

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Teori

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan hasil perbuahan sel telur dari perempuan dan sperma dari laki-laki, sel telur akan bisa hidup selama maksimal 48 jam, spermatozoa sel yang sangat kecil dengan ekor yang panjang bergerak memungkinkan untuk menembus sel telur (konsepsi), sel-sel benih ini akan dapat bertahan kemampuan fertilisasi selama 2-4hari proses selanjutnya akan terjadi nidasi, jika nidasi ini terjadi barulah disebut adanya kehamilan. Pada umumnya nidasi terjadi di dinding depan atau belakang rahim dekat pada fundus uteri, semakin hari akan mengalami pertumbuhan, jika kehamilan berjalan secara normal semakin besar dan kehamilan akan mencapai *aterem* (genap bulan) (Sunarti, 2013:31).

Kehamilan adalah suatu keadaan dimana janin dikandung didalam tubuh wanita, yang sebelumnya diawali dengan proses pembuahan dan kemudian akan diakhiri dengan proses persalinan (Maryunani A, 2010:2).

2. Proses kehamilan

a. Sperma

- 1) Dikeluarkan oleh testis dan peristiwa pematangan disebut *spermatogenesis*.
- 2) Jumlahnya akan berkurang, tetapi tidak akan habis seperti pada ovum dan tetap diproduksi meskipun lansia.
- 3) Kemampuan fertilisasi selama 2-4 hari rata-rata 3 hari.
- 4) Terdapat 100 juta sperma pada setiap mililiter air mani yang dihasilkan, rata-rata 3cc tiap ejakulasi.
- 5) Mengeluarkan enzim hialuronidase untuk melunakkan korona radita atau sel-sel granulosa.
- 6) Mempunyai morfologi yang sempurna yaitu kepala: bentuk lonjong agak gepeng berisi inti (nukleus), diliputi oleh akrosom dan membran plasma. Leher: menghubungkan kepala dengan bagian tengah. Ekor: panjangnya kurang lebih 10 kali bagian kepala dan dapat bergetar sehingga sperma dapat bergerak dengan cepat (Hanni dkk, 2011:68)

b. Ovum

- 1) Bisa dibuahi jika sudah melewati proses *oogenesis*.
- 2) Dikeluarkan oleh ovarium saat fase ovulsi, satu kali setiap siklus haid dan akan habis jika sudah masuk masa menopause.
- 3) Ovum mempunyai waktu hidup 24-48 jam setelah dikeluarkan dari ovarium.

- 4) Mempunyai lapisan pelindung yaitu sel-sel granulosa dan zona pellusida yang harus bisa ditembus oleh sperma untuk dapat terjadi suatu kehamilan (Hani dkk, 2011:71).

c. Konsepsi

Konsepsi adalah pertemuan antara ovum matang dan sperma sehat yang memungkinkan terjadinya kehamilan. Konsepsi ini dapat terjadi terpenuhi beberapa kreteria yaitu sebagai berikut:

- 1) Senggama harus terjadi pada bagian siklus reproduksi wanita yang tepat.
 - 2) Ovarium wanita harus melepaskan ovum yang sehat pada saat ovulasi
 - 3) Pria harus mengeluarkan sperma yang cukup normal dan sehat selama ejakulasi
 - 4) Tidak ada *barrier* atau hambatan yang mencegah sperma mencapai, dan sampai akhirnya membuahi ovum.
- (Sulistyawati, 2012:35)

Agar terjadi kehamilan sebaiknya dilakukan sebelum tepat di hari wanita ovulasi karena sperma dapat hidup sampai tiga hari didalam vagina, sedangkan ovum hanya bertahan 12-24 jam setelah di keluarka dari ovarium (ovulasi). Wanita mengalami ovulasi dapat dikenali melalui bentuk cairan vagina yang keluar. Jika terlihat bening, banyak, licin, maka kemungkinan besar wanita dalam masa subur, cairan vagina secara bertahap

akan menjadi kental dan berwarna putih keruh setelah melewati masa ovulasi. Selain mengamati karakter cairan vagina, ovulasi dapat juga diprediksi melalui perhitungan siklus menstruasi. Wanita mengalami ovulasi pada hari ke-12 sampai ke-14 siklus menstruasi, namun cara ini kurang dapat digunakan pada wanita dengan siklus menstruasi yang tidak teratur (Sulistyawati, 2012:35)

Diperkirakan ada 300 juta sperma yang keluar saat ejakulasi dan dapat ditampung oleh bagian belakang vagina, namun dalam perjalanannya hanya beberapa ribu saja yang dapat mencapai tuba fallopi. Lingkungan vagina yang asam dan adanya daya fagosit dari uterus membuat bagian terbesar sperma tidak mampu untuk bertahan hidup, yang akhirnya dikeluarkan lagi melalui vagina (Sulistyawati, 2012:35-36)

d. Fertilisasi

Proses kehamilan dimulai dari *Fertilisasi* yaitu pertemuan antara sel telur dan sel sperma. Pada saat terjadi ejakulasi, kurang lebih 3 cc sperma dikeluarkan dari organ reproduksi pria yang kerang lebih berisi 300 juta sperma setelah masuk ke organ genitalia interna wanita, sperma akan menghadapi beberapa rintangan antara lain: lendir vagina yang bersifat asam, lendir serviks yang kental, panjangnya uterus, serta silia yang ada di tuba fallopi. Untuk menghadapi rintangan tersebut maka sperma harus mempunyai

akrosom (sperma mengadakan pengeluaran cairan hyaluronidase dan tripsin agar bisa menembus lapisan oosit/ovum) dan *proses kapitalisasi* (sperma mengalami perubahan biokimiawi agar lebih kuat untuk mencapai ampula tuba). Sedangkan, ovum akan dikeluarkan dari ovarium sebanyak satu setiap bulan di tangkap oleh fibriae dan berjalan menuju tuba fallopi. Tempat bertemunya ovum dan sperma paling sering adalah didaerah *ampula tuba*. Sebelum keduanya bertemu, maka akan terjadi tiga fase yaitu sebagai berikut :

1) Tahap penembusan korona radiata.

Dari 200-300 juta hanya 300-500 yang sampai dituba fallopi yang bisa menembus korona radiata karena sudah mengalami proses kapitalisasi.

2) Penembusan zona pellusida

Zona pelusida adalah sebuah perisai glikoprotein disekeliling ovum yang mempermudah dan mempertahankan pengikatan sperma dan menginduksi reaksi akrosom. Spermatozoalain ternyata bisa menempel di zona pellusida, tetapi hanya satu yang terlihat mampu menembus oosit.

3) Tahap penyatuan oosit dan membran sel sperma.

Setelah menyatu maka akan dihasilkan zigot yang mempunyai kromosom diploid(44 autoson dan 2 gonosom)dan terbentuk

jenis kelamin baru (XX untuk wanita dan XY untuk laki-laki).

(Hanni dkk,2011:37-38)

e. Pembelahan

Zigot menjalani pembelahan awal mitosis sampai beberapa kali.

Sel-sel yang dihasilkan dari setiap pembelahan berukuran lebih kecil dari ukuran induknya disebut blastometer (Dewi dkk, 2011:70)

Sesudah 3-4 kali pembelahan, zigot memasuki tingkat 16 sel, disebut stadium morula (kira-kira pada hari ke-3 sampai ke-4 pascafertilisasi). Morula terdiri atas *inner cell mass* (kumpulan sel-sel di sebelah dalam, yang akan tumbuh menjadi jaringan-jaringan embrio sampai janin) dan *outer cell mass* (lapisan sel disebelah luar, yang tumbuh menjadi trofoblast sampai plasenta (Dewi dkk, 2011:70)

Kira-kira pada hari ke 5-hari sampai ke-6, dirongga sela-sela *inner cell mass* merembes cairan menembus zona pellusida, mebentuk ruang antarsel. Ruang antarsel ini kemudian bersatu dan memenuhi sebagian besar massa zigot membentuk rongga blastokista. *Inner cell mass* tetap berkumpul disalah satu sisi, tetap perbatasan dengan lapisan sel luar. Pada stadium ini, zigot disebut berada dalam stadium blastula atau membentuk blastokista. *Inner cell mass* kemudian disebut sebagai embrioblas dan *outer cell mass* kemudian disebut sebagai trofoblast. (Dewi dkk, 2011:70)

f. Implantasi (Nidasi)

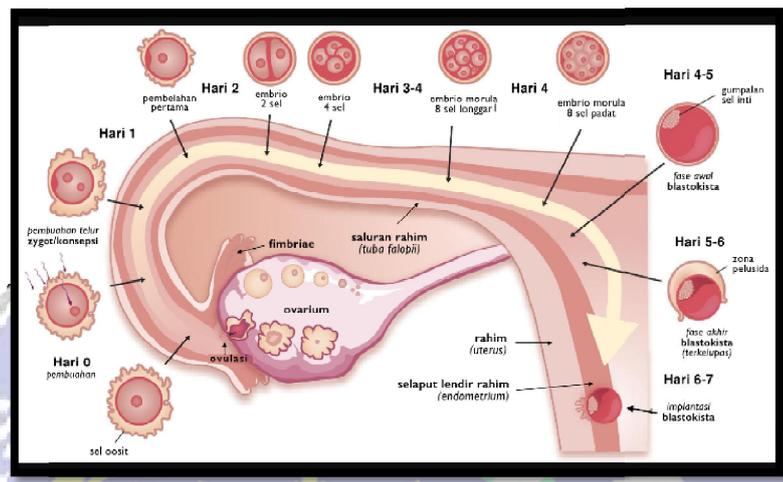
Nidasi adalah masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi ke dalam endometrium. Blastula diselubungi oleh suatu simpai, disebut *trofoblas*, yang mampu menghancurkan atau mencairkan jaringan. ketika blastula mencapai rongga lahir, jaringan endometrium berada dalam rongga sekresi. Jaringan endometrium ini banyak mengandung nutrisi untuk buah kehamilan (Sulistyawati, 2012:37)

Blastula dengan bagian yang berisi sell dalam (*inner cell mass*) akan 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 yang disebut dengan *Tanda Hartman*. Umumnya nidasi terjadi pada dinding depan atau belakang rahim (korpus) dekat dengan fundus uteri (Sulistyawati, 2012:37)

Bila nidasi telah terjadi dimulailah diferensiasi sel-sel blastula. Sel-sel lebih kecil yang terletak di ruang *exocoeloma* membentuk entoderm dan yolk sac, sedangkan sel-sel yang lebih besar menjadi entoderm dan membentuk ruang amnion. Terbentuklah lempeng embrional antara amnion dan yolk sac. Sel-sel trofoblast mesodermal yang tumbuh disekitar 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)
(Sulistyawati, 2012:38)

Gambar mengenai proses terjadinya kehamilan dalam gambar 2.1 :



Gambar 2.1
Proses terjadinya kehamilan

Sumber : www.google.co.id/search?q=proses+kehamilan

3. Proses Pembentukan Plasenta

Plasenta adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta. Setelah nidasi embrio ke dalam endometrium, plasenta dimulai. Pada manusia plasenta berlangsung sampai 12-18 Minggu setelah fertilisasi (Saifuddin, 2010:146)

Terjadi nidasi (Implantasi) mendorong sel blastula mengadakan diferensiasi. Sel yang dekat dengan ruangan eksoselom membentuk entoterm dan yolk sac (kontong kuning telur) sedangkan sel lain membentuk ektoderm dan ruangan amnion. Plat embrio (*embryonal plate*) terbentuk diantara dua ruang yaitu ruang amnion dan kantung *yolk sac*. Awalnya *yolk sac* berfungsi sebagai pembentuk darah sama

dengan hati, limpa, dan sumsum tulang. Pada minggu kedua samapai ketiga, terbentuk bakal jantung dengan pembuluh darahnya yang menuju *body stalk* (bakal tali pusat) (Manuaba, 2010:82-85)

Dalam 2 minggu perkembangan hasil konsepsi, trofoblas invasif telah melakukan penetrasi ke pembuluh darah endometrium. Terbentuk sinus intertrofoblastik yaitu ruangan-ruangan yang berisi darah maternal dari pembuluh-pembuluh darah yang dihancurkan. Pertumbuhan ini berjalan terus, sehingga timbul ruang interviler dimana vili korealis seolah terapan diantara ruangan tersebut samapi terbentuk plasenta. Tiap minggu pasca fertilisasi sirkulasi darah janin dini dapat diidentifikasi dan dimulai pembentukan vili korealis. Didalam vili korealis yang ruang intervilinya dipenuhi dengan darah maternal yang dipasok oleh arteri spiralis dan dikeluarkan melalui vena uterina. Vili korealis ini akan bertumbuh menjadi suatu massa jaringan yaitu plasenta. Hasil konsepsi diselubungi oleh jonjot-jonjot yang dinamakan vili korealis dan berpangkal pada korion. Sel-sel fibroblas mesodermal tumbuh disekitar embrio dan melapisi pula sebelah dalam trofoblas, dengan demikian terbentuk chorionic membrane yang kelak menjadi korion (Manuaba, 2010:92).

4. Perkembangan Janin

a. Minggu 0-3 (Periode germinal). Proses pembuahan telur oleh sperma yang terjadi pada minggu ke-2 dari hari pertama menstruasi terakhir. Telur yang sudah dibuahi sperma bergerak dari tuba

fallopidan menempel ke dinding uterus (endometrium)
(Kamariyah, 2014:20).



Gambar 2.2
Janin usia 0-3 Minggu

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

b. Minggu 4-6 (Periode embrionik)

Sudah terbentuk bakal-bakal organ, jantung sudah berdenyut, pergerakan sudah mulai tampak dalam pemeriksaan USG, panjang Embrio 0,64mm (Sulistyawati, 2012:44)



Gambar 2.3
Janin usia 4-6 Minggu

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

c. Minggu ke 8

Pembentukan organ dan penampilan sudah mulai semakin bertambah jelas seperti mulut mata dan kaki, pembentukan usus, pembentukan genetalia dan anus, jantung mulai memompa darah.



Gambar 2.4
Janin usia 8 Minggu

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

d. Minggu 9-12 (Periode fetus). Periode dimana semua organ penting terus tambah dengan cepat dan saling berkaitan dan aktivitas otak sangat tinggi (Kamariah, 2014:20). Pada akhir 12 minggu pertama kehamilan jantungnya berdetak, usus ususnya lengkap didalam abdomen, genetalia eksterna mempunyai karakteristik laki-laki atau perempuan, anus sudah terbentuk dan muka seperti manusia. Janin dapat menelan, melakukan gerakan pernafasan kencing, menggerakkan anggota badan,

mengedipkan mata, dan mengerutkan dahi. Mulut membuka dan menutup. Berat badan janin sekitar 15-30 gram dan panjang 5-9 mm (Kusmiati dkk, 2013:41).



