep Dasar Asuhan kebidanan pada Bayi Baru Lahir

1. Data Subyektif

a. Identitas bayi dan orang tua

Identitas sangat penting dikaji karena untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh di lepas sampai dengan penyerahan bayi ke orang tua bayi (Manuaba, 2012:205).

b. Keluhan utama

Untuk mengetahui alasan klien dan apa yang dirasakan klien pada waktu pemeriksaan (Romauli, 2011: 96).

Keluhan utama pada bayi baru lahir yaitu bayi gelisah, tidak ada keinginan untuk menghisap ASI, bayi merasa

lapar, dan tidak sabar untuk menghisap puting susu (Manuaba, 2010: 77).

c. Riwayat antenatal

Bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu kelahiran. Jumlah kunjungan pranatal dicatat bersamaan dengan masalah pranatal yang ada. Semua hasil laboratorium dan pengujian pranatal termasuk laporan ultrasonografi, harus ditinjau. Kondisi pranatal dan kondisi intrapartum yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan bayi baru lahir (Varney, dkk 2007:916).

d. Riwayat natal

Usia kehamilan aterm yaitu usia 34-40 minggu. Kala I berlangsung selama 12 jam pada primigravida dan pada multigravida berlangsung selama 8 jam (Manuaba, 2010: 37). Kala II pada primigravida berlangsung selama 2 jam sedangkan pada multigravida berlangsung selama 1 jam (Mochtar, 2012: 72). Bayi lahir aterm dengan berat 2500-4000 gram, bayi lahir cukup bulan, lahir langsung menangis, gerakan aktif, dan tidak ada kelainan bawaan dengan usia kehamilan 37-42 minggu mendapat nilai APGAR yaitu 8-10 (Manuaba, 2012: 349). Setelah bayi lahir dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) kontak

langung kulit bayi dengan kulit ibu selama 1 jam (Winkjosastro, 2008: 126).

e. Riwayat post natal

Meninjau kecacatan kelahiran bayi tentang tanda-tanda vital, pola menyusui, berkemih, defekasi, tidur, dan menangis. Perilaku mengawatirkan pada bayi yaitu jika bayi gelisah, latergis atau tidak sadar, bayi tidak dapat menyusu, dan tangisan yang abnormal (Varney, dkk, 2007: 917).

f. Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

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

Kebutuhan dasar cairan dan kalori pada bayi baru dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 2.15
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	170 ml	100 kal
Hari ke->10	150-200 ml	>120 kal

Sumber : Saifuddin, 2009: 380.

b) Eliminasi

1) Buang Air Besar (BAB)

Bayi jika pencernaannya normal akan melakukan BAB pada 24 jam pertama dan dalam 4 hari. BAB pertama ini disebut meconium dan mekonium berwarna hijau kehitaman dan lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir, dan sel epitel (Marmi, 2012:77).

2) Buang Air Kecil (BAK)

BAK bayi normalnya mengalami berkemih 7 sampai 10 kali per hari. Untuk menjaga bayi tetap bersih, hangat dan kering lakukan setelah BAK

harus diganti popoknya. Biasanya terdapat urine dalam jumlah yang kecil pada kandung kemih bayi waktu lahir, tetapi ada kemungkinan urine tidak dikeluarkan selama 12-24 jam (Marmi, 2012:77).

3) Istirahat dan tidur

Bayi baru lahir tidur selama 16-18 jam sehari dengan bayi tidak bisa tidur selama 45 menit sampai dengan 2 jam. Bayi menangis sedikitnya selama 5 menit perhari sampai dengan 2 jam per hari (Walsh, 2007: 378).

4) Personal hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai dengan sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran dan setelah suhu tubuh bayi stabil. Mandi selanjutnya dilakukan 2-3 kali seminggu. Mandi dengan menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mengering. Pemakaian popok harus dilipat agar putung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urine dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah (Walsh, 2007:377-378). Perawatan tali pusat ialah menjaga agar tali pusat tetap kering dan basah. Cuci tangan

dengan sabun sebelum melakukan perawatan tali pusat (Saifuddin, 2009:370).

5) Aktifitas

Bayi normal melakukan gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada saat menangis adalah hal normal, tetapi jika hal ini terjadi pada saat tidur, kemungkinan gejala kelainan yang harus dilakukan pemeriksaan lebih lanjut (Saifuddin, 2009:137).

6) Psikososial

Kontak kulit dengan kulit dapat membuat bayi lebih tenang sehingga bayi baru lahir mendapatkan pola tidur yang lebih baik (Saifuddin, 2011:369).

2. Data Obyektif

a. Keadaan umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-merahan, gerakan aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu $36,5^{\circ}\text{C}$ - 37°C (Wiknjosatro, 2008:256).

b. Tanda-tanda vital

1) Nadi

Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180 kali/menit yang selanjutnya turun sampai dengan

120 kali/menit-160 kali/menit pada saat bayi berusia 30 menit (Varney, 2008: 880).

2) Suhu

Suhu tubuh bayi baru lahir dapat dikaji dengan mengukur suhu rektal dan aksila menggunakan termometer dalam rentang antara $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$ dan suhu kulit abdomen dalam rentang antara $36-36,5^{\circ}\text{C}$ (Verney, dkk, 2008:882).