Gambar 2.5
Janin usia 9-12 Minggu

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

e. Tiga belas sampai enam belas minggu

Sistem musculoskeletal sudah matang. Sistem syaraf mulai melaksanakan kontrol. Pembuluh darah berkembang dengan cepat, jaringan janin dapat menggenggam. Kaki menendang dengan aktif. Semua organ mulai berkembang. Berat janin sekitar 0,2 kg. Denyut jantung janin dapat didengar dengan dopler. Pankreas memproduksi insulin (Walyani, 2015:50)

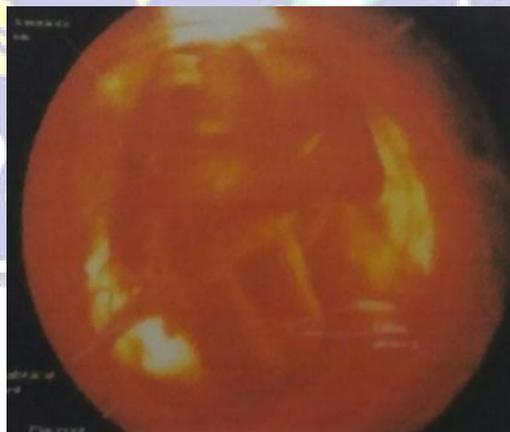


Gambar 2.6
Janin usia 13-16 Minggu

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

f. Minggu ke 20

Panjang janin 18-27 cm. Berat badan janin 300 gram. Tinggi rahim setinggi pusat. Verniks melindungi tubuh. Lanugo menutupi tubuh dan menjaga minyak pada kulit. Terbentuk alis, bulu mata dan rambut. Janin membuat jadwal teratur tidur, menelan dan mendang (Rahmawati, 2014).



Gambar 2.7
Janin usia 20 Minggu

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

g. 24 minggu

Kerangka berkembang dengan cepat karena aktivitas pembentukan tulang meningkat, perkembangan penafasan dimulai, berat janin 0,7-0,8 kg (Sulistyawati, 2012:45).



Gambar 2.8
Janin usia 24 Minggu

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

h. 28 Minggu

Mata terbuka, alis mata, bulu mata telah berkembang dengan baik, rambut menutupi kepala, lebih banyak deposit lemak subkutan yang menyebabkan kerutan kulit berkurang, tertis mengalami penurunan dari abdomen ke skrotum pada minggu ke 28. Fetus yang lahir pada masa ini masih mempunyai angka kematian (mortalitas) yang tinggi karena gangguan respirasi (pernafasan) (Hani Dkk, 2011:41).



Gambar 2.9
Janin usia 28 Minggu

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

i. 32 Minggu

Lanugo mulai berkurang tubuh mulai lebih bulat karena lemak tersimpan (Hani Dkk, 2012:41) simpanan lemak coklat berkembang dibawah kulit untuk persiapan pemisahan bayi setelah lahir, mulai menyimpan zat besi dan fosfor, bayi sudah mulai tumbuh 38-43cm (Sulistyawati, 2012:46).



Gambar 2.10
Janin usia 32 Minggu

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

j. 36 Minggu

Seluruh uterus terisi oleh bayi sehingga tidak dapat lagi bergerak dan memutar banyak, antibodi ibu ditransfer ke janin yang akan memberi kekebalan selama 6 bulan pertama sampai sistem kekebalan bayi bekerja sendiri (Sulistiyawati, 2012:46)



Gambar 2.11
Janin usia 36 Minggu

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

k. 40 minggu

Penulangan (osifikasi) tulang tengkorak masih belum sempurna, tetapi keadaan ini merupakan keuntungan dan memudahkan lewatnya fetus melalui jalan lahir, sekarang terdapat cukup jaringan lemak subkutan dan fetus mendapatkan tambahan berat badan hampir 1kg pada minggu tersebut (Hanni dkk, 2011:41)



Gambar 2.12

Janin usia 40 Minggu

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

5. Tanda gejala kehamilan

a. Tanda Tidak Pasti

1) Amenorea (berhentinya menstruasi)

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadinya folikel de graf dan ovulasi sehingga menstruasi tidak terjadi. Lamanya amenorea dapat dikonfirmasi dengan memastikan hari pertama haid terakhir (HPHT), dan digunakan untuk memperkirakan usia kehamilan dan taksiran persalinan. Tetapi, amenorea juga dapat disebabkan oleh penyakit kronik tertentu, Tumor pituitari, perubahan dan faktor lingkungan, malnutrisi, dan kebiasaan gangguan emosional seperti ketakutan akan hamil.

2) Mual (nausea) dan muntah (emesis)

Pengaruh estrogen dan progesteron terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan menimbulkan mual dan muntah yang terjadi terutama pada pagi hari yang disebut *morning*

sickness. Dalam batas tertentu hal ini masih fisiologis tapi bila terlampau sering dapat menyebabkan gangguan kesehatan yang disebut *hiperemesis gravidarum*.

3) Ngidam (menginginkan makanan tertentu)

Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam. Ngidam sering terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan dan akan hilang dengan makin tuanya kehamilan.

4) Synope (pingsan)

Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan synope atau pingsan. Hal ini sering terjadi terutama jika berada pada tempat yang ramai, biasanya akan hilang setelah 6 minggu.

5) Kelelahan

Sering terjadi pada trimester pertama, akibat dari penurunan kecepatan basal metabolisme (*basal metabolisme rate*-BMR) pada kehamilan, yang akan meningkat seiring pertambahan usia kehamilan aktivitas metabolisme hasil konsepsi.

6) Payudara tegang

Estrogen meningkatkan sistem perkembangan sistem duktus pada payudara, sedangkan progesteron menstimulus perkembangan sistem alveolar payudara, bersama

somatotropin, hormon-hormon ini menimbulkan pembesaran payudara, menimbulkan perasaan tegang, dan nyeri selama dua bulan pertama kehamilan, pelebaran puting susu, serta mengeluarkan kolostrum.

7) Sering miksi

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

8) Konstipasi atau obstipasi

Pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltik usus (tonus otot menurun) sehingga kesulitan untuk BAB.

9) Pigmentasi kulit

Pigmentasi terjadi pada usia kehamilan lebih dari 12 minggu. Terjadi akibat pengaruh hormon kortikosteroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit. Pigmentasi ini meliputi tempat-tempat berikut

- a) Sekitar pipi: *cloasma gravidarum* (menghitam pada daerah dahi, hidung, pipi dan, leher).

- b) Sekitar leher : tampak lebih hitam
- c) Dinding perut: *strie lividae* atau *gravidarum* (terdapat pada seorang primigravida, warnanya membiru, *strie nigra linea alba* menjadi lebih hitam.
- d) Sekitar payudara: hiperpigmentasi areola mammae sehingga terbentuk areola sekunder.
- e) Sekitar pantat dan atas paha atas: terdapat stria akibat dari pembesaran bagian tersebut.

10) Epulis

Hipertropi papila gingivae atau gusi sering terjadi pada triwulan pertama

11) Varises

Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pelebaran pembuluh darah terutama bagi wanita yang mempunyai bakat. Varises bisa terjadi disekitara daerah genitalia eksternal, kaki, dan betis serta payudara. Penampakan ini akan hilang setelah persalinan (Hani dkk,2011:72-74)

b. Tanda Kehamilan Pasti

- 1) Pada palpasi dirasakan janin (bagian-bagian janin) dan balotemen serta gerakan janin: Gerakan janin dirasakan oleh pemeriksa.
 - a) Pada primigravida dirasakan kehamilan \pm 18-20 minggu.
 - b) Pada multigravida dirasakan pada kehamilan \pm 16 minggu.

- 2) Pada auskultasi terdengar bunyi jantung janin (BJJ)
 - a) Dapat dicatat dan didengar bunyi jantung janin.
 - b) Dengan doppler, denyut jantung janin bisa terdengar pada usi kehamilan 12-14 minggu.
- 3) Dengan ultrasonografi (USG) atau scanning.
 - a) Rahim yang membesar bisa dilihat dengan USG pada kehamilan 6 minggu.
 - b) Janin dapat dilihat gambarannya dan didengar denyut jantungnya pada kehamilan 7-8 minggu. (Maryunani A, 2010)

6. Perubahan Fisiologis Kehamilan

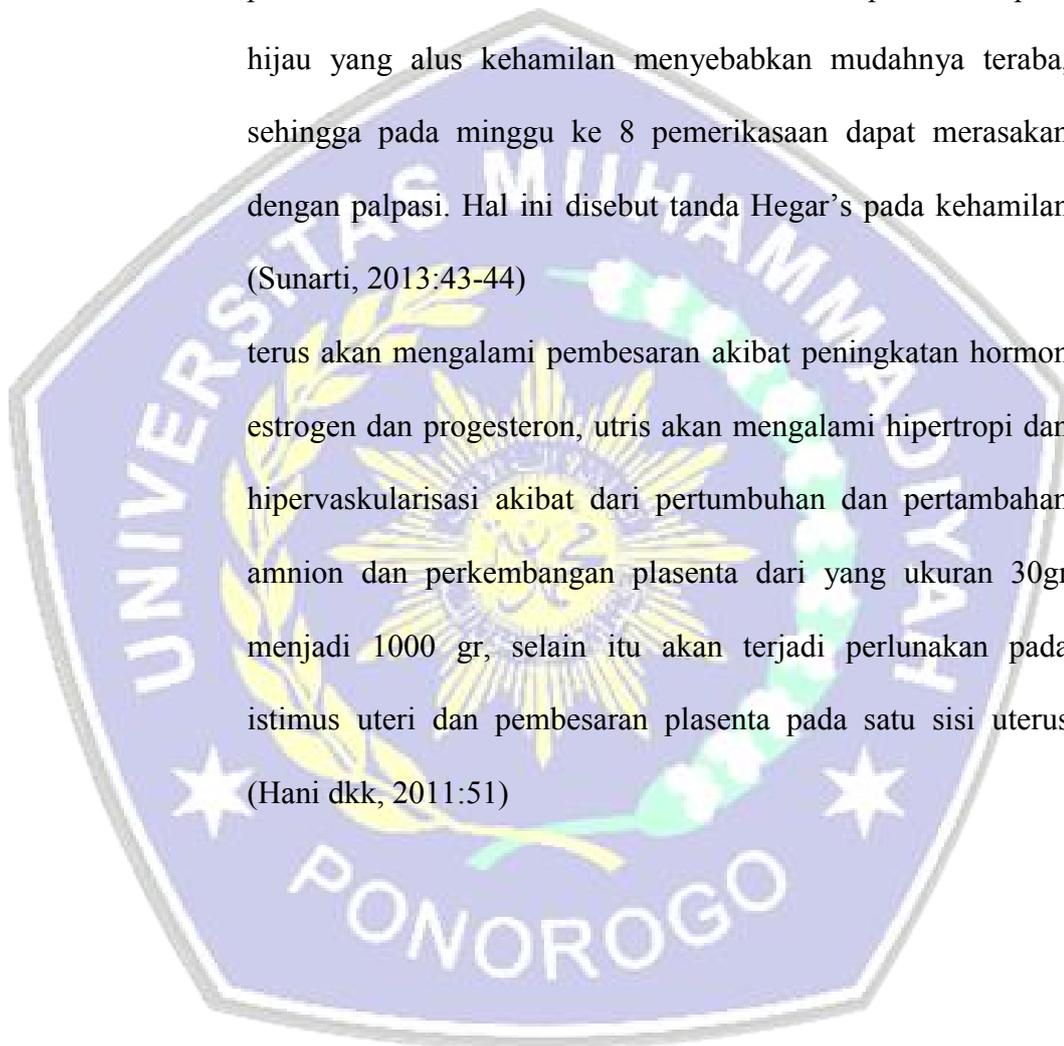
a. Sistem reproduksi

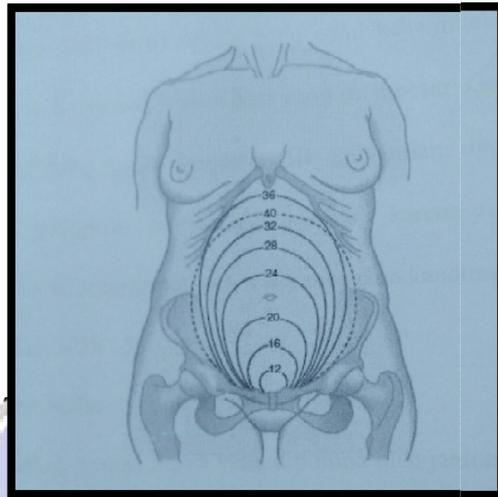
1) Rahim

Rahim perubahan yang amat jelas adalah pembesaran rahim untuk menyimpan bayi yang ditubuh. Ukuran tidak hamil 8x5x3 cm, hamil aterm 30x22x20 cm, berat tidak hamil, 50gram, hamil aterm 1 kg. Peningkatan ukuran ini disebabkan pertumbuhan serabut serabut otot jaringan yang berhubungan, tumbuh membesar dan meregang yang disebabkan oleh rangsangan estrogen serta progesteron dan terjadi akibat tekanan mekanik dari dalam yaitu janin, plasenta serta cairan ketuban akan memerlukan lebih banyak ruangan. (Sunarti, 2013:43)

Dinding rahim menipis dan melunak ketika uterus membesar, pada kehamilan aterm tebal dinding rahim kurang dari 0,5 cm. Pembuluh-pembuluh darah rahim mengalami dilatasi untuk memasok peningkatan volume darah yang sangat besar pada plasenta. Rahim dalam keadaan tidak hamil seperti buah pear hijau yang alus kehamilan menyebabkan mudahnya teraba, sehingga pada minggu ke 8 pemeriksaan dapat merasakan dengan palpasi. Hal ini disebut tanda Hegar's pada kehamilan (Sunarti, 2013:43-44)

terus akan mengalami pembesaran akibat peningkatan hormon estrogen dan progesteron, utris akan mengalami hipertropi dan hipervaskularisasi akibat dari pertumbuhan dan penambahan amnion dan perkembangan plasenta dari yang ukuran 30gr menjadi 1000 gr, selain itu akan terjadi perlunakan pada istimus uteri dan pembesaran plasenta pada satu sisi uterus (Hani dkk, 2011:51)





Gambar 2.13
TFU sesuai usia kehamilan
Sumber : Marmi, 2014:72

Tabel 2.1
Tinggi fundus uteri selama Kehamilan

Umur Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
12 Minggu	Tiga jari diatas simfisis
20 Minggu	Tiga jari dibawah pusat
24 Minggu	Setinggi pusat
28 Minggu	Tiga Jari di atas pusat
32 Minggu	Pertengahan pusat dengan prosesus xifoid
36 Minggu	Setinggi prosesus xifoid
40 Minggu	Dua jari dibawah prosesus xifoid

Sumber : (Kumalasari, 2015:4)

2) Vagina dan vulva

Terjadinya peningkatan produksi lendir oleh mukosa vagina, hipervaskularisasi pada vagina (Hani dkk, 2011:52)

3) Ovarium

Tidak terjadi pembentukan folikel baru dan hanya terlihat perkembangan dari korpus luteum (Hani dkk,2011:52)

4) Serviks

Terjadi hipervaskularisasi dan pelunakan pada serviks peningkatan hormon estrogen dan progesteron, peningkatan lendir servis yang disebut operkulum, kerapuhan peningkatan sehingga mudah berdarah saat melakukan senggama (Hani dkk, 2011:52)

b. Sistem Pencernaan

1) Mulut dan gusi

Peningkatan estrogen dan progesteron meningkat aliran darah ke rongga mulut , hioervaskulerisasi pembuluh darah kapiler gusi sehingga terjadi edema dan hiperplastis, ketebalan epitelial berkurang sehingga gusi lebih rapuh, timbulnya muntah menyebabkan kebersihan mulut terganggu dan meningkatkan rasa asam dimulut (Hani dkk,2011: 53)

2) Lambung

Terjadi relaksasi pada otot-otot pencernaan antara lain peristaltik dilambung sehingga pencernaan makanan oleh lambung menjadi lebih lama dan mudah terjadi peristaltik balik ke esofagus. Selain itu pengaruh dari peningkatan hormon

HCG juga dapat menyebabkan ibu hamil merasa mual dan muntah. (Hani dkk, 2011:54)

3) Usus halus dan Usus Besar

Relaksasi pada usus sehingga penyerapan makanan menjadi lebih maksimal. Relaksasi juga terjadi pada usus besar hingga penyerapan air menjadi lebih lama (Hani dkk, 2011:55)

c. Payudara

Mamae akan lebih membesar dan tegang akibat hormon *somatotropin*, estrogen dan progesteron akan tetapi belum mengeluarkan ASI. Estrogen menimbulkan hipertropi sistem saluran, sedangkan progesteron membelah sel-sel *asinus* pada *mammae*. *Omatotropin* mempengaruhi pertumbuhan sel-sel *asinus* pula dan menimbulkan perubahan dalam sel-sel sehingga terjadi pembuatan *kasein*, *laktalbumin* dan *laktoglobulin* dengan demikian *mammae* dipersiapkan untuk laktasi. Disamping itu dibawah pengaruh *alveolua-alveolus*, sehingga *mammae* menjadi lebih besar. Papila *mammae* akan membesar, lebih tegang dan tambah lebih hitam, seperti seluruh areola *mammae* karena hiperpigmentasi. Hipertropi kelenjar sebacea (lemak) yang muncul di areola primer dan disebut tuberkel montgomery. Granula montomeri tampak lebih jelas menonjol dipermukaan areola *mammae*. Rasa penuh, peningkatan sensitivitas, rasa geli dan rasa berat dipayudara mulai timbul sejak minggu keenam gestasi.

Perubahan ini adalah tanda mungkin hamil. Peningkatan suplai darah membuat pembuluh darah yang sebelumnya tidak terlihat, seketrang terlihat, seringkali tampak sebagai jalilnan jaringan biru dipermukaan kulit. Kongesti vena dipayudara lebih jelas terlihat pada *primigravida*. Stria dapat terlihat dibagian luar payudara (Kusmiati , dkk.2013:58)

d. Sistem Endokrin

Selama siklus menstruasi normal, hipofisis anterior memproduksi LH dan FSH. *Follicle stimulating hormone* (FSH) merangsang folikel de graaf untuk menjadi matang dan berpindah ke permukaan ovarium dimana ia dilepaskan. Folikel yang kosong dikenal sebagai korpus luteum dirangsang oleh LH untuk mmeproduksi progesteron. Progesteron dan estrogen merangsang proliferasi dari desidua (lapisan dalam uterus) dalam upaya mempersiapkan implantasi jika kehamilannya terjadi. Plasenta, yang terbentuk secara sempurna dan berfungsi 10 minggu setelah perubahan terjadi, akan mengambil alih tugas korpus luteum untuk memproduksi estrogen dan progesteron. (Sulistyawati, 2010:66)

e. Sistem Kardiovaskular

1) Jantung

Hipertropi (pembesaran) atau dilatasi ringan jantung mungkin disebabkan oleh peningkatan volume darah dan curah jantung karena difragma terdorong keatas, jantung terangkat keatas dan

berorientasi ke depan, antara minggu ke 14 dan minggu ke 20, denyut meningkat perlahan mencapai 10 sampai 15 kali per menit, kemudian menetap sampai aterm. (Hani dkk, 2011:57)

2) Volume dan komposisi darah

Selama masa hamil terjadi percepaatan produksi SDM (normal: 4-5,5 juta/mm³). Persentasi kenaikan bergantung kepada jumlah besi yang tersedia. Masa SDM meningkat 30-33% pada kehamilan aterm, jika ibu mengkonsumsi suplemen besi. Apabila tidak mengkonsumsi suplemen besi, SDM hanya meningkat 17% pada beberapa wanita. (Hani dkk, 2011:58)

3) Sirkulasi darah

Terjadi gangguan sirkulasi darah akibat pembesaran dan penekanan uterus terutama pada vena pelvis ketika duduk dan vena cava inferior ketika berbaring, peningkatan penyerapan kapiler (Hani dkk, 2011:58)

f. Sistem Perkemihan

Selama kehamilan, ginjal bekerja lebih berat. Ginjal menyaring darah yang volumenya meningkat (sampai 30-50% atau lebih), yang puncaknya terjadi pada usia kehamilan 16-24 minggu sampai sesaat sebelum persalinan (pada saat ini aliran darah ke ginjal berkurang akibat penekanan rahim yang membesar). Dalam keadaan normal, aktivitas ginjal meningkat ketika berbaring dan menurun ketika berdiri. Keadaan ini semakin menguat pada saat

kehamilan, karena itu wanita hamil sering merasa ingin berkemih ketika mereka mencoba untuk berbaring/tidur. Pada akhir kehamilan, peningkatan aktivitas ginjal yang lebih besar terjadi saat wanita hamil yang tidur miring. Tidur miring mengurangi tekanan dari rahim pada vena yang membawa darah dari tungkai sehingga terjadi perbaikan aliran darah yang selanjutnya akan meningkatkan aktivitas ginjal dan curah jantung (Sulistyawati, 2010:62-63)

g. Sistem Integumen

1) Muka

Terjadi perubahan warna bercak hiperpigmentasi kecoklatan pada kulit didaerah tonjolan maksila dan dahi, khususnya pada wanita hamil berkulit hitam akibat peningkatan hormon estrogen dan progesteron serta hormon melanokortikotropin (Hani dkk, 2011:60)

2) Kulit

Hipersensitivitas alergen plasenta. Peningkatan kelenjar apocrine akibat peningkatan hormon, kelenjar tersebut meningkat terutama akibat berat badan dan kegiatan metabolik yang meningkat, peningkatan aktivitas sebacea. (Hani dkk, 2011:60-61)

3) Perut

Terdapat garis pigmentasi dari simfisis pubis sampai ke bagian atas fundus di garis tengah tubuh diinduksi hormon timbul. Pada primigravida, garis mulai terlihat pada bulan ketiga terus memanjang seiring dengan meningginya fundus. Pada multigravida, seluruh garis seringkali muncul sebelum bulan ketiga. Terdapat juga tanda renggangan yang timbul pada 50-90% wanita selama pertengahan kedua kehamilan yang dapat disebabkan oleh adenokortikosteroid, menunjukkan pemisah jaringan ikat (kolagen) dibawah kulit.garis-garis yang sedikit cekung yang cenderung timbul didaerah dengan renggangan maksimum (misalnya di abdomen, paha dan payudara) (Hani dkk, 2011:62)

h. Sistem pernafasan

Ruang abdomen yang membesar oleh karena meningkatnya ruang rahim dan membentuk hormon progesteron yang menyebabkan paru-paru berfungsi sedikit berbeda dari biasanya. Wanita hamil bernafas lebih cepat dan lebih dalam karena memerlukan lebih banyak oksigen untuk janin dan dirinya. Lingkar dada wanita hamil agak membesar. Lapisan saluran pernafasan menerima lebih banyak darah dan menjadi agak tersumbat oleh tumpukan darah (kongesti). Kadang hidung dan tenggorokan mengalami penyumbatan persial akibat kongesti ini. Tekanana dan kualitas suara wanita hamil agak berubah (Sulistyawati, 2010:69)

i. Sistem neurologi dan Muskuloskeletal

Penurunan kalsium dan alkalosis terjadi akibat perubahan pada pernafasan, tekanan uterus pada saraf, kelelahan, dan sirkulasi yang buruk pada tungkai. Pada titik pusat gaya akibat uterus yang bertambah besar dan berat membuat wanita mengambil sikap yang dapat menekan saraf ulnar, median, dan skiatik terjadi hiperventilasi. Terjadi hipertensi postural yang berhubungan dengan perubahan hemodinamis, hipoglikemi, penumpukan darah dibagian tungkai sehingga mengurangi arah balik vena dan mengurangi curah jantung (Hani dkk, 2011:67)

7. Perubahan dan adaptasi psikologis selama kehamilan

a. Trimester I

Trimester pertama sering dikatakan sebagai masa penentuan. Penentuan untuk membuktikan bahwa wanita dalam keadaan hamil. Pada saat inilah tugas psikologis pertama sebagai calon ibu untuk dapat menerima kenyataan akan kehamilannya. Keadaan ini menciptakan kebutuhan untuk berkomunikasi secara terbuka dengan suami. Banyak wanita merasa butuh dicintai dan merasa kuat untuk mencintai namuntanpa berhubungan seks. Libido sangat dipengaruhi kelelahan, rasa mual, pembesaran payudara, keprihatinan, kekhawatiran. Semua ini bagian normal dari proses kehamilan pada trimester pertama (Kumalasari, 2015:7)

b. Trimester II

Tahap kedua saat triwulan kedua, yaitu pada saat usia kehamilan empat hingga enam bulan. Dalam kurun waktu tersebut, biasa ibu sudah merasa tenang karena telah terbiasanya dengan keadaannya. Ditahap ini, wanita hamil sudah dapat melakukan aktivitas, termasuk aktivitas hubungan suami istri. dalam hal perubahan fisik kebanyakan calon ibu merasakan ia jadi makin gemuk dan makin jelek. Image jelek ini kadang jadi negatif, sehingga membuat tak percaya diri disini peran suami sangat dibutuhkan (Sunarti, 2013:58)

c. Trimester III

Trimester ketiga seringkali disebut periode menunggu atau penantian dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya trimester III adalah waktu untuk mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orang tua seperti terpusatnya perhatian pada kehadiran bayi (Kamariyah, 2014:440.

Gerakan bayi dan memperbesarnya perut merupakan dua hal yang mengingatkan ibu akan bayinya. Kadang-kadang ibu merasa khawatir bahkan bayinya akan lahir sewaktu-waktu. Ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaanya akan timbulnya tanda dan gejala akan terjadinya persalinan ibu sering kali merasa khawatir ataupun cemas apakah bayi lahir normal. Kebanyakan ibu juga bersikap melindungi janinnya dan akan menghindari orang atau benda apa saja yang di anggapnya membahayakan janinnya.

Seorang ibu mungkin mulai merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu melahirkan. Rasa yang tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ketiga dan banyak ibu yang merasa dirinya aneh dan jelek. Trimester tiga merupakan saat persiapan aktif untuk kelahiran bayi yang akan dilahirkan dan bagaimana rupanya. Mungkin juga nama bayi yang akan dilahirkan juga sudah dipilih. Trimester ketiga adalah saat persiapan aktif untuk kelahiran bayi dan menjadi orang tua. Keluarga mulai menduga-duga tentang jenis kelamin bayinya dan akan siapa (Kamariyah dkk, 2014:44).

8. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

a. Nutrisi yang adekuat menurut Prawirohardjo (2014:286)

1) Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2.500 kalori. Pengetahuan tentang berbagai jenis makanan yang dapat dijelaskan secara rinci dan bahasa yang dimengerti oleh para ibu hamil dan keluarganya. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas dan hal ini merupakan faktor predisposisi untuk terjadi preeklamsi.

Jumlah penambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil.

2) Protein

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

3) Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram perhari. Sumber kalsium yang mudah di peroleh adalah susu, keju, yogurt, dan kalsium. Defisiensi kalsium dapat menyebabkan ricketsia pada bayi atau osteomalsia pada ibu.

4) Zat besi

Zat besi yang diperlukan ibu hamil adalah 30 mg/hari. Berupa *ferrous gluconate*, *ferrous fumarate*, atau *ferrous sulphate*. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi.

5) Asam folat

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

b. Personal Hygiene

Menurut Marmi (2011:120-121), personal hygiene sangat diperlukan selama kehamilan, karena kebersihan badan mengurangi kemungkinan infeksi.

c. Senggama

Hubungan seksual dapat dilakukan seperti biasa kecuali jika terjadi perdarahan atau cairan dari kemaluan, maka harus dihentikan. Beberapa menganjurkan agar coitus mulai dihentikan 3-4 minggu terahir menjelang perkiraan persalinan. Hindari trauma berlebihan pada daerah serviks/uterus (Sunarsih, 2011:125)

d. Senam hamil

Senam hamil bertujuan mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat dimanfaatkan untuk berfungsi optimal dalam persalinan normal. Senam hamil ditujukan bagi ibu hamil tanpa kelainan atau terdapat penyakit yang menyertai kehamilan, yaitu penyakit jantung, penyakit ginjal, penyulit kehamilan (hamil dengan perdarahan, hamil dengan gestosis, hamil dengan kelainan latak), dan kehamilan yang disertai anemia. Senam hamil dimulai pada usia kehamilan sekitar 24 sampai 28 minggu (Manuaba dkk, 2010:132)

9. Standart Asuhan Kehamilan

Dalam melaksanakan pelayanan *Antenatal Care*, ada sepuluh standart pelayan yang dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang dikenal

dengan 10 T. Pelayanan atau asuhan standart minimal 10 T adalah sebagai berikut:

- a. Timbang berat badan dan ukur ringgi badan
- b. Pemeriksaan tekanan darah
- c. Nilai status gizi (ukur lingkaran lengan atas)
- d. Pemeriksaan puncak rahim (tinggi fundus uteri)
- e. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
- f. Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan.
- g. Pemberian Tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan.
- h. Test laboratorium (rutin dan khusus)
- i. Tatalaksana kasus
- j. Temu wicara (Konseling), termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan komplikasi (P4K) serta KB pasca persalinan (Depkes RI, 2009)

2.1.2 Persalinan

1. Pengertian persalinan

Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini dimulai dengan kontraksi sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks, dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Varney et al, 2007:672)

Persalinan merupakan Serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul

dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu. Persalinan dan kelahiran adalah akhir kehamilan dan titik dimulainya kehidupan diluar rahim bagi bayi baru lahir. Pada proses persalinan dibagi dalam empat kala atau fase. Fase persalinan aktif ada tiga kala yaitu kala I, kala II, dan kala III. Persalinan merupakan proses pergerakan keluarnya janin, plasenta, dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks sebagai akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur. (Ruri Astuti, 2012)

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar 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 plasenta (Sari E dkk, 2014:2)

2. Kala dalam Persalinan

a. Kala I (Pembukaan)

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

lengkap). Proses ini terbagi menjadi dua fase yaitu fase laten (8 jam) dimana serviks membuka sampai 3 cm dan fase aktif (7jam) diman serviks membuka dari 3-10cm. Kontraksi lebih kuat dan sering terjadi selama fase aktif. Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga parturient (ibu yang sedang bersalin) masih dapat berjalan-jalan.

Fase aktif dibagi dalam 3 fase, yaitu:

- 1) Fase akselerasi, dalam waktu 2 jam pembukaan 3cm sampai menjadi 4cm
- 2) Fase dilatasi maksimal, dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4cm sampai 9cm.
- 3) Fase deselerasi, pembukaan melambat kembali, dalam 2 jam pembukaan dari 9cm menjadi lengkap (10cm).

Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung selama 12 jam sedangkan pada multigravida sekitar 8 jam berdasarkan kurve friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm per jam dan pembukaan multigravida 2 cm per jam. (Sulistyawati, 2010:7)

Tabel 2.2
Diagnosis kala dan fase persalinan

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

Sumber : Sulistyawati, 2009:198

b. Kala II

Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Pada kala pengeluaran janin his terkoordinasi, kuat, cepat dan lebih lama kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ke ruang panggul, sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektorik menimbulkan rasa mencejan. Ibu merasa ingin

seperti buang air besar karena tekanan pada rektum dengan tanda anus membuka. Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum menegang. Dengan his mengejan yang dipimpin maka akan lahirlah kepala, diikuti oleh seluruh badan janin. Pada kala II pada primigravida berlangsung 1½- 2jam pada multigravida ½-1 jam. (Kumalasari, 2015:98)

Pada umumnya, kala dua yang lebih lama dari 2 jam untuk primigravida atau 1 jam untuk multipara dianggap abnormal. Namun telah ada pernyataan bahwa batas 2 jam tidak mengidentifikasi perlunya kelahiran bayi dengan forcep atau vakum ekstrator sepanjang terdapat penurunann dan tidak ada gawat janin (Varney, 2007)

Tabel 2.3
Durasi kala satu dan kala dua persalinan

	Tanpa Konduksi Anestesi		Konduksi Anestesi	
	Kala Satu (Jam)	Kala Dua (Menit)	Kala Satu (Jam)	Kala Dua (Jam)
Rerata Nulipara	8,1	54	10,2	79
Rerata Multipara	5,7	19	7,4	45

Sumber : Kusahyati dkk, 2012: 90

c. Kala III

Persalinan kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Berlangsung selama 15-30 menit. Kala III terdiri dari dua fase yaitu

- 1) Fase pelepasan uri

Ada 2 metode untuk pelepasan plasenta :

a) Metode Schulze

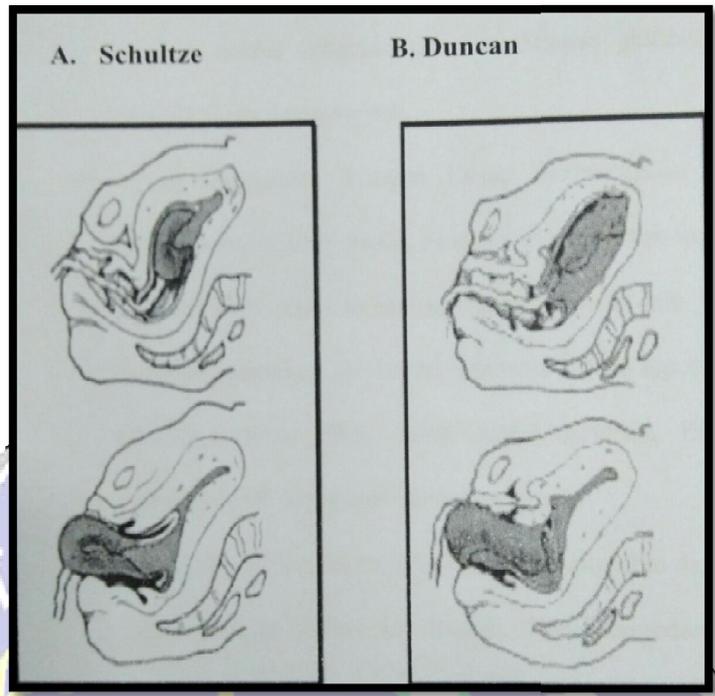
Pelepasan plasenta mulai dari pertengahan, sehingga plasenta lahir diikuti oleh pengeluaran darah. Metode yang lebih umum terjadi, plasenta terlepas dari suatu titik pusat dan merosot ke vagina melalui lubang dalam kantung amnion, permukaan fetal plasenta muncul pada vulva dengan selaput ketuban yang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

Pelepasan ini dapat dimulai dari tengah (sentral) atau dari pinggir plasenta. Ditandai oleh makin panjang keluarnya tali pusat dari vagina (tanda ini dikemukakan oleh Ahlfled) tanpa adanya perdarahan per vaginam, lebih besar kemungkinannya terjadi pada plasenta yang melekat di fundus (Sari E, dkk, 2014:91).

b) Metode Matthews Duncan

Pelepasan plasenta dari daerah tepi sehingga terjadi perdarahan dan diikuti pelepasan plasentanya. Pada metode

Matthews Duncan ini kemungkinan terjadinya bagian selaput ketuban yang tertinggal lebih besar karena selaput ketuban tersebut tidak terkelupas semua selengkap metode schulze. Metode ini adalah metode yang berkaitan dengan plasenta letak rendah didalam uterus. Proses pelepasan berlangsung lebih lama dan darah yang hilang sangat banyak karena adanya sedikit serat oblik dibawah segmen (Marmi, 2016:257). Ditandai oleh adanya perdarahan dari vagina apabila plasenta mulai terlepas. Umumnya perdarahan tidak melebihi 400 ml. Bila lebih hal ini patologi. Lebih besar kemungkinan pada implantasi lateral. Apabila plasenta lahir, umumnya otot-otot uterus segera berkontraksi, pembuluh-pembuluh darah akan terjepit, dan perdarahan segera berhenti. Pada keadaan normal akan lahir spontan dalam waktu lebih kurang 6 menit setelah anak lahir lengkap (Sari, dkk, 2014:91).



Gambar 2.14

Mekanisme pelepasan plasenta

Sumber : Daniel E, 2016

2) Fase pengeluaran uri

Pengeluaran plasenta menurut Rohani, (2011:208) :

- a) Kustner : dengan meletakkan tangan disertai tekanan pada/di atas simpisis, tali pusat ditegangkan, maka apabila tali pusat masuk berarti plasenta belum lepas, tetapi bila diam atau maju berarti plasenta sudah lepas;
- b) Klien : sewaktu ada his, rahim didorong sedikit, bila tali pusat kembali berarti tali pusat belum lepas, tetapi bila diam atau turun berarti plasenta sudah lepas

- c) Strassman : tegakkan tali pusat dan ketuk pada fundus, bila tali pusat bergetar berarti tali pusat belum lepas, tetapi bila tidak bergetar berarti plasenta sudah lepas.

Oleh karena usaha-usaha untuk mengeluarkan plasenta sebelum terlepas sia-sia saja dan mungkin berbahaya, yang paling penting adalah mengenali tanda-tanda pelepasan plasenta. Adapun tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu sebagai berikut :

- 1) Fundus yang berkontraksi kuat
- 2) Perubahan bentuk terus dari bentuk cakram menjadi bentuk oval bulat sewaktu plasenta bergerak ke arah segmen bagian bawah.
- 3) Adanya semburan darah dengan tiba-tiba
- 4) Tali pusat bertambah panjang dengan maju plasenta mendekati introitus.

Tanda ini kadang-kadang terlihat dalam waktu satu menit setelah bayi lahir dan biasanya dalam lima menit (Kumalasari, 2015:98-99)

d. Kala IV (Observasi)

Kala IV mulai dari lahirnya plasenta selama 1-2 jam. Pada kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan pasca persalinan, paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan adalah sebagai berikut

- 1) Tingkat kesadaran pasien

- 2) Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, dan pernafasan.
- 3) Kontraksi uterus
- 4) Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal bila jumlah tidak melebihi 400-500cc.(Sulistyawati,2010:9)

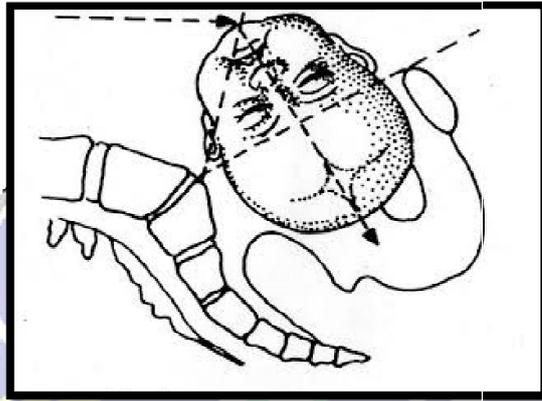
3. Mekanisme Persalinan

a. Engagement

Pada tahap *enggement* (kepala terfiksasi pada PAP), terjadi peristiwa sinklitismus (Wiknjosastro, 2009:310). Menambahkan sinklitimus yaitu bila arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang pintu atau panggul. Varney (2007:755) menjelaskan enggement terjadi untuk posisi LOT dan ROT dengan sutura sagitalis janin dengan diameter transversum pada pintu atas panggul dan diameter biparental janin dalam diameter anteroposterior pada pintu atas panggul. Ada tiga ukuran diameter kepala janin yang digunakan sebagai patokan dalam mekanisme persalinan normal antara lain :

- 1) Jarak *biparental*, merupakan diameter melintang terbesar dari kepala janin. Dipakai didalam definisi penguncian (*enggement*)
- 2) Jarak *suboksipito bregmantika*, jarak antara batas leher dan oksiput ke anterior fontanel. Ini adalah diameter yang bersangkutan dengan presentasi.

- 3) Jarak *oksipitomental*, merupakan diameter terbesar dari kepala janin. Ini adalah diameter yang bersangkutan dengan presentasi dahi (Sulistyawati, 2010:109-110).

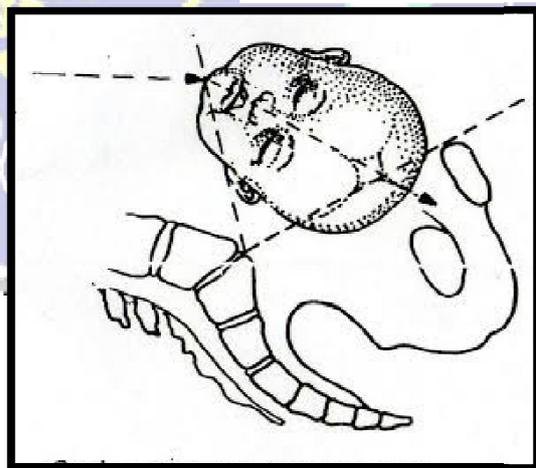


Gambar 2.15
Sinklitismus

Sumber :Prawirohardjo, 2014:310

b. Descent

Pada tahapan *descent* (penurunan kepala) terjadi peristiwa asinklitismus posterior (Litzman) pada simpisis dimana apabila keadaan sebaiknya asinklitismus anterior



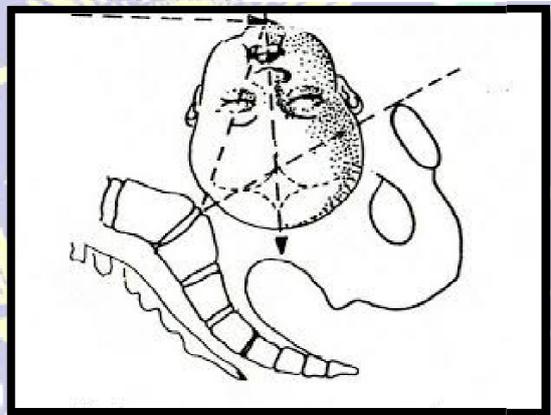
Gambar 2.16

Asinklitismus Anterior

Sumber :Prawirohardjo, 2014:311

c. Fleksi

Pada tahap ini terjadi peristiwa asinklitismus anterior (Neagele) pada promotorium, dimana apabila arah sumbu kepala membuat sudut lancip ke depan dengan pintu atas panggul. Menurut Oxorn (2010:86) menambahkan bahwa tahapan terhadap penurunan kepala menyebabkan pertambahan fleksi. Occiput turun melalui sinciput, ubun-ubun kecil lebih rendah dari pada bregma dan dagu janin mendekati dadanya. Efek dari fleksi ini adalah untuk merubah diameter tertendah dari occipitofrontalis (11,0cm) menjadi subicchioito bregmantika (9,5cm) yang lebih kecil dan lebih kuat.



Gambar 2.17
Asinklitismus Posterior
Sumber :Prawirohardjo, 2014:311

d. Rotasi Internal.

Terjadi putar paksi dalam di dasar panggul. Putaran internal dari kepala janin akan membuat diameter *anteroposterior* (yang lebih panjang) dari kepala menyesuaikan diri dengan diiameter

anteroposterior dari panggul pasien. Pada umumnya rotasi kepala ini akan terjadi ketika kepala telah sampai didasar panggul atau segera setelah itu. Perputaran kepala ini kadang-kadang terjadi pada multipara atau pasien yang mempunyai kontraksi efisien (Sulistyawati, 2010:110)

e. Ekstensi

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



Gambar 2.18
Kepala Janin Ekstensi
Sumber : Manuaba dkk, 2010:185

f. Ekspulsi kepala janin

Terjadi peristiwa lahirnya secara berturut-turut UUB,Dahi, Muka dan dagu.



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

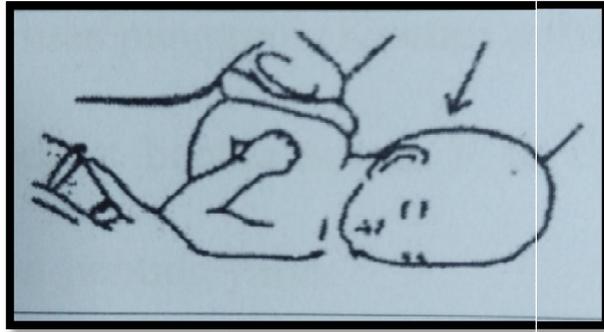
g. Putar Paksi Luar

Restitusi ialah perputaran kepala sebesar 45° baik ke kanan atau kekiri bergantung kepada arah dimana ia mengikuti perputaran menuju posisi oksiput anterior (Sulistyawati, 2010:111)

Putaran ini terjadi bersamaan dengan putaran internal dari bahu.