3) Pernafasan

Pada pernafasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suaran pada waktu inspirasi dan ekspirasi. Gerak pernafasan 30 sampai 50 kali per menit. Pola pernafasan bervariasi sesuai awitan pernafasan. Pernafasan berfluktuasi dan tidak stabil selama periode waktu tertentu. Pernafasan pada bayi baru lahir dapat terdengar rebut selama periode transisi. Frekuensi rata-rata 40 kali per menit. Rentang 30 sampai dengan 40 kali per menit. Pernafasan merupakan diafragma abdomen (Saifuddin, 2014: 138).

c. Antropometri

1) Panjang badan

Panjang badan bayi baru lahir paling akurat dikaji jika kepala bayi baru lahir tertentang rata terhadap permukaan yang keras. Kedua tungkai diluruskan dan kertas dimeja pemeriksaan diberi tanda. Setelah bayi baru lahir dipindahkan, badan kemudian dapat mengukur panjang bayi dalam satuan sentimeter. Panjang badan bayi baru lahir normalnya yaitu 48-52 cm (Marmi, 2014).

2) Berat badan

Berat badan sebaiknya tiap hari dipantau. Penurunan berat badan lebih dari 5 % dari badan lahir, menunjukkan kekurangan cairan. Berat badan bayi baru lahir rata-rata yaitu 2500-4000 gram (Marmi, 2014: 256).

Tabel 2.16
Penurunan berat badan sesuai umur

umur	penurunan atau kenaikan BB yang dapat diterima bulan pertama
1 minggu	turun sampai 10%
2-4 minggu	naik setidaknya-tidaknya 160 gram perminggu (setidaknya 15 gram sehari)
1 bulan	naik setidaknya-tidaknya 300 gram dalam bulan pertama
	bila penimbangan dilakukan setiap hari dengan alat
minggu pertama	tidak ada penurunan berat badan atau kurang dari 10%
setelah minggu pertama	setiap hari terjadi kenaikan pada bayi kecil setidaknya-tidaknya 20 gram

Sumber: Wiknjosastro, 2008

3) Ukuran kepala

Ukuran kepala menurut Manuaba (2010) adalah sebagai berikut:

- (a) Diameter suboksipito-bregmatika : 9,5-10 cm
- (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-bregmatika: 33-34 cm

(h) Sirkumferensi submento-bregmatika : 32-33 cm

(i) Sirkumferensia oksipito-frontalis : 33-35 cm

(j) Sirkumferensia mento-oksipito : 34-35,5

cm

4) Lingkar dada : 33-38 cm

5) Lingkar lengan : 11-12 cm

d. Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Kedua fontanel dapat diraba dengan mudah, tidak menonjol dan tidak meregang. Adanya *caput suksedaneum* sebagai temuan umum adanya *sefalihematoma* (Walsh, 2012: 369). Raba sepanjang garis sutura dan fontanel untuk mengetahui ukuran dan tampilannya normal. Sutura yang berjarak lebar mengindikasikan bayi preterm, moulding yang buruk atau hidrosefalus. Periksa adanya trauma kelahiran misalnya *caput suksedaneum* (ciri-cirinya, pada perabaan teraba benjolan lunak, berbatas tidak tegas, tidak berfluktuasi tetapi bersifat edema tekan). *Sefal hematoma* (ciri-cirinya pada perabaan teraba adanya fluktuasi karena merupakan timbunan darah, biasanya tampak di daerah tulang parietal sifatnya

perlahan-lahan tumbuh benjolan biasanya baru tampak jelas setelah bayi lahir dan membesar sampai hari kedua dan ketiga), perdarahan sub aponeurotik atau fraktur tulang tengkorak. Perhatikan adanya kelainan seperti *anensefali*, *mikrosefali*, *kraniotabes* (Marmi, 2012: 56).

Rambut bayi lembut dan halus beberapa bayi umumnya tidak memiliki rambut, sedangkan sebagian bayi lainnya memiliki rambut yang lebat (Fraser dan Cooper, 2009: 709). Ubun-ubun belakang menutup pada minggu ke 6 sampai ke 8. Ubun-ubun depan tetap terbuka bulan ke 18 (Fraser dan Cooper, 2009: 712).

Bayi yang mengalami seborrea akan terdapat ruam tebal berkeropeng berwarna kuning dan terdapat ketombe dikepala (Marmi, 2012: 221-223).

2) Wajah

Wajah simetris, perhatikan kelainan wajah seperti adanya sindrom down, akibat trauma jalan lahir seperti laserasi, paresi, dan fasialisis (Dewi, 2012: 403).

3) Mata

Buka mata bayi dan lihat apakah ada tanda infeksi atau pus. Bersihkan kedua mata bayi menggunakan kapas dan air DTT (Indrayani, 2013: 410).

4) Telinga

Telingan harus menempel pada titik garis horizontal dan kantung luar mata. Pendengaran bayi harus baik.

Bayi harus terkejut dengan bunyi yang keras dan dapat memalingkan perhatian ke arah suara yang dikenalnya (Walsh, 2007: 441).

5) Hidung

Dikaji bentuk dan lebar hidung, bayi harus bernafas melalui hidung, pada bayi cukup bulan lebar hidung sebesar 2,5 cm (Mochtar, 2009: 288).

6) Mulut

Periksa bibir bayi dan langit-langit bayi, sumbing atau tidak, reflek hisap dinilai sewaktu bayi sedang menyusu (Indrayani, 2013: 200).

7) Leher

Leher bayi biasanya pendek dan diperiksa kesimetrisannya. Pergerakan leher harus baik, tidak teraba adanya pembesaran tyroid dan tidak ada

fraktur. Periksa adanya trauma pada leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakialis (Sulistyawati, 2012: 89-99).