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

dimana ia akan bergeser dibawah *simfisis pubis*. (Sulistyawati, 2010: 111)



Gambar 2.20
Rotasi Eksternal
Sumber : Manuaba dkk, 2010:185

h. Lahirnya bahu dan Seluruh anggota badan bayi

Bahu posterior akan menggebu perineum dan kemudian dilahirkan dengan cara fleksi lateral. Setelah bahu dilahirkan, seluruh tubuh janin lainnya akan dilahirkan mengikuti sumbu carus (Sulistiyawati, 2010:111)

4. Lima Benang Merah Asuhan Persalinan

Terdapat lima aspek penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Aspek tersebut adalah sebagai berikut :

a. Membuat Keputusan Klinik

Aspek pemecahan masalah yang diperlukan untuk menentukan Pengambilan Keputusan Klinik (Clinical decision Making). Proses ini memiliki empat tahapan dimulai dari pengumpulan data (data subyektif dan data obyektif), diagnosis, penatalaksanaan asuhan dan perawatan (membuat rencana dan melaksanakan rencana) serta evaluasi, yang merupakan pola pikir yang sistematis bagi para

petugas kesehatan yang memberikan asuhan persalinan (Sari E dkk, 2014:19)

b. Asuhan Sayang ibu dan Sayang Bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu ` salah satu prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi (Sari E dkk, 2014:19)

c. Pencegahan Infeksi

Tujuan pencegahan infeksi ini yaitu mencegah terjadinya transmisi penyakit yang disebabkan oleh bakteri, virus, dan jamur,serta untuk menurunkan resiko terjangkit atau terinfeksi mikroorganismе yang menimbulkan penyakit-penyakit berbahaya yang hingga kini belum ditemukan cara pengobatannya, seperti Hepatitis dan HIV/AIDS. Penolong persalinan dapat terpapar ditempat kerjanya melalui percikan darah atau cairan tubuh pada mata, hidung, mulut atau melalui diskontinuitas permukaan kulit (misalnya luka atau lecet yang kecil), juga luka tusukan yang disebabkan oleh jarum yang terkontaminasi atau peralatan tajam yang lain, baik pada prosedur dilakukan maupun pada pemrosesan alat. (Sari E dkk, 2014:21)

1) Prinsip pencegahan infeksi

Beberapa definisi dalam pencegahan infeksi antara lain:

a) Antisepsis

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

b) Asepsis atau teknik aseptik

Adalah semua usaha yang dilakukan dalam mencegah masuknya mikroorganisme ke dalam tubuh yang mungkin akan menyebabkan infeksi. Caranya adalah menghilangkan atau menurunkan jumlah mikroorganisme pada kulit, jaringan, dan benda-benda mati hingga tingkat aman.

c) Dekontaminasi

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

Rumus untuk membuat Larutan Klorin 0,5% dari larutan

konsentrat berbentuk cair

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

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

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

d) Desinfeksi

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

e) Desinfeksi tingkat tinggi (DTT)

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

f) Mencuci dan membilas

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

g) Sterilisasi

Adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme (bakteri, virus, jamur, parasit)

termasuk endospora bakteri pada benda-benda mati atau instrumen (Ambarwati, 2011:103).

2) Pemrosesan alat bebas pakai

a) Dekontaminasi

Adalah langkah pertama dalam menangani peralatan, perlengkapan, sarung tangan dan benda-benda lainnya yang terkontaminasi. Dekontaminasi membuat benda-benda lebih aman untuk ditangani petugas pada saat dilakukan pembersihan. Untuk perlindungan lebih jauh, pakai sarung tangan karet yang tebal atau sarung tangan rumah tangga dari lateks, jika menangani peralatan yang sudah digunakan atau kotor. Segera setelah digunakan, masukkan benda-benda yang telah terkontaminasi ke dalam larutan clorin 0,5% selama 10 menit. Ini akan dengan cepat mematikan virus Hepatitis B dan HIV.

b) Pencucian dan pembilasan

Pencucian adalah sebuah cara yang efektif untuk menghilangkan sebagian besar mikroorganisme pada peralatan dan instrumen yang kotor atau sudah digunakan. Baik sterilisasi maupun desinfeksi tingkat tinggi menjadi kurang efektif tanpa proses pencucian sebelumnya. Jika benda-benda yang terkontaminasi tidak dapat di cuci segera setelah dekontaminasi, bilas peralatan dengan air untuk

mencegah korosi dan menghilangkan bahan-bahan organik, lalu cuci dengan seksama secepat mungkin.

(1) Perlengkapan atau bahan-bahan untuk mencuci peralatan

- (a) Sarung tangan karet yang tebal atau sarung tangan rumah tangga dari lateks.
- (b) Sikat halus (boleh menggunakan sikat gigi).
- (c) Tabung suntik (minimal ukuran 10 mm: untuk membilas bagian dalam kateter, termasuk kateter penghisap lendir).
- (d) Wadah plastik atau baja anti karat (stainless steel).
- (e) Air bersih.
- (f) Sabun dan detergen.

(2) Tahap-tahap pencucian dan pembilasan

- (a) Gunakan sarung tangan yang tebal pada kedua tangan.
- (b) Ambil peralatan bekas pakai yang sudah di dekontaminasi (hati-hati bila memegang peralatan yang tajam seperti gunting dan jaru jahit).
- (c) Agar tidak merusak benda-benda yang terbuat dari plastik atau karet jangan dicuci secara bersamaan dengan peralatan yang terbuat dari logam.
- (d) Cuci setiap benda tajam secara terpisah dan hati-hati:

- (1) Gunakan sikat dengan air dan sabun untuk menghilangkan sisa darah dan kotoran.

- (2) Buka engsel gunting dan klem.
- (3) Sikat dengan seksama terutama dibagian sambungan dan pojok peralatan.
- (4) Pastikan tidak ada sisa darah dan kotoran yang tertinggal di peralatan.
- (5) Cuci setiap benda setidaknya 3 kali (lebih jika perlu). Dengan air mengalir sabun atau detergen.
- (6) Bilas benda-benda tersebut dengan air bersih.
- (e) Ulangi prosedur tersebut pada benda lain.
- (f) Jika peralatan akan didesinfeksi tingkat tinggi secara kimiawi (misalnya dalam larutan clorin 0,5%) tempatkan peralatan dalam wadah yang bersih dan biarkan kering sebelum memulai proses DTT.
- (g) Peralatan yang akan didesinfeksi tingkat tinggi dengan cara dikukus atau di rebus atau sterilisasi di dalam autoklaf atau open panas kering, tidak usah di keringkan sebelum prosedur DTT atau sterilisasi dimulai.
- (h) Selagi masih memakai sarung tangan, cuci sarung tangan dengan air dan sabun kemudian dibilas secara seksama dengan menggunakan air bersih.
- (i) Gantungkan sarung tangan dan biarkan dengan cara diangin-anginkan.

c) Desinfeksi tingkat tinggi dan sterilisasi

Meskipun sterilisasi adalah cara yang paling efektif untuk membunuh mikroorganisme, sterilisasi tidak selalu memungkinkan dan tidak selalu praktis. DTT adalah satu-satunya alternatif untuk situasi tersebut, DTT bisa dicapai dengan cara:

1) DTT dengan cara merebus

- (a) Gunakan panci dengan penutup yang rapat.
- (b) Ganti air setiap kali mendesinfeksi peralatan.
- (c) Redam peralatan sehingga semuanya terendam dalam air.
- (d) Mulai panaskan air.
- (e) Mulai hitung waktu saat air mulai mendidih.
- (f) Jangan tambahkan benda apapun ke dalam air mendidih setelah perhitungan waktu dimulai.
 - (1) Rebus selama 20 menit.
 - (2) Catat lama waktu perebusan peralatan di dalam buku khusus.
 - (3) Biarkan peralatan kering dengan cara diangin-anginkan sebelum digunakan atau disimpan.
 - (4) Setelah peralatan kering gunakan segera atau simpan dalam wadah desinfeksi tingkat tinggi dan

berpenutup. Peralatan bisa disimpan sampai 1 minggu asalkan penutupnya tidak terbuka.

2) DTT dengan uap panas

Setelah sarung tangan didekontaminasi dan dicuci maka sarung tangan siap di DTT dengan uap tanpa diberi talk.

(a) Gunakan panci perebus yang memiliki 3 susunan nampan pengukus.

(b) Gulung bagian atas sarung tangan dapat dipakai tanpa membuka: kontaminasi baru.

(c) Letakkan sarung tangan pada baki atau nampan pengukus yang berlubang di bawahnya. Agar mudah dikeluarkan dari bagian atas panci pengukus, letakkan sarung tangan dengan bagian jarinya ke arah tangan panci. Jangan menumpuk sarung tangan (5-10 sarung tangan bisa diletakkan di panci pengukus tergantung diameter panci).

(d) Ulangi proses tersebut hingga semua nampan pengukus berisi sarung tangan. Susun 3 nampan pengukus yang berisi air. Letakkan sebuah panci perebus kosong di sebuah kompor.

(e) Letakkan penutup di atas panci pengukus paling atas dan panaskan air hingga mendidih. Jika air mendidih perlahan, hanya sedikit uap air yang

dihasilkan dan suhunya mungkin tidak cukup tinggi untuk membunuh mikroorganisme. Jika air mendidih cepat, air akan menguap dengan cepat dan bahan bakar akan terbuang.

- (f) Jika uap mulai keluar dari celah-celah diantara panci pengukus mulailah perhitungan waktu. Catat lamanya waktu pengukusan pada buku khusus.
- (g) Kukus sarung tangan selama 20 menit.
- (h) Angkat nampan pengukus paling atas yang berisi sarung tangan dan goyangkan perlahan-lahan agar air yang tersisa pada sarung tangan dapat menetes keluar.
- (i) Letakkan nampan pengukus diatas panci perebus yang kosong disebelah kompor, ulangi langkah tersebut hingga nampan pengukus yang bersisi sarung tangan tersusun diatas panci perebus yang kosong. Letakkan penutup diatasnya hingga sarung tangan menjadi dingin dan kering tanpa terkontaminasi.
- (j) Biarkan sarung tangan kering dengan diangin-anginkan sampai kering di dalam panci selama 4-6 jam. Jika diperlukan segera, biarkan sarung tangan menjadi dingin selama 5-10 menit dan kemudian

digunakan dalam waktu 30 menit pada saat masih basah atau lembab.

- (k) Jika sarung tangan tidak akan dipakai segera. Setelah kering, gunakan pinset DTT untuk memindahkan sarung tangan. Letakkan sarung tangan tersebut dalam wadah DTT lalu tutuo rapat. Sarung tangan tersebut disimpan sampai 1 minggu.

3) DTT dengan kimiawi

- a) Letakkan peralatan yang kering, sudah dikontaminasi dan dicuci dalam wadah. Kemudian isi wadah tersebut dengan larutan kimia.
- b) Pastikan bahwa peralatan terendam semua dalam larutan kimia.
- c) Rendam peralatan selama 20 menit.
- d) Catat lama waktu terendam dalam larutan kimia di buku khusus.
- e) Bilas peralatan dengan air matang dan angin-anginkan sampai kering di wadah DTT yang berpenutup.
- f) Setelah kering peralatan dapat digunakan dengan segera digunakan atau disimpan dalam wadah DTT yang bersih (Ambarwati, 2011:103-118).

d. Rekam Medis

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 digunakan adalah partograf dapat diartikan bahwa pemeriksaan tersebut tidak dilakukan (Sari E dkk, 2014:26-27)

e. Rujukan

Jika ditemukan suatu masalah dalam persalinaan sering kali sulit untuk melakukan upaya rujukan dengan cepat. Rujukan tepat waktu merupakan bagian dari asuhan sayang ibu dan menunjang terwujudnya program *safe motherhood*. Dibawah ini merupakan yang dapat digunakan petugas kesehatan dalam mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi:

1) B (Bidan)

Pastikan bahwa ibu dan bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk melaksanakan gawat darurat obstetri dan BBI untuk dibawa ke fasilitas rujukan.

2) A (Alat)

Bawa perlengkapan dan alat-alat untuk asuhan persalinan, masa nifas dan BBI (tabung suntik, selang iv, alat resusitasi, dan lain-

lain) bersama ibu ketempat rujukan. Perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan dalam perjalanan fasilitas rujukan.

3) K (Keluarga)

Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan bayi dan mengapa ibu dan bayi memerlukan rujukan. Jelaskan pada mereka alasan dan tujuan merujuk ibu ke fasilitas rujukan tersebut. Suami atau anggota keluarga yang lain harus menemani ibu dan BBL hingga ke fasilitas rujukan.

4) S (Surat)

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

5) O (Obat)

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

6) 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.

7) 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 difasilitas rujukan.

8) Da (Donor darah)

Persiapan darah baik dari anggota keluarga maupun kerabat sebagai persiapan jika terjadi perdarahan. Dan doa sebagai kekuatan spiritual dan harapan yang dapat membantu proses persalinan. (Sari E dkk, 2014:28-29)

5. Partograf

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

- a. Denyut jantung janin, dicatat setiap 30 menit
- b. Air ketuban dicatat melakukan pemeriksaan vagina:

U : Selaput utuh

J : Selaput pecah, air Ketuban Jernih

M : air ketuban bercampur meconium

D : air ketuban bernoda darah. (Saifudin, 2009:104)

K : tidak ada cairan ketuban/kering. (Manuaba, 2010:160)

c. Perubahan bentuk kepala janin (molding dan molase) :

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

1 : tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.

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

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

d. Pembukaan mulut rahim (serviks) dinilai setiap 4 jam dan diberi tanda silang (X) (Saifuddin, 2009:104)

e. Penurunan, mengaju pada bagian kepala (dibagi 5 bagian) yang teraba (pada pemeriksaan abdomen/luar) diatas simfisis pubis, dicatat dengan tanda lingkaran (O).

f. Waktu dan jam , menyatakan berapa jam waktu yang telah dijalani sesudah pasien diterima

g. Kontraksi uterus. Catat setiap setengah jam, lakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya masing masing kontraksi dalam hitungan detik. Nyatakan lamanya kontraksi dengan :

- 1) Berikan titik-titik dikotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik.
 - 2) Beri garis-garis dikotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik.
 - 3) Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya lebih dari 40 detik (Saifuddin, 2010:321)
- h. Oksitosin. Bila memakai oksitosin catatlah banyaknya oksitosin per volume cairan infus dan dalam tetesan per menit (Saifuddin, 2009:104)
- i. Obat-obatan lain dan cairan IV. Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan atau cairan I.V. dalam kotak yang sesuai. (Saifuddin, 2010:322)
- j. Nadi, tekanan darah dan temperatur tubuh ibu. Angka sebelah kiri partogram berkaitan dengan nadi dan tekanan darah ibu.
- 1) Catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan. Beri tanda titik pada kolom yang sesuai.
 - 2) Catat tekanan darah ibu setiap 4 jam selama fase aktif persalinan. Beri tanda panah pada kolom waktu yang sesuai.
 - 3) Catat temperatur tubuh ibu setiap 2 jam pada kotak yang sesuai.
- k. Protein, aseton dan volume urin. Catat setiap kali ibu berkemih (Saifuddin, 2009:104)

6. Sebab-sebab terjadinya Persalinan

Perlu diketahui bahwa selama kehamilan, dalam tubuh wanita terdapat dua hormon yang dominan.

a. Esterogen

Berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas otot rahim serta memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin, dan mekanis. (Sulistyawati, 2010:)

b. Progesteron

Berfungsi untuk menurunkan sensitivitas otot rahim, menghambat rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin, dan mekanis, serta menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi. Esterogen dan progesteron harus dalam komposisi keseimbangan, sehingga kehamilan dapat dipertahankan. Perubahan keseimbangan antara esterogen dan progesteron memicu oksitosin dikeluarkan oleh hipofisis posterior, hal tersebut menyebabkan kontraksi yang disebut dengan Braxton Hicxs. Kontraksi Braxton Hicxs akan menjadi kekuatan dominan saat mulainya proses persalinan sesungguhnya, oleh karena itu makin matang usia kehamilan maka frekuensi kontraksi ini akan semakin sering.

Oksitosin diduga bekerja sama dengan prostaglandin, yang kadarnya makin meningkat mulai dari usia kehamilan minggu ke-15. Di samping itu faktor status gizi wanita hamil dan ketegangan

otot rahim juga secara penting mempengaruhi dimulainya kontraksi otot rahim.

Sampai saat ini hal yang menyebabkan mulainya proses persalinan belum diketahui benar, yang ada hanya berupa teori-teori yang kompleks antara lain faktor-faktor hormon, struktur rahim, pengaruh tekanan pada saraf, dan nutrisi.

a. Teori Penurunan Hormon

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

b. Teori Plasenta Menjadi Tua

Seiring matangnya usia kehamilan, villi chorialis dalam plasenta mengalami beberapa perubahan, hal ini menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron yang mengakibatkan tegangnya pembuluh darah sehingga akan menimbulkan kontraksi uterus.

c. Teori Distensi Rahim

- 1) Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu.
- 2) Setelah melewati batas tersebut, akhirnya terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.

Contohnya pada kehamilan gemeli, sering terjadi kontraksi karena uterus teregang oleh ukuran janin ganda, sehingga kadang kehamilan gemeli mengalami persalinan yang lebih dini.

d. Teori Iritasi Mekanis

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

e. Teori Oksitosin

- 1) Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior
- 2) Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga terjadi kontraksi Braxton Hicks.
- 3) Menurunnya konsentrasi progesteron karena magangnya usia kehamilan menyebabkan di fisik meningkatkan aktivitasnya dalam merangsang otot rahim untuk berkontraksi, dan akhirnya persalinan dimulai.

f. Teori Hipotalamus-Pituitari Dan Glandula Suprenlis

- 1) Grandula suprarenalis merupakan memicu terjadinya persalinan.
- 2) Teori ini menunjukkan, pada kehamilan dengan bayi anensefalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuk nya hipotalamus.

g. Teori Prostaglandin

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

h. Induksi Persalinan

Persalinan dapat juga di timbulkan dengan jalan sebagai berikut.

- 1) Gagang laminaria : dengan cara laminaria dimasukkan ke dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang fleksus frankenhauser.
- 2) Amniotomi : pemecahan ketuban
- 3) Oksitosin drip : pemberian oksitosin menurut tetesan per infus. (Sulistyawati, 2010:4-6)

7. Faktor yang mempengaruhi proses persalinan

Faktor yang mempengaruhi proses persalinan menurut Walyani (2014:76-77)

a. PASSAGE (jalan Lahir)

Jalan lahir yang paling menentukan proses persalinan adalah pelvis.

Menurut Mochtar 1998 faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan antara lain:

1) Jalan Lahir (Passage)

Jalan lahir dibagiatas bagian keras tulang-tulang panggul (tulang rangka panggul) dan bagian lunak panggul.

2) Anatomi jalan Lahir

Jalan lahir keras : pelvis/panggul terdiri dari 3 buah tulang yaitu:

- a) Os.coxae, terdiri dari Os. Illium, Os. Ischium, Os. Pubis
- b) Os.sacrum :promotorium
- c) Os. Coccygis.

Tulang panggul dipisahkan oleh pintu atas panggul menjadi 2 bagian:

- a) Pelvis major: bagian di atas pintu atas panggul tidak berkaitan dengan persalinan.
- b) Pelvis minor: menyerupai suatu saluran yang menyerupai sumbu melengkung ke depan.
- c) Jalan lahir lunak: segmen bawah rahim, serviks, vagina, introitus vagian, dan vagina, muskulus dan ligamentum yang menyelubungi dinding dalam dan bawah panggul.

3) Bidang-bidang Hodge

Bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan yaitu seberapa jauh seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam.

- a) Hodge I : promotorium sejajar atas simfisis
- b) Hodge II : hodge I sejajar pinggir bawah simfisis
- c) Hodge III : hodge I sejajar isiadika
- d) Hodge IV : hodge I sejajar ujung coccygeus

Ukuran-ukuran panggul :

- a) Distansia spinarium (24-26 cm)
 - b) Distansia Cristarium (28-30 cm)
 - c) Conjugate externa (18-20 cm)
 - d) Lingkar Panggul (80-90 cm)
 - e) Conjugate diagonalis (12,5 cm)
- b. POWER (kekuatan ibu)

Power (tenaga) meliputi kekuatan dan reflek meneran. Kekuatan untuk mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot perut, kontraksi dinding diafragma, dan aksi dari ligament (Rohani dkk, 2011)

1) His

His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan. Frekuensi mula-mula masih jarang dan tidak teratur misalnya stiap 20 menit sampai 30 menit, kemudian menjadi lebih sering menjelang akhir persalinan kala I, kontraksi lebih sering yakni

setiap dua atau tiga menit kontraksi pada persalinan aktif perlangsung pada 45 sampai 90 detik dengan durasi rata-rata 60 detik (Sari E, 2014:24)

2) Tenaga mengejan

Segera setelah bagian presentasi mencapai dasar panggul, sifat kontraksi berubah mendorong keluar, wanita merasa ingin mengejan. Tegana mengejan ini hanya dapat berhasil pembukaan sudah lengkap dan paling efektif sewaktu kontraksi rahim, kontraksi ini cukup penting untuk mendorong bayi keluar dari rahim dan vagina (Sari E, 2014:24)

c. PASSENGER (isi kehamilan)

1) Janin

Hubungan janin dengan jalan lahir :

a) Sikap : menunjukkan hubungan bagian-bagian janin satu sama lain. Biasanya tubuh janin berbentuk lonjong (avoid) kira-kira sesuai dengan kavum uterus.

b) Letak (situs) : menunjukkan hubungan sumbu janin satu sama lain. Bila kedua sumbunya sejajar disebut letak memanjang, bila tegak lurus satu sama lain disebut letak melintang.

c) Presentasi dan bagian bawah: presentasi menunjukkan bagian janin yang berada dibagian terbawah jalan lahir.

d) Posisi dan penyebutnya: posisi menunjukkan hubungann bagian janin tertentu (penyebut, ubun-ubun kecil, daguatau sakrum) dengan bagian kiri, kanan, depan lintang (lateral) dan belakang dari jalan lahir (Walyani, 2014:76)

2) Plasenta dan Tali Pusat

Oleh karena plasenta juga harus melalui jalan lahir, ia juga dianggap sebagai penumpang yang menyertau janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada persalinann normal (Rohani, 2011:77)

3) Air Ketuban

Merupakan elemen penting dalam proses persalinan. Air ketuban dapat dijadikan acuan dalam menentukan dignosis kesejahteraan janin (Sulistyawati, 2010:39)

d. POSISI

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

e. PENOLONG PERSALINAN

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

f. PENDAMPING PERSALINAN

Pendamping persalinan merupakan faktor pendukung dalam lancarnya persalinan. Dorong dukungan berkesinambungan harus ada seorang yang menunggui setiap saat, memegang tangannya dan memberi kenyamanan.

g. PSIKOLOGIS IBU

Melibatkan psikologis ibu, emosi, dan persiapan intelektual pengalaman bayi sebelumnya, kebiasaan adat, dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu (Walyani, 2014:76-77)

8. Tanda-tanda dan gejala persalinan

- a. Rasa sakit karena adanya kontraksi uterus yang progresif, teratur yang meningkat kekuatan frekuensi dan durasi.
- b. Rabas vagina yang mengandung darah (bloody show)
- c. Kadang-kadang selaput ketuban pecah spontan.
- d. Pada pemeriksaan dalam serviks mendatar dan pembukaan telah ada. (Kumalasari, 2015:97)

Berikut tanda-tanda permulaan persalinan

a. Lightening

Menjelang minggu ke 36 pada primigravida, terjadi penurunan fundus uterus karena kepala bayi sudah masuk ke dalam panggul.

Penyebab dari proses ini adalah sebagai berikut

- 1) Kontraksi *Braxton Hicks*.
- 2) Ketegangan dinding perut.
- 3) Ketegangan *ligamentum rotundum*.

- 4) Gaya berat janin, kepala kearah bawah uterus. (Sulistyawati, 2010:6)

Masuknya kepala janin kedalam panggul dapat dirasakan oleh wanita hamil dengan tanda-tanda sebagai berikut.

- 1) Terasa ringan dibagian atas dan rasa sesak berkurang
- 2) Dibagian bawah terasa penuh dan mengganjal
- 3) Kesulitan saat berjalan
- 4) Sering berkemih (Sulistyawati, 2010:6)

b. Terjadinya his permulaan

Ada perubahan kadar hormon estrogen dan progesteron menyebabkan oksitosin semakin meningkat dan dapat menjelankan fungsinya dengan efektif untuk menimbulkan kontraksi atau his permulaan. His ini sering diistilahkan sebagai his palsu dengan ciri-ciri sebagai berikut:

- 1) Rasa nyeri ingin dibagian bawah
- 2) Datang teratur
- 3) Tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda-tanda kemajuan persalinan.
- 4) Durasi pendek
- 5) Tidak bertambah bila beraktifitas (Sulistyawati, 2010:6)

Tanda masuk dalam persalinan

a. Terjadi his persalinan

Dengan karakteristik:

- 1) Pinggang terasa sakit menjalar ke depan.
- 2) Sifat his teratur, interval semakin pendek dan kekuatan makin besar.
- 3) Terjadi perubahan serviks.
- 4) Jika pasien menambah aktifitas, misalnya berjalan maka kekuatannya bertambah.

b. Keluar lendir dan darah

Dengan adanya his persalinan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan:

- 1) Pendataran dan pembukaan.
- 2) Pembukaan menyebabkan selaput lendir yang terdapat pada kanalis servikalis terlepas.
- 3) Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

c. Pengeluaran Cairan

Pengeluaran air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24jam (Sulistyawati, 2010:7)

9. Kebutuhan dasar selama persalinan

a. Makan dan minum per oral

Beberapa waktu yang lalu pemberian makanan padat pada pasien yang kemungkinan sewaktu-waktumemerlukan tindakan anestesi tidak di setujui karena makan an yang tertinggal dilambung akan

menyebabkan aspirasi pneumonia (tersedak dan masuk ke dalam saluran saluran pernafasan). Penatalaksanaan paling tepat dan bijaksana yang dapat dilakukan oleh bidan adalah melihat situasi pasien, artinya intake cairan dan nutrisi tetap dipertimbangkan untuk diberikan untuk konstistensi dan jumlah yang logis dan sesuai dengan kondisi. (Sulistyawati, 2010:41-42)

b. Akses intravena

Ada dua tujuan pemasangan infus yakni :

- 1) Sebagai jalur obat, cairan, atau darah untuk mempertahankan keselamatan ketika terjadi kegawatdaruratan obstetrik.
- 2) Sebagai cara mempertahankan hidrasi maternal (Varney H et al, 2007:696)

c. 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 kontra indikasi dari keadaan pasien). Beberapa posisi yang dapat diambil antara lain rekumben lateral (miring), lutut dada, duduk, berdiri, berjalan, dan jongkok(Varney H et al, 2007:697)

d. Buang Air Besar

Pasien akan merasa sangat tidak nyaman ketika merasakan dorongan untuk BAB. Namun rasa khawatir kadang lebih

mendominasi dari pada perasaan yang tidak nyaman, hal ini terjadi karena pasien tidak tahu mengenai caranya serta khawatir akan merespon orang lain terhadap kebutuhannya ini. Dalam kondisi ini penting bagi keluarga serta bidan untuk menunjukkan respon yang positif dalam hal kesiapan untuk memberikan bantuan dan meyakinkan pasien bahwa ia tidak perlu risih atau sungkan dalam melakukannya (Sulistyawati, 2010:46)

e. Buang Air Kecil

Selama proses persalinan, pasien akan mengalami poliuri sehingga penting untuk difasilitasi agar kebutuhan eliminasi dapat terpenuhi jika pasien masih berada dalam awal kala I, ambulasi dengan berjalan seperti aktivitas ke toilet akan membantu penurunan kepala janin. Jika kondisi pasien tidak memungkinkan untuk Bak sendiri ditolek, maka tugas bidan atau keluarga terdekat untuk memfasilitasinya menggunakan pispot di tempat tidur. (Sulistyawati, 2010:46)

f. Istirahat

Istirahat sangat penting untuk pasien karena akan membuat rileks. Dari awal persalinan sebaiknya di anjurkan pasien untuk istirahat yang cukup sebagai persiapan untuk menghadapi proses persalinan yang panjang, terutama primipara. Jika pasien benar-benar tidak dapat tidur terlelap karena sudah mulai merasakan his, minimal

upaya kan untuk berbaring ditempat tidur dalam posisi miring ke kiri untuk beberapa waktu (Sulistyawati, 2010:47)

g. Kehadiran Pendamping

Kehadiran seseorang yang penting dan dapat dipercaya sangat dibutuhkan oleh para pasien yang akan menjalani proses bersalin. Individu ini tidak selalu suami atau keluarga. Jika diawal 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 persalinan (Sulistyawati, dkk 2010:48)

2.1.3 Masa nifas

1. Pengertian Nifas

Menurut Pusdiknakes tahun 2003 masa nifas adalah masa dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan. Pernyataan ini dipernyataan ini juga diperjelas oleh Abdul Bari (2000) yang menyatakan bahwa masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir setelah kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira-kira 6 minggu (Marmi, 2014:235).

Masa nifas atau masa puerperium adalah masa setelah persalinan selesai sampai 6 minggu atau 42 hari. Selama masa nifas, organ reproduksi secara perlahan akan mengalami perubahan seperti sebelum

hamil. Perubahan sistem reproduksi ini disebut *invulusi* (Martalia, 2014:11)

Menurut Coad dan Dunstall tahun 2006 masa nifas (puerperium) dimaknai sebagai periode pemulihan setelah lahirnya bayi dan plasenta serta mencerminkan keadaan fisiologis ibu, terutama sistem reproduksi kembali mendekati keadaan sebelum hamil. Periode ini berlangsung enam minggu atau berakhirnya saat kembalinya kesuburan (Marliandiani dkk, 2015:2)

2. Proses Masa Nifas

a. Pengecilan rahim atau involusi

Rahim adalah organ tubuh yang spesifik dan unik karena dapat mengecil serta membesar dengan menambah atau mengurangi jumlah selnya. Bentuk otot rahim mirip jala berlapis 3 dengan serat-seratnya, yang melintang kanan, kiri dan transversal. Diantara otot-otot itu ada pembuluh darah yang mengalir darah ke plasenta. Setelah plasenta lepas, otot rahim akan berkontraksi atau mengerut, sehingga pembuluh darah terjepit dan pendarahan berhenti. Setelah bayi lahir, umumnya berat rahim menjadi sekitar 1000 gram dan dapat diraba kira-kira 2 jari dibawah umbilikus. Setelah 1 minggu beratnya sekitar 300gr dan tidak dapat diraba lagi. Jadi, secara alamiah rahimm akan kembali mengecil perlahan—lahan kebentunya semula. Setelah 6 minggu beratnya sudah sekitar 40-60 gr. Pada saat ini dianggap bahwa masa nifas sudah selesai. Namun

sebenarnya rahim akan kembali keposisi yang normal, tapi juga kondisi tubuh ibu secara keseluruhan.

b. Kekentalan darah (hemokonsentrasi) kembali normal

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

c. Proses laktasi dan menyusui

Proses ini timbul setelah plasenta atau ari-ari lepas. Plasenta mengandung hormon penghambat prolaktin (hormon plasenta) yang menghambat pembentukan ASI. Setelah plasenta lepas hormon-hormon plasenta itu tidak dihasilkan lagi, sehingga terjadi produksi ASI. ASI keluar 2-3 hari pasca melahirkan. Namun hal yang luar biasa adalah sebelumnya dipayudara sudah terbentuk kolostrum yang sangat baik untuk bayi, karena mengandung zat kaya gizi, dan anti bodi pembunuh kuman (Saleha,2009:2-4).