8) Dada

Periksa bunyi dan letak jantung. Lihat apakah ada tarikan dinding dada dan lihat puting susu simetri atau tidak (Indriyani, 2013: 202).

9) Aksila

Aksila harus dipalpasi dan nodus kecil terlihat pada beberapa neonates yang sehat. Bayi baru lahir yang pernah terpajan pada HIV akan mengalami limfadenopati aksilaris (Dewi, 2012: 102).

10) Abdomen

Abdomen bayi baru lahir tampak bulat dan bergerak bersamaan dengan gerakan dada sewaktu bayi bernafas. Periksa adanya pembengkakan. Abdomen yang membuncit kemungkinan karena hepatomegali atau tumor yang lain, jika perut bayi kembung kemungkinan adanya enterokolitis fesekalis, omfalokel atau duktus omfalokentrikus persisten (Marmi, 2014: 415).

11) Genitalia

Pada bayi perempuan periksalah labia mayira sudah menutupi labia minora atau belum, vagina berlubang atau tidak, dan uretra berlubang atau tidak (Indrayani, 2013: 421). Pada bayi laki-laki letak uretra harus tepat di ujung penis. Hipospadia menunjukkan meatus ada pada ventral. Epispadia menggambarkan meatus terletak pada dorsal. Kulup normalnya melekat pada galans, dan retrasi tidak boleh dilakukan. Skrotum akan mengalami edema atau pembesaran (Walsh, 2007: 425).

12) Punggung

Melihat adanya benjolan dan tulang punggung dengan lekukan yang sempurna (Saifuddin, 2014: 137).

Periksa refleks di punggung dengan menggoreskan jari kita ke punggung bayi maka bayi akan mengikuti gerakan dari goresan jari kita (Indrayani, 2013: 426).

13) Anus

Periksa lubang anus apakah bayi sudah mengeluarkan meconium atau belum (Indrayani, 2013: 429).

14) Ekstermitas

Hitung jumlah jari tangan bayi dan bayi akan menggenggam tangan kita kuat-kuat sehingga tubuhnya dapat terangkat naik (Indrayani, 2013: 432).

15) Kulit

Bayi matur memiliki garis kulit di daerah telapak tangan dan telapak kaki. Kuku telah sempurna terbentuk dan melekat diujung jari, terkadang sedikit lebih panjang daripada ujung jari (Fraser dan Cooper, 2009: 709). Dalam keadaan normal kulit berwarna kemerahan kadang-kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan. Pengelupasan yang berlebihan harus dipikirkan kemungkinan adanya kelainan. Waspada timbulnya kulit dengan warna yang tidak rata, telapak tangan, telapak kaki atau kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat atau kuning. Bercak-bercak besar biru yang sering terdapat di sekitar bokong (*Mongolian Spot*) akan menghilang pada umur 1-5 tahun (Saifuddin, 2010: 137).

Kulit bayi baru lahir yang normal tipis, halus dan mudah sekali mengalami trauma akibat desakan,

tekanan atau zat yang memiliki pH berbeda. Rambut halus disebut dengan lanugo, menutupi kulit dan banyak terdapat dibahu, lengan atas dan paha, warna kulit bayi bergantung pada asal suhu, bervariasi mulai dari erah muda dan putih hingga coklat kekuningan atau coklat tua . Pada bayi dengan miliariasis akan timbul gelembung kecil berisi cairan di seluruh tubuh (Marmi, 2012: 229).

e. Pemeriksaan neurologis

Pemeriksaan neurologis merupakan indikator integritas sistem saraf. Baik respon yang menurun (hipo) maupun yang meningkat (hiper) merupakan penyebab masalah (Varney, Kriebs, dan Gegor, 2007: 923).

Pemeriksaan refleks menurut Marmi (2012) adalah sebagai berikut:

1) Refleks mencari (rooting reflex)

Ketika pipi atau sudut mulut bayi disentuh, bayi akan menoleh ke arah stimulus dan membuka mulutnya (Marmi, 2012: 90).

2) Refleks menelan (swallowing reflex)

Kumpulan ASI di dalam mulut bayi mendesak otot-otot di daerah mulut dan faring untuk mengaktifkan

refleks menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung bayi (Winknjosastro, 2008).

3) Refleksi berkedip (glabellar reflex)

Pada saat pangkal hidung diketuk secara pelan, bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama (Marmi, 2012: 90).

4) Refleksi menghisap (sucking reflex)

Benda menyentuh bibir disertai refleksi menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul hisapan yang kuat dan cepat. Dilihat pada waktu bayi menyusui (Marmi, 2012: 90).

5) Refleksi menggenggam (grasping reflex)

Ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari) respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat (Marmi, 2012: 92).

6) Refleksi menoleh (tonikneck reflex)

Ekstermitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstermitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi istirahat. Respon ini dapat tidak ada atau lengkap segera setelah lahir (Marmi, 2012: 92).

7) Refleks babinsky

Goreskan telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Ketika telapak kaki tergores, bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperkestensi dengan ibu jari dorsifleksi (Marmi, 2012: 94).

8) Refleks terkejut (morro reflex)

Ketika bayi terkejut akan menunjukkan respon berupa memeluk dengan abduksi dan ekstensi dari ekstermitas atas yang cepat dan diikuti dengan aduksi yang lebih lambat dan kemudian timbul fleksi. Refleks ini juga berfungsi untuk menguji kondisi umum bayi serta keabnormalan sistem syaraf pusatnya (Marmi, 2012: 92).