3. Tahapan Masa nifas

Tahapan masa nifas terbagi menjadi tiga tahap yaitu

a. Purperium Dini

Merupakan masa memulihkan awal dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan. Ibu yang melahirkan pervagina tanpa komplikasi selama 6 jam pertama setelah kala IV dianjurkan untuk mobilisasi segera (Maritalia,2014:12)

b. Purperium Intermedial

Suatu masa dimana yakni kepulihan menyeluruh dari organ-organ reproduksi internal maupun eksternal selama kurang lebih 6-8 minggu (Marliandiani,2015:3).

c. Remote Purperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila ibu selama masa hamil atau bersalin mengalami komplikasi. Rentang waktu remote puerperium berbeda untuk setiap ibu, tergantung dari berat ringannya komplikasi yang dialami selama hamil atau persalinan (Maritalia, 2014:12)

4. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

a. Perubahan Sistem Reproduksi

1) Involusi uterus

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses yakni uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus.

Tabel 2.4
Perubahan Uterus Masa Nifas

No	Waktu involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus	Palpasi Serviks
1.	Bayi lahir	Setinggi Pusat	1.000 gram	12,5 cm	Lunak
2.	Plasenta Lahir	Dua jari bawah pusat	750 gram	12,5 cm	Lunak
3.	Satu Minggu	Peretengahan pusat sampai simfisis	500 gram	7,5 cm	2cm
4.	Dua Minggu	Tidak teraba diatas simfisis	300 gram	5 cm	1cm
5.	Enam Minggu	Bertambah keci	60 gram	2,5 cm	menyempit

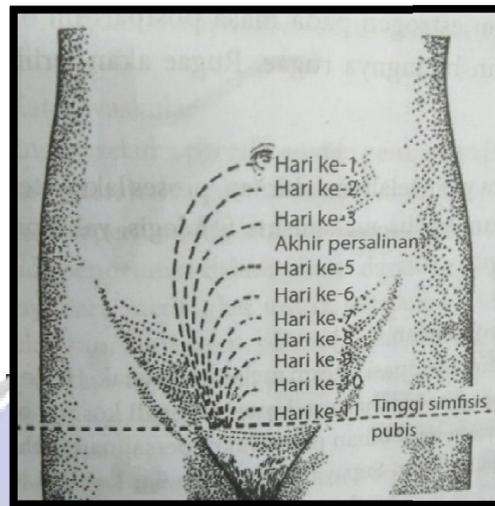
Sumber : (Kumalasari, 2015:156)

Involusi uteri dari luar dapat diamati yaitu dengan memeriksa fundus uteri dengan cara sebagai berikut.

- a) Segera setelah persalinan, tinggi fundus uteri 2cm dibawah pusat, 12 jam kemudian kembali 1 cm diatas pusat dan menurun kira-kira 1 cm setiap hari
- b) Pada hari kedua setelah persalinan tinggi fundus uteri 1 cm dibawah pusat. Pada hari 3-4 tinggi fundus uteri 2 cm dibawah pusat.
- c) Pada hari ke 5-7 tinggi fundus uteri setengah pusat simfisis.

Pada hari ke sepuluh tinggi fundus uteri tidak teraba.

(Kumalasari, 2015: 156)



Gambar 2.21

Tinggi fundus uteri setelah melahirkan

Sumber : Marliandiani dkk, 2015:38

2) Lochea

Lochea adalah eksresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Lochea mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada bagian vagina normal. Lochea mempunyai bau amis/anyir seperti darah menstruasi meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Lochea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lochea mempunyai perubahan karena proses involusi (Ambarwati, 2010:78)

Berikut ini beberapa jenis lochea yang terdapat pada wanita masa nifas:

a) Lochea Rubra (Cruenta)

Lochea Rubra berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, set-set desidua, verniks caseosa, lanugo, mekonium selama 2 hari pascapersalina. Inilah lochea yang akan keluar selama dua sampai tiga hari postpartum (Saleha S, 2009:56)

b) Lochea Sanguinolenta

Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Berlangsung dari hari ke 4 sampai hari ke 7 postpartum (Ambarwati E dkk, 2010:78)

c) Lochea Serosa

Lochea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit dan robekan/laserasi plasenta. Munculnya pada hari ke 7 sampai ke 14 post partum (Ambarwati E dkk, 2010:78)

d) Lochea Alba/Putih

Lochea alba adalah lochea yang terakhir. Dimulai dari ke 14 kemudian makin lama makin sedikit sehingga sama sekali berhenti sampai satu atau dua minggu berikutnya. Bentuknya seperti cairan putih berbentuk krim serta terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua (Saleha, 2009:56)

Lokea yang menetap pada awal periode *post partum* menunjukkan adanya tanda-tanda perdarahan sekunder yang memungkinkan disebabkan oleh tertinggalnya sisa atau

selaput plasenta. Lochea alba atau serosa yang terlanjut dapat menandakan adanya endometritis, terutama bila disertai dengan nyeri abdomen dan demam. Bila terjadi infeksi, akan keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan “Lochea purulenta”. Pengeluaran lochea yang tidak lancar disebut dengan “lochea stasis” (Sulistiyawati, 2009:76-77)

3) Serviks

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulai, dan bentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi dilahirkan, tangan pemeriksa masih dapat dimasukan 2-3jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk. Oleh karena hiperpalpasi dan retraksi serviks, robekan serviks dapat sembuh. Namun demikian, selesai involusi, ostium eksternum tidak sama waktu sebelum hamil. Pada umumnya ostium eksternum lebih besar, tetapi ada retak-retak, dan robekan-robekan pada pinggirnya terutama pada pinggir samping (Heryani R, 2010:30)

4) Perubahan vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta perenggangan yang besar selama proses melahirkan bayi. Dalam beberapa

hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap dalam keadaan gendur. Setelah 3 Minggu, vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan *rugae* dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali, sementara *labia* menjadi lebih menonjol (Sulistyawati, 2009:77-78).

Pada masa nifas, biasanya terdapat luka-luka jalan lahir. Luka pada vagina umumnya tidak seberapa luas dan akan sembuh secara *perpriman* (sembuh dengan sendirinya), kecuali apabila terdapat infeksi. Infeksi mungkin menyebabkan *selulitis* yang dapat menjalar sampai menjadi *sepsis* (Sulistyawati, 2009:78)

5) Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya terenggang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada post *natal* hari ke 5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian *tonus* nya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum lahir (Sulistyawati, 2009:78)

6) Payudara (Mamae)

Pada semua wanita yang telah melahirkan, proses laktasi terjadi alami. Proses menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologi, yaitu produksi susu dan sekresi atau *let down* (Kumalasari, 2015:158)

b. Sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami obstipasi setelah melahirkan anak. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan colon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan, hemoroid, laserasi jalan lahir. Supaya buang air besar kembali teratur dapat diberikan diit atau makanan yang mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup. Bila usaha ini tidak berhasil dalam waktu 2 sampai 3 hari dapat ditolong dengan pemerian huknah atau gliserin spuit atau diberikan obat laksan yang lain (Ambarwati E dkk, 2010:80)

c. Sistem Perkemihan

Hendaknya buang air kecil dapat dilakukan sendiri secepatnya. Kadang-kadang puerperium mengalami sulit buang air kecil karena sfingter uretra ditekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulus sfingter ani selama persalinan, juga oleh karena adanya edema kandung kemih yang terjadi pada selama persalinan (Kumalasari, 2015:158).

d. Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah persalinan. Pembuluh-pembuluh darah yang berada diantara anyaman otot-otot uterus yang akan terjepit. Proses ini akan menghentikan pendarahan selama plasenta dilahirkan. Ligamen-ligamen, difragma pelvis serta fascia yang merenggang pada waktu persalinan secara

berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi karena ligamentum rotundum menjadi kendur. Tidak jarang pula wanita mengeluh “kandunganya turun” setelah melahirkan karena ligamen, fascia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi kendur. Stabilitas secara sempurna menjadi 6-8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat putusnya serat-serat plastik kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada waktu hamil, dinding abdomen masih agak lunak dan kendur untuk sementara waktu. Untuk memulihkan kembali jaringan-jaringan penunjang alat genitalia serta otot-otot dinding perut dan dasar panggul, dianjurkan untuk melakukan latihan tertentu atau senam nifas (Marliandiani, 2015:14)

e. Sistem Endokrin

1) Hormon Plasenta

Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. HCG (Human Chorionic Gonadotropin) menurun dengan cepat dan tepat sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke 7 *post partum* dan sebagai *onset* pemenuhan *mamae* pada hari ke 3 *post partum* (Sulistyawati, 2010:80)

2) Hormon pituitary

Menurunan kadar estrogen merangsang kelenjar pituitary bagian belakang untuk mengeluarkan prolaktin. Hormon yang

berperan dalam pembesaran payudara dan merangsang produksi ASI (Marliandiani Y dkk, 2015:17)

3) Hormon hipofisis dan fungsi ovarium

Kadar prolaktin meningkat secara progresif sepanjang masa hamil. Pada wanita menyusui kadar prolaktin tetap eningkatkan sampai minggu keenam setelah melahirkan. Kadar prolaktin serum dipengaruhi oleh kekerapan menyusui, lama tiap kali menyusui dan bnayak makanan tambahan yang akan diberikan. Untuk ibu yang menyusui dan tidak menyusui akan mempengaruhi lamanya ibu mendapatkan menstruasi kembali (Marliandiani Y dkk, 2015:17)

4) Hormon estrogen dan progesteron

Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktivitas prolaktin yang sedang meningkat dapat mempengaruhi kelenjar *mamae* dalam menghasilkan ASI (Sulistyawati, 2010:80)

f. Sistem Integument

Pada waktu hamil terjadi pigmentasi kulit pada beberapa tempat karena proses hormonal. Pigmentasi ini berupa kloasma gravidarum pada pipi, hiperpigmentasi kulit sekitar payudara, hiperpigmentasi kulit dingding perut (*striae gravidarum*). Setelah persalinan, hormonal berkurang dan hiperpigmentasi pun

menghilang. Pada dinding perut akan menjadi putih mengkilap yaitu *striae albican* (Kumalasari, 2015:160)

g. Sistem Hematologi

Selama minggu-minggu terakhir kehamilan kadar fibrinogen dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama postpartum, keadaan ini fibrinogen dan plasma sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Leukosit yang meningkat dimana jumlah sel darah putih mencapai 15000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa postpartum. Jumlah sel darah putih tersebut masih bisa sampai 25000 sampai 30000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama. Kirakira selama masa kelahiran dan post partum terjadi ehilangan darah sekitar 200-500 ml. Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke 3-7 postpartum dan akan kembali normal dalam 4-6 minggu postpartum (Ambarwati E dkk, 2010:86)

h. Sistem Kardiovaskuler

Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300-400cc. Bila kelahiran melalui section ceasaria kehilangan darah dapat dua kali lipat .perubahan terdiri dari volume dan hemokonsentrasi. Apabila pada persalinan pervaginam haemokonsentrasi akan naik

dan pada section ceasaria hemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal 4-6 minggu (Ambarwati E dkk, 2010:85-86).

i. Perubahan tanda-tanda vital

1) Tekanan Darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolik, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari (Verney, 2008:961).

2) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pasca partum. Apabila denyut diatas 100 selama puerperium, haal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau *hemoragi pascapartum* lambat (Varney, 2008:961). Nadi berkisar antara 60-80 denyut per menit setelah partus dan dapat terjadi bradikardia. Bila terdapat takikardia dan suhu tubuh tidak panas mungkin adanya perdarahan berlebih atau ada vitium kordis pada penderita. Pada masa nifas umumnya denyut nadi labil dibandingkan suhu tubuh, sedangkan pernafasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula (Saleha, 2009:61)

3) Suhu

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

5. Perubahan Psikologi Masa Nifas

Pada minggu pertama masa nifas merupakan masa yang rentang rentan bagi seorang ibu. Pada saat yang sama, ibu baru (primipara) mungkin frustasi karena merasa tidak kompeten dalam merawat bayi dan tidak mampu mengontrol situasi. Semua akan mengalami perubahan ini, namun penanganan atau mekanisme coping yang dilakukan dari setiap wanita untuk mengatasinya pasti akan berbeda-beda. Hal ini dipengaruhi pola asuh dalam keluarga dimana wanita tersebut dibesarkan lingkungan dan adat istiadat setempat, suku, bangsa, pendidikan, serta pengalaman yang didapat. Perubahan hormonal yang sangat cepat setelah proses melahirkan juga ikut mempengaruhi keadaan emosi dan proses adaptasi ibu pada masa nifas (Martalia, 2014:30-31). Fase-fase yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas antara lain adalah sebagai berikut:

a. Fase Taking In

Merupakan fase ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari ke dua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya

sendiri sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami ibu lebih disebabkan karena proses persalinan yang baru saja dilaluinya. Rasa mules, nyeri pada jalan lahir, kurang tidur atau kelelahan merupakan hal yang sering dikeluhkan oleh ibu. Pada fase ini kebutuhan istirahat, asupan nutrisi, dan komunikasi yang baik harus dapat terpenuhi. Bila kebutuhan tersebut tidak terpenuhi, ibu dapat mengalami gangguan psikologis berupa : kekecewaan pada bayinya, ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami, rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya dan kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayinya (Martalia, 2014:31)

b. Fase Taking Hold

- 1) Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum.
- 2) Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayi.
- 3) Ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, BAB, BAK serta kekuatan dan ketahanan tubuhnya.
- 4) Ibu berusaha keras untuk menguasai ketrampilan perawatan bayi misalnya mengggendong, memandikan, memaang popok dan sebagainya.
- 5) Pada masa ini ibu biasanya agak sensitif dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut.

- 6) Pada tahap ini bidan harus tangggap terhadap kemungkinan perubahan yang terjadi.
- 7) Tahap ini merupakan waktu yang tepat bagi bidan untuk memberikan bimbingan cara perawatan bayi namun harus selalu diperhatikan teknik bimbingannya jangan samapai menyinggung perasaan atau membuat perasaan ibu tidak nyaman karena ia sangat sensitif (Sulistyawati, 2009:88-89)

c. Fase Letting Go

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini (Ambarwati E dkk, 2010:89)

6. **Kebutuhan Dasar Ibu Nifas**

a. Nutrisi dan cairan

Ibu nifas harus mengkonsumsi makanan yang mengandung zat-zat yang berguan bagi tubuh ibu pasca melahirkan dan untuk mempersiapkan produksi ASI, bervariasi dan seimbang, terpenuhi kebutuhan karbohidrat, protein, zat besi, vitamin dan mineral untuk mengatasi enemia, cairan dan serat untuk memperlancar ekskresi (Martalia, 2014:47)

Nutrisi yang dikonsumsi harus bermutu tinggi, bergizi dan mengandung cukup kalori yang berfungsi untuk memproses

metabolisme tubuh. Kalori kalori wanita dewasa yang sehat dengan berat badan 47 Kg diperkirakan sekitar 2.200 kalori/hari. Ibu yang berada dalam masa nifas dan menyusui membutuhkan kalori yang sama dengan wanita dewasa, ditambah 700 kalori pada 6 bulan pertama untuk memberikan ASI eksklusif dan 500 kalori pada bulan ke tujuh dan selanjutnya (Martalia, 2014:47)

b. Ambulasi Dini

Disebut juga *early ambulation*. Early ambulation adalah kebijakan untuk secepat mungkin membimbing klien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya secepat mungkin berjalan. Klien sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48jam post partum. Keuntungan *early ambulation* adalah :

- 1) Klien merasa lebih baik, lebih sehat dan lebih sehat.
- 2) Faal usus dan kandung kencing lebih baik.
- 3) Dapat lebih memungkinkan dalam mempelajari ibu untuk merawat atau memelihara anaknya, memandikan dll selama ibu masih dalam perawatan.