9) Refleks ekstruksi

Cara mengukurnya dengan sentuh lidah dengan spatel lidah. Pada kondisi normal lidah ekstensi ke arah luar bila disentuh dengan jari atau puting (Marmi, 2012: 100).

10) Refleksi merangkak (crawling reflex)

Bayi akan berusaha merangkak ke depan dengan kedua tangan dan kaki bila diletakkan tengkurap pada permukaan datar (Marmi, 2012: 102).

11) Refleksi melangkah (Stepping reflex)

Bayi akan menggerak-gerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras (Marmi, 2012: 102).

12) Refleksi galans

Cara mengukurnya dengan menggores punggung bayi sepanjang sisi tulang belakang dari bahu sampai bokong. Pada kondisi normal punggung bergerak kearah samping bila distimulasi, dijumpai pada usia 4-8 minggu pertama. Kondisi patologis bila tidak adanya refleksi menunjukkan lesi medulaspinalis transversal (Hidayat, 2008: 98).

3. Analisa data

Diagnose kebidanan yaitu neonates usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki atau perempuan, keadaan umum baik. Dengan kemungkinan masalah yaitu hipoglikemia, hipotermi, ikterik,

seborrhea, miliaris, muntah dan gumoh, oral trush, dan diaper rash (Marmi, 2012: 207-229).

4. Perencanaan

Menurut Keputusan Menteri RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standart Asuhan Kebidanan, bidan merencanakan Asuhan Kebidanan berdasarkan diagnose dan masalah yang ditegakkan dengan kriteria sebagai berikut:

- a. Rencana asuhan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, dan asuhan secara komprehensif
- b. Melibatkan klien dan keluarga
- c. Mempertimbangkan kondisi psikologis, social budaya klien/keluarga
- d. Memilih tindakan yang aman sesuai dengan kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien

Diagnose kebidanan : neonates usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki atau perempuan, keadaan umum baik

Tujuan : masa transisi bayi baru lahir melewati mulai dari intrauterine ke ekstrauterine tanpa terjadinya komplikasi

Kriteria hasil : keadaan umum baik, tanda-tanda vital normal (Suhu 36,5-37,5°C, Nadi 120-160x/menit, RR 40-60 x/menit), bayi menyusu dengan kuat, bayi menangis dengan kuat, dan bayi bergerak aktif.

Intervensi menurut Marmi (2012: 87-88) adalah sebagai berikut:

- a. Jaga tali pusat dalam keadaan kering dan bersih
R/tali pusat yang basah dan lembab dapat menyebabkan infeksi
- b. Beritahu pada orang tua tanda bahaya pada bayi baru lahir
R/tanda bahaya pada bayi baru lahir dapat diketahui sejak dini dan akan mencegah terjadinya komplikasi yang lebih lanjut
- c. Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat, dan kering
R/bayi baru lahir harus dirawat di tempat tidur yang hangat dan bayi segera dikeringkan untuk mengurangi pengeluaran panas akibat evaporasi

d. Beri ASI setiap 2 sampai dengan 3 jam sekali

R/ASI diberikan 2-3 jam sebagai waktu untuk mengosongkan lambung

e. Ukur suhu tubuh bayi jika bayi tampak sakit dan menyusunya kurang baik

R/ suhu normal bayi yaitu $35,5-37,5^{\circ}\text{C}$ suhu tubuh bayi yang tinggi menandakan infeksi

f. Memandikan bayi minimal 6 jam setelah bayi lahir

R/hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah

Potensial Masalah:

a) Masalah I : Hipotermi

Tujuan : tidak terjadi hipotermi

Kriteria hasil : suhu tubuh bayi $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$ dan tidak ada tanda bahwa bayi tidak mau menetek, tampak lesu, tubuh teraba dingin, denyut jantung janin menurun, dan kulit tubuh bayi mengeras.

Intervensi menurut Saifuddin (2009: 373) adalah sebagai berikut:

- 1) Periksa suhu tubuh bayi baru lahir dengan menggunakan metode pemeriksaan per aksila atau kulit

R/penurunan suhu tubuh bayi merupakan indikator awal terjadinya stress dingin

- 2) Periksa tanda-tanda hipotermi

R/hipotermi merupakan indikator awal yang berakhir dengan kematian

- 3) Cegah kehilangan panas tubuh bayi dengan cara mengeringkan bayi dan mengganti popok jika basah

R/bayi dapat kehilangan panas dari evaporasi

- b) Masalah II : hipoglikemi

Tujuan : tidak terjadi hipoglikemi

Kriteria hasil : tidak ada tanda-tanda hipoglikemi yaitu kejang, tidak sadar (latergis), pernafasan tidak teratur, apnea, sianosis, pucat, menolak untuk menyusu, tangis lemah, dan terjadi hipotermi

Intervensinya adalah sebagai berikut:

- 1) Periksa bayi baru lahir dan catat setiap ada faktor resiko

R/bayi preterm, bayi lahir dari ibu yang memiliki penyakit diabetes, bayi baru lahir dengan asfiksia, stress karena bayi kedinginan, bayi mengalami sepsis, dan polisitemia termasuk beresiko mengalami hipoglikemi

- 2) Periksa seluruh tubuh bayi untuk mengetahui adanya tanda-tanda hipoglikemi

R/hipoglikemi yang diketahui sejak dini dapat mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut

- 3) Berikan ASI lebih awal

R/nutrisi yang terpenuhi akan mencegah terjadinya hipoglikemi

- 4) Berikan tindakan yang dapat meningkatkan rasa nyaman seperti beristirahat dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal

R/tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas tingkat energy bayi

c) Masalah III : muntah dan gumoh

Tujuan : muntah dan gumoh tertasi

Kriteria hasil : tidak muntah dan gumoh setelah bayi minum dan bayi tidak rewel

Intervensi menurut Marmi (2012: 207-208) adalah sebagai berikut:

- 1) Sendawakan bayi setelah menyusui

R/bersendawa dapat membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah bayi menyusui

- 2) Hentikan menyusui bila bayi rewel atau menangis

R/mengurangi masuknya udara yang berlebihan pada bayi

- d) Masalah IV : diaper rash

Tujuan : tidak terjadi diaper rash

Kriteria hasil : tidak timbul bintik-bintik merah pada alat kelamin dan bokong bayi

Intervensi menurut Marmi (2012: 215) adalah sebagai berikut:

- 1) Perhatikan daya tampung dari popok bayi, jika telah

menggantung atau menggelembung maka ganti dengan popok yang baru

R/menjaga kebersihan sekitar genitalia sampai dengan anus bayi

- 2) Hindari pemakaian popok yang terlalu sering dan

gunakan popok disaat waktu yang sangat membutuhkan

R/mencegah terjadinya diaper rash

- 3) Bersihkan daerah genitalia dan anus setelah bayi BAK dan BAK jangan sampai ada sisa urine dan kotoran bayi yang menempel pada kulit bayi

R/memudahkan terjadinya iritasi pada kulit bayi

e) Masalah V : seborrhea

Tujuan : tidak terjadi seborrhea

Kriteria hasil : tidak timbul ruam tebal yang berwarna kuning pada kulit kepala bayi serta kulit kepala bayi bersih dan tidak ada ketombe

Intervensi menurut Marmi (2012: 221-223) adalah sebagai berikut:

- 1) Cuci kulit kepala bayi dengan menggunakan shampoo bayi yang lembut sebanyak 2-3 kali seminggu

R/shampoo bayi harus lembut karena berfungsi sebagai kelenjar

- 2) Oleskan krim *hydrocortisone* pada kulit kepala bayi

R/ krim *hydrocortisone* mengandung asam salisilat yang berfungsi sebagai pembasmi ketombe

- 3) Untuk mengatasi ketombe yang disebabkan oleh jamur, cuci rambut bayi setiap hari dan pijat kulit

kepala bayi dengan shampoo yang lembut secara perlahan

R/pencucian rambut dan pemijatan pada kulit kepala bayi dapat menghilangkan jamur pada kulit kepala

bayi

4) Periksa kedokter jika keadaan semakin memburuk

R/penatalaksanaan yang lebih lanjut

f) Masalah VI : oral trush

Tujuan : tidak terjadi oral trush

Kriteria hasil : mulut bayi tampak bersih

Intervensi menurut Marmi (2012: 211) adalah sebagai berikut:

1) Bersihkan mulut bayi setelah selesai menyusui dengan menggunakan air matang

R/mulut bayi yang bersih dapat meminimalkan tumbuh kembang jamur *candida albicans* penyebab

oral trush

2) Jika bayi minum susu formula maka cuci bersih botol

dan dot susu setelah itu diseduh dengan air mendidih atau direbus hingga mendidih sebelum digunakan

R/dapat mematikan kuman

3) Jika bayi menyusu ke ibunya maka bersihkan dulu puting sus sebelum bayi menyusu

R/mencegah timbulnya oral trush

g) Masalah VII : miliariasis

Tujuan : miliariasis teratasi

Kriteria hasil : tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi cairan diseluruh tubuh bayi

Intervensi menurut Marmi (2012: 229) adalah sebagai berikut:

1) Memandikan bayi dengan teratur yaitu 2 kali sehari

R/mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat yang berlebih pada tubuh bayi

2) Bila bayi berkeringat, berishkan tubuh bayi sesering mungkin dengan handuk atau lap dengan waslap yang kering atau basah

R/meminimalkan sumbatan pada saluran kelenjar keringat

3) Hindari pemakaian bedak secara berulang-ulang tanpa mengeringkan tubuh bayi terlebih dahulu

R/pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat memperarah miliaris

4) Kenakan pakaian dari bahan katun untuk bayi

R/bahan katun dapat menyerap keringat

5) Segera bawa ke dokter jika timbul keluhan seperti gatal, kula atau lecet, rewel, dan bayi sulit tidur

R/penatalaksanaan lebih lanjut

h) Masalah VIII : ikterus fisiologis

Tujuan : tidak terjadi ikterus pada bayi

Kriteria hasil : kadar bilirubin serum <12,9 mg/dL dan tidak ada tanda-tanda ikterus yaitu warna kekuning-kuningan pada kulit, mukosa, seklera, dan urine, muncul pada hari ke 2 dan ketiga setelah bayi lahir

Intervensi menurut Varney dkk (2007: 943) adalah sebagai berikut:

1) Mengkaji tanda dan gejala ikterus

R/pola penerimaan ASI yang buruk, bayi tidak sadar (latergis), bayi gemetar, menangis kencang, dan tidak adanya refleks moro merupakan tanda awal terjadinya ikterus

2) Berikan ASI sesering mungkin dan lanjutkan setiap 2-3 jam

R/meconium memiliki kandungan bilirubin yang tinggi dan penundaan keluarnya meconium dapat meningkatkan reabsorpsi bilirubin sebagai bagian dari pirau enterohepatik. Bila kebutuhan nutrisi terpenuhi maka akan memudahkan keluarnya meconium

- 3) Jemur bayi di bawah matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit

R/menjemur bayi di bawah matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit dapat mengubah senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air sehingga lebih mudah disekresikan

5. Implementasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standart Asuhan Kebidanan yaitu bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan dengan kriteria adalah sebagai berikut:

- a. Memperhatikan keunikan pasien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural

- b. Tindakan asuhan kebidanan harus mendapatkan persetujuan dari pasien atau keluarga
- c. Melaksanakan suatu tindakan asuhan kebidanan berdasarkan dengan evidence based
- d. Melibatkan pasien dan keluarga
- e. Menjaga privasi klien
- f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi dengan benar
- g. Mengikuti perkembangan kondisi pasien secara berkesinambungan
- h. Menggunakan sumber data, sarana, dan fasilitas yang ada
- i. Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan standart
- j. Melakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan

6. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/MenKes/SK/VIII/2007 tentang Standart Asuhan Kebidanan yaitu bidan melaksanakan evaluasi secara berkesinambungan dan sistematis untuk melihat keefektifan dari asuhan yang telah diberikan sesuai dengan perubahan dan perkembangan kondisi pasien. Dengan kriteria hasil adalah sebagai berikut:

- a. Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai dengan keadaan pasien

- b. Hasil evaluasi segera didokumentasikan sesuai dengan keadaan pasien atau keluarga
- c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar asuhan kebidanan
- d. Hasil evaluasi ditindaklanjuti sesuai dengan keadaan pasien

7. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI (2007) hasil evaluasi segera di catat dan dikomunikasikan dengan klien atau keluarga. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien. Evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu:

S : adalah subyektif, mencatat hasil anamnesa

O : adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : adalah hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan

P : adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatlaksanaan, yang dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan segera komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan.

2.2.5 Konsep Dasar Asuhan kebidanan pada Keluarga Berencana

1. Data Subyektif

a. Biodata

1) Nama

Nama dikaji untuk menetapkan identitas pasien secara pasti karena kebanyakan klien memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomor telepon yang berbeda (Manuaba dkk, 2010: 159).

2) Umur

Wanita kurang dari 20 tahun dapat menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun pemakaian alat kontrasepsi untuk menjarangkan kehamilan, dan usia lebih dari 35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifuddin, 2013: U-9).

3) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat maka semakin efektif metode keluarga berencana yang dianjurkan seperti suntika KB, susuk KB, kontap, MAL, dan AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim) (Manuaba dkk, 2010: 592).

4) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke tenaga kesehatan mungkin tidak cocok dengan wanita yang sibuk atau mereka yang jadwalnya tidak diduga (Manuaba dkk, 2010).

5) Alamat

Wanita yang tinggal di desa yang terpencil mungkin memilih metode kontrasepsi yang tidak mengharuskan mereka berkonsultasi ke tenaga kesehatan mengenai metode keluarga berencana (Manuaba, dkk, 2010).

b. Keluhan utama

1) Keluhan utama pada ibu setelah persalinan adalah sebagai berikut:

(1) Usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan

(2) Usia lebih dari 35 tahun tidak ingin hamil lagi

(Saifuddin, 2013: U-9)

2) Riwayat kesehatan

a) Penggunaan alat kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker

payudara, mioma uterus, diabetes disertai dengan komplikasi, penyakit hati akut, jantung, dan stroke (Saifuddin, 2013: 49-52).

b) Kontrasepsi implant atau susuk tidak boleh digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah lebih dari 180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah, dan anemia bulan sabit (Saifuddin, 2010: 55).

c) Kontrasepsi pil progestin tidak dapat digunakan pada ibu yang menderita penyakit stroke, penyakit koroner/infark, dan kanker payudara (Saifuddin, 2013: U-53).

d) Penggunaan alat kontrasepsi AKDR, tubektomi, dan vasektomi pada suami dapat diberikan pada ibu yang menderita penyakit jantung selama kehamilan, persalinan, dan nifas (Saifuddin, 2014: 275).

e) Ibu dengan penyakit infeksi alat genitalia, sedang mengalami atau menderita abortus septic, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak pada rahim yang mempengaruhi kavum uteri, penyakit

trofonlas yang ganas dan kanker alat genitalia tidak diperkenankan menggunakan alat kontrasepsi AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim) dengan progestin (Saifuddin, 2013: 70).

3) Riwayat Kebidanan

a) Haid

Bila ibu menyusui antara 6 minggu sampai dengan 6 bulan setelah persalinan insersi implant dapat dilakukan setiap waktu. Jika menyusui penuh maka klien tidak perlu memakai metode kontrasepsi yang lain. Jika setelah 6 minggu paska melahirkan dan telah terjadi haid maka insersi dapat dilakukan setiap saat tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan alat kontrasepsi lain untuk 7 hari tersebut (Saifuddin, 2013: 68). Meskipun beberapa metode kontrasepsi mengandung resiko tetapi menggunakan kontrasepsi lebih aman terutama apabila ibu sudah haid lagi (Saifuddin, 2010: 129).

- b) Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

Pada pasien setelah persalinan yang tidak menyusui maka infertilitasnya rata-rata berlangsung sekitar 6 minggu. Sedangkan pada pasien yang menyusui maka masa infertilitasnya lebih lama. Namun kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan (Saifuddin, 2013: 51). Klien yang tiga bulan terakhir sedang mengalami atau pernah abortus septik maka tidak boleh menggunakan kontrasepsi IUD (Saifuddin, 2010: MK-77).

- c) Riwayat KB

Penggunaan kontrasepsi hormonal dapat digunakan pada semua akseptor, paska penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implant, IUD) tanpa adanya kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2015: 168).

4) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

DMPA dapat merangsang pusat pengendali nafsu makan di hipotalamus yang dapat menyebabkan akseptor makan lebih banyak dari biasanya (Hartanto, 2015: 171).

b) Eliminasi

Dilatasi ureter berpengaruh pada alat kontrasepsi progestin sehingga timbul stasis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kemih karena terjadinya relaksasi otot (Hartanto, 2015: 124).

c) Istirahat

Gangguan tidur yang dialami wanita dalam pemakaian KB suntik sering disebabkan oleh efek samping dari KB suntik tersebut seperti pusing dan mual (Saifuddin, 2010: 35).

d) Seksual

Pada penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan

libido pada wanita tersebut (Sifuddin, 2010: 42).

e) Riwayat ketergantungan

Merokok terbukti dapat menyebabkan efek sinergistik dengan penggunaan kontrasepsi pil oral dapat menambah resiko terjadinya miokard infark, stroke, dan keadaan tromboembolik (Hartanto, 2015: 123).

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan umum

1) Tanda-tanda vital

Suntikan progesterin dan implant dapat digunakan pada wanita yang memiliki tekanan darah <180/110 mmHg (Saifuddin, 2010: MK-43).

b. Pemeriksaan antropometri

1) Berat badan

Pada umumnya penambahan berat badan tidak terlalu banyak yaitu antara kurang dari 1 kg sampai dengan 5 kg dalam tahun pertama pemakaian kontrasepsi (Hartanto, 2015: 171).

2) Pemeriksaan fisik

a) Muka

Tumbuh rambut atau bulu berlebihan di daerah muka pada penggunaan alat kontrasepsi progestin tetapi keadaan ini jarang terjadi (Saifuddin, 2010: MK-50).

b) Mata

Pandangan kabur yaitu peringatan khusus untuk pemakai kontrasepsi pil progestin dan akibat terjadinya perdarahan yang hebat memungkinkan ibu mengalami anemia (Saifuddin, 2010: MK-75).

c) Payudara

Penggunaan kontrasepsi progesterone termasuk DMPA dapat digunakan untuk mengobati penyakit karsinoma endometrium (Hartanto, 2015). Keterbatasan dalam penggunaan kontrasepsi progestin dan implant akan timbul rasa nyeri pada payudara (Saifuddin, 2010: 49-55).

d) Abdomen

Pada pengguna alat kontrasepsi implant jika disertai dengan nyeri perut bagian bawah yang sangat hebat maka kemungkinan terjadinya kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010: 58).

e) Genitalia

Penggunaan alat kontrasepsi DMPA sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak (*sputing*), dan amenore (Hartanto, 2015: 170). Ibu dengan varises di vulva dapat menggunakan alat kontrasepsi dalam Rahim. Efek samping dari kontrasepsi AKDR yaitu mengalami haid yang lebih lama dan darah yang keluar lebih banyak, perdarahan (*sputing*) antara menstruasi, dan terjadinya komplikasi lain yang terjadi perdarahan hebat pada saat haid (Saifuddin, 2010: 75-77).

f) Ekstermitas

Pada pengguna kontrasepsi implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah

disertai adanya rasa nyeri pada lengan (Saifuddin, 2010: 58). Ibu yang mengalami varises pada tungkai dapat menggunakan alat kontrasepsi dalam Rahim (Saifuddin, 2010: 77).

3. Analisa data

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standart Asuhan Kebidanan yaitu bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasi secara akurat, dan logis untuk menegakkan diagnose dan masalah kebidanan yang tepat dengan kriteria hasil adalah sebagai berikut:

- a. Diagnose sesuai dengan nomeklatur kebidanan
- b. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi pasien
- c. Dapat diselesaikan sendiri dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan

Langka-langkah pada penulisan diagnose kebidanan keluarga berencana adalah sebagai berikut:

PAPIAH 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,

amenorrhea, perdarahan/bercak, nyeri perut bagian bawah, dan perdarahan pervaginam dengan prognosa baik.

4. Perencanaan

Menurut Keputusan Menteri RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standart Asuhan Kebidanan, bidan merencanakan Asuhan Kebidanan berdasarkan diagnose dan masalah yang ditegakkan dengan kriteria sebagai berikut:

- a. Renacan asuhan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, dan asuhan secara komprehensif
- b. Melibatkan klien dan keluarga
- c. Mempertimbangkan kondisi psikologis, social budaya klien/keluarga
- d. Memilih tindakan yang aman sesuai dengan kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *avidance based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien

Diagnose : PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia... tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik dengan prognosa baik.

Tujuan

- 1) Setelah dilakukan asuhan kebidanan dengan keadaan akseptor baik dan kooperatif
- 2) Pengetahuan ibu tentang macam-macam KB, cara kerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping dari KB
- 3) Ibu dapat memilih KB sesuai dengan keinginan dan kondisi ibu

Kriteria hasil

- 1) Klien dapat menjelaskan kembali yang sudah dijelaskan oleh tenaga kesehatan
- 2) Ibu dapat menggunakan salah satu KB yang sesuai dengan ibu
- 3) Ibu tampak tenang

Intervensi menurut Saifuddin (2010) adalah sebagai berikut:

- 1) Salam dan sapa pasien secara terbuka dan sopan
R/meyakinkan pasien untuk membangunkan rasa percaya diri
- 2) Tanyakan pada pasien informasi tentang dirinya seperti pengamalan KB, kesehatan reproduksi, tujuan, dan kepentingan KB

R/dengan mengetahui informasi tentang keadaan diri pasien maka mempermudah tenaga kesehatan untuk membantu memilih kontrasepsi yang dibutuhkan pasien

- 3) Jelaskan pada pasien tentang jenis-jenis KB, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi, dan kontraindikasi

R/ penjelasan yang terperinci dapat membantu pasien untuk memilih kontrasepsi yang ibu inginkan

- 4) Bantu pasien untuk menentukan kontrasepsi yang ibu pilih

R/pasien dapat memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya

- 5) Diskusikan pilihan alat kontrasepsi ibu dengan suami ibu

R/pengguna alat kontrasepsi yaitu kesepakatan antara pasangan usia subur sehingga membutuhkan dukungan dari pasangan klien tersebut

- 6) Jelaskan secara tepat dan lengkap tentang bagaimana menggunakan alat kontrasepsi yang dipilihnya

R/penjelasan yang tepat dan lengkap mengenai alat kontrasepsi yang akan digunakan klien maka klien

lebih mantap untuk menggunakan alat kontrasepsi tersebut

- 7) Pesankan pada klien untuk melakukan kunjungan ulang R/kunjungan ulang dapat digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi secara dini jika terjadi komplikasi atau masalah selama menggunakan alat kontrasepsi

Potensial masalah

a. Masalah I : perdarahan bercak (*sputing*)

Tujuan : setelah dilakukan asuhan kebidanan ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya

Kriteria hasil : masalah bercak (*sputing*) berkurang

Intervensi menurut Saifuddin (2010) adalah sebagai berikut:

- 1) Jelaskan pada ibu jika perdarahan ringan sering dijumpai tetapi tidak perlu khawatir hal ini bukanlah masalah yang serius
R/pasien mengerti dan memahami tentang kondisinya jika efek samping dari KB hormonal yaitu terjadinya perdarahan bercak (*sputing*)

- 2) Jika pasien tidak dapat menerima perdarahan yang ia alami dan tidak ingin melanjutkannya maka pasien dapat pindah ke kontrasepsi yang lain

R/pindah kontrasepsi lain yang tidak mengandung hormonal

b. Masalah II : *amenorrhea*

Tujuan : setelah dilakukan asuhan kebidanan ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria hasil : ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya

Intervensi menurut Saifuddin (2010) adalah sebagai berikut:

- 1) Kaji pengetahuan klien tentang amenorrhea
R/untuk mengetahui tingkat pengetahuan klien
- 2) Pastikan bahwa ibu tidak hamil dan jelaskan pada ibu bahwa darah haid tidak berkumpul di dalam Rahim
R/ibu merasa tenang dengan keadaannya
- 3) Jika terjadi kehamilan maka hentikan penggunaan KB

dan jika terjadi kehamilan ektopik maka segera lakukan rujukan

R/penggunaan KB pada kehamilan dapat mempengaruhi masa kehamilannya dan jika ibu

terkena kehamilan ektopik maka penggunaan KB akan memperbesar kehamilan ektopik tersebut

c. Masalah III : pusing

Tujuan : setelah diberikan asuhan kebidanan maka pusing dapat teratasi dan ibu dapat beradaptasi dengan kondisinya

Kriteria hasil : ibu tidak merasa pusing dan ibu mengerti tentang efek samping dari KB hormonal

Intervensi menurut Kumalasari (2015) adalah sebagai berikut:

- 1) Kaji keluhan pusing yang dirasakan pasien
R/dapat membantu untuk menegakkan diagnose dan menentukan langkah selanjutnya untuk melakukan pengobatan
- 2) Jelaskan pada ibu bahwa rasa pusing yang dirasakannya bersifat sementara
R/pasien mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal
- 3) Ajarkan pada pasien tentang teknik distraksi dan relaksasi

R/teknik distraksi dan relaksasi dapat mengurangi ketegangan otot dan merupakan cara efektif untuk mengurangi rasa nyeri

d. Masalah IV : penambahan berat badan

Tujuan : setelah dilakukan asuhan ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya

Kriteria hasil : ibu mengerti tentang efek samping dari Kb hormonal

Intervensi menurut Reni (2010) adalah sebagai berikut:

1) Jelaskan pada ibu tentang efek samping dari KB hormonal

R/klien mengerti bahwa penambahan berat badan merupakan efek samping dari KB hormonal

2) Jika pasien tidak dapat menerima penambahan berat badan yang ia alami dan tidak ingin melanjutkannya maka pasien dapat pindah ke kontrasepsi yang lain

R/pindah kontrasepsi lain yang tidak mengandung hormonal

5. Implementasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standart Asuhan Kebidanan yaitu bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara

komprehensif, efektif, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

6. Evaluasi

Mengevaluasi asuhan kebidanan yang sudah diberikan, pasien mengulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan (Muslihatun, 2010).

7. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI (2007) hasil evaluasi segera di catat dan dikomunikasikan dengan klien atau keluarga. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien. Evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu:

S : adalah subyektif, mencatat hasil anamnesa

O : adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : adalah hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan

P : adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatlaksanaan, yang dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan

segera komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan.