Kontra indikasi: klien dengan penyulit misalnya : anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru dll (Ambarwati E dkk, 2010:105).

c. Eliminasi

1) BAK

pengeluaran Urine akan meningkat pada 24-48 jam pertama sampai hari ke lima postpartum karena volume darah ekstra

yang di butuhkan waktu hamil tidak diperlukan lagi persalinan. Ibu garus berkemih spontan dalam 6-8 jam postpartum. Pada ibu yang tidak bisa berkemih dengan membasahi bagian vagina atau melakukan kateterisasi (Kumalasari, 2015:162)

2) BAB

Buang Air besar (BAB) biasanya tertunda selama 2 sampai 3 hari setelah melahirkan karena edema prapersalinan, diit cairan, obat-obat analgesic selama persalinan dan perineum yang sakit. Memberikan asupan cairan yang cukup, diet yang tinggi serat ambulasi secara teratur dapat membantu untuk mencapai regulasi BAB (Heryani, 2010:61)

d. Kebersihan diri atau Perineum

Kebersihan adalah keadaan bebas dari kotoran termasuk diantara debu debu, sampah , bau, virus, bakteri patogen dan bahan kimia yang berbahaya. pada masa nifas yang berlangsung selama lebih kurang 40 hari, kebersihan vagina perlu mendapatkan perhatian yang lebih (Martalia, 2014:50). Yang terutama di bersihkan adalah puting susu dan mammae dan dilanjutkan perawatan perineum.

1) Perawatan Perineum

Apabila setelah buang air besar atau buang air kecil perineum dibersihkan secara rutin. Caranya dibersihkan dengan sabun yang lembut minimal sekali sehari. Membersihkan dimulai dari simfisis sampai anal sehingga tidak terjadi infeksi, ibu

diberitahu cara mengganti pembalut yaitu bagian dalam jangan sampai terkontaminasi oleh tangan pembalut yang kotor harus diganti paling sedikit 4 kali sehari, ibu diberitahu tentang jumlah, warna, dan bau lokea sehingga apabila ada kelainan dapat diketahui secara dini. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya. Apabila ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah luka (Ambarwati E, 2010:107)

2) Perawatan Payudara

- a) Menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama puting susu dengan menggunakan BH yang menyokong payudara.
- b) Apabila puting susu lecet oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap selesai menyusui. Menyusui dimulai dari puting yang tidak lecet.
- c) Apabila lecet sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam, ASI dikeluarkan dan diminum dengan menggunakan sendok.
- d) Untuk menghilangkan nyeri dapat diberikan paracetamol 1 tablet setiap 4-6jam (Ambarwati E dkk, 2010: 107)

e. 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 istirahat adalah:

- 1) Anjurkan ibu untuk istirahat cukup
- 2) Sarankan ibu untuk melakukan kegiatan rumah tangga secara perlahan
- 3) Tidur siang atau istirahat saat bayi tidur (Heryani, 2010:62)

Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal yaitu sebagai berikut:

- 1) Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi
- 2) Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan.
- 3) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Kumalasari, 2015:163)

f. Seksual

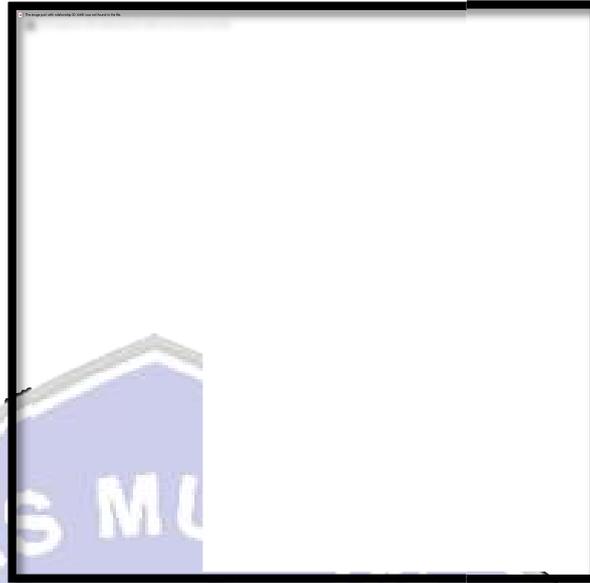
Apabila perdarahan telah berhenti dan episiotomi sudah sembuh maka coitus bisa dilakukan pada 3-4 minggu post partum. Hasrat seksual pada bulan pertama akan berkurang baik kecepatannya maupun lamanya, juga yang terdapat bahwa coitus dapat dilakukan setelah masa nifas berdasarkan teori bahwa saat itu bekas luka plasenta baru sembuh (proses penyembuhan luka post partum samapai dengan 6 minggu). Secara fisik aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jari kedalam vagina tanpa

rasa nyeri, aman untuk melakukan hubungan suami istri
(Ambarwati E dkk, 2010:108)

g. Latihan Senam Nifas

Setelah persalinan terjadi involusi hampir seluruh organ tubuh wanita. Involusi sangat jelas terlihat pada alat-alat kandungan. Sebagai akibat kehamilan dinding perut menjadi lembek dan lemas disertai adanya striae gravidarum. Cara untuk mengembalikan bentuk tubuh seperti semula adalah dengan melakukan latihan dan senam nifas. Untuk itu diberikan penjelasan tentang beberapa hal :

- 1) Diskusikan pentingnya otot-otot perut dan panggul agar kembali normal karena hal ini akan membuat ibu merasa lebih kuat dan menjadikan otot perutnya menjadi lebih kuat sehingga mengurangi rasa sakit pada punggung.
- 2) Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu.
 - a) Dengan tidur telentang dan lengan disamping tarik otot perut selagi menarik nafas, tahan nafas dalam, angkat dagu ke dada, tahan mulai hitungan 1 sampai 5. Rileks dan ulangi sebanyak 10 kali.
 - b) Untuk memperkuat tonus otot jalan lahir dan dasar panggul lakukanlah sena, kegel



Gambar 2.22
Senam nifas
Sumber : Shaleha,2009:76

- 3) Berdiri dengan tungkai dirapatkan kencangkan otot bokong dan pinggul, tahan sampai 5 hitungan. Relaksasikan otot dan ulangi latihan sebanyak 5 kali.
- 4) Mulai mengerjakan 5 kali latihan setiap gerakan. Setiap minggu naikan jumlah latihan 5 kali lebih banyak . pada minggu ke 6 setelah persalin ibu mengerjakan setiap gerakan sebanyak 30 kali (Marliandiani Y dkk, 2015:75-76)

7. Penyulit dan Komplikasi Masa Nifas

Menurut Maritalia, (2014:57-66) penyulit dan komplikasi masa nifas yaitu :

a. Infeksi Nifas

1) Definisi

Infeksi nifas adalah peradangan yang terjadi pada organ reproduksi yang disebabkan oleh masuknya mikroorganisme atau virus ke dalam organ reproduksi tersebut selama proses persalinan dan masa nifas. Mikroorganisme penyebab infeksi nifas dapat berasal dari eksogen atau endogen. Beberapa mikroorganisme yang sering menyebabkan infeksi nifas adalah streptococcus, bacil coli dan staphylococcus.

2) Macam-macam infeksi nifas

a) Endometritis

Endometritis adalah peradangan atau infeksi yang terjadi pada endometrium. Infeksi ini merupakan jenis infeksi yang paling sering terjadi pada masa nifas. Mikroorganisme masuk ke endometrium melalui luka bekas insersio plasenta dan dalam waktu singkat dapat menyebar ke seluruh endometrium.

b) Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan atau infeksi yang terjadi pada peritoneum (selaput dinding perut). Pada masa nifas peritonitis terjadi pada uterus melalui pembuluh limfe.

Berbeda dengan peritonitis umum, peritonitis ini biasanya hanya terbatas pada daerah pelvis sehingga gejalanya tidak seberat pada peritonitis umum.

c) Mastitis

Mastitis adalah peradangan atau infeksi yang terjadi pada payudara atau mammae. Dalam masa nifas dapat terjadi infeksi dan peradangan pada mammae, terutama pada primipara. Penyebab infeksi ini adalah staphylococcus aureus. Tanda-tanda ibu yang mengalami mastitis adalah rasapanas dingin disertai dengan peningkatan suhu tubuh, lesu dan tidak nafsu makan, mammae membesar dan nyeri lokal, kulit merah, membengkak dan nyeri pada perabaan. Jika tidak segera ditangani dapat menjadi abses.

d) Thrombophlebitis

Trombophlebitis adalah penjaralan infeksi melalui vena. Hal ini terjadi pada masa nifas karena terbukanya vena-vena selama proses persalinan sehingga memudahkan masuknya mikroorganisme pathogen. Trombophlebitis sering menyebabkan kematian karena mikroorganisme dapat dengan mudah dan cepat menjangar ke seluruh tubuh melalui sistem peredaran darah dan menyebabkan infeksi pada organ tertentu.

e) Perdarahan Post Partum

Perdarahan post partum adalah perdarahan yang terjadi pada jalan lahir yang volumenya lebih dari 500 ml dan berlangsung dalam 24 jam setelah bayi lahir. Menurut

waktu terjadinya, perdarahan post partum dibagi menjadi 2 tahap, yaitu :

(1) Post partum lanjut (Early post partum) atau disebut juga perdarahan post partum primer, yang terjadi dalam 24 jam pertama setelah bayi lahir.

(2) Post partum lanjut (Late post partum) disebut juga perdarahan post partum sekunder, yang terjadi setelah 24 jam pertama setelah bayi lahir. Perdarahan post partum dapat disebabkan oleh berbagai faktor, antara lain:

(a) Atonia uteri

Adalah suatu keadaan dimana uterus gagal berkontraksi dengan baik setelah persalinan.

(b) Retensio plasenta

Adalah suatu keadaan dimana plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir.

(c) Inversio uteri

Adalah suatu keadaan dimana fundus uteri terbalik sebagian atau seluruhnya ke dalam kavum uteri.

(d) Robekan jalan lahir

Merupakan laserasi atau luka yang terjadi di sepanjang jalan lahir (perineum) akibat proses

persalinan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara disengaja (episiotomi) atau tidak disengaja.

(e) Tertinggalnya sebagian sisa plasenta dalam uterus

Sisa plasenta yang masih tertinggal di dalam uterus dapat menyebabkan terjadinya perdarahan.

Sisa plasenta mengakibatkan kontraksi uterus tidak adekuat sehingga pembuluh darah yang terbuka pada dinding uterus tidak dapat berkontraksi/terjepit dengan sempurna.

8. Tanda-Tanda Bahaya Ibu Nifas

a. Perdarahan Post partum adalah perdarahan lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir (Prawirohardjo, 2009:299).

Menurut waktu terjadinya di bagi atas 2 bagian

1) Perdarahan post partum primer (*Early Post Partum Hemorrhage*) yang terjadi dalam 24 jam setelah anak lahir.

Penyebab utama adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta dan robekan jalan lahir. Terbanyak dalam 2 jam pertama.

2) Perdarahan post partum *sekunder (Late Post Partum Hemorrhage)* yang terjadi setelah 24 jam, biasanya terjadi antara hari ke 5 sampai 15 post partum. Penyebab utama

adalah robekan jalan lahir dan sisa plasenta (Yudiana W, 2016:321).

Perdarahan post partum merupakan penyebab penting kematian maternal khususnya dinegara berkembang.

Faktor-faktor penyebab perdarahan post partum adalah :

- a) Grandemultipara
- b) Jarak persalinan pendek kurang dari 2 tahun
- c) Persalinan yang dilakukan dengan tindakan : pertolongan kala uri sebelum waktunya, pertolongan persalinan oleh dukun, persalinan dengan tindakan paksa, persalinan dengan narkosa.

(Manuaba, 2009: 103).

- b. Sub-Involusi Uterus (Pengecilan Rahim Yang Terganggu)

Involusi adalah keadaan uterus mengecil oleh kontraksi rahim dimana berat rahim dari 1000 gram saat setelah bersalin, menjadi 40-60 mg 6 minggu kemudian. Bila pengecilan ini kurang baik atau terganggu disebut Sub-Involusi (Yudiana W.2016:98).

Faktor penyebab Sub-involusi antara lain : sisa plasenta dalam uterus, endometritis, adanya mioma uteri (Prawirohardjo, 2009:64).

Pada pemeriksaan bimanual ditemukan uterus lebih besar dan lebih lembek dari seharusnya, fundus masih tinggi, lochea banyak dan berbau, dan tidak jarang terdapat pula perdarahan.

- c. Infeksi pada masa nifas

Infeksi pada masa nifas atau sepsis *puerperalis* adalah infeksi pada traktus genitalia yang terjadi pada setiap saat antara awitan pecah ketuban (*rupture membran*) atau persalinan dan 42 hari setelah persalinan atau abortus dimana terdapat dua atau lebih dari tanda-tanda berikut : nyeri pelvik, demam 38.5°C atau lebih, rabas vagina yang abnormal, rabas vagina yang berbau busuk, keterlambatan dalam kecepatan penurunan uterus (Suherni dkk, 2009 : 132).

d. Keadaan abnormal pada payudara

1) Bendungan ASI : disebabkan oleh penyumbatan saluran ASI.

Keluhan *mamae* bengkak, keras, dan terasa panas sampai suhu badan meningkat.

2) Mastitis dan *Abses Mamae*

Infeksi ini menimbulkan demam, nyeri local pada *mamae*, pematatan *mamae* dan terjadi perubahan warna kulit *mamae*

(Haryani, 2010: 108).

9. Jadwal Kunjungan Ibu Masa Nifas

Menurut Kumalasari (2015:165) jadwal kunjungan ibu masa nifas yaitu :

a. Kunjungan I : 6-8 jam setelah persalinan

1) Mencegah perdarahan pada masa nifas karena atonia Uteri

2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan :rujuk

bila perdarahan berlanjut.

- 3) Melakukan hubungan antara bayi dan ibu (*Bounding attachment*).
 - 4) Membimbing pemberian ASI lebih awal (ASI Eksklusif)
- b. Kunjungan II : 4-28 hari setelah persalinan
- 1) Memastikan involusi uterus berjalan normal : uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
 - 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
 - 3) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan cair dan istirahat.
 - 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
 - 5) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari.
- c. Kunjungan III : 29-42 Hari setelah persalinan
- 1) Menanyakan kesulitan-kesulitan yang dialami ibu selama masa nifas
 - 2) Memberikan konseling untuk KB secara dini, imunisasi, senam nifas, dan tanda-tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi.
 - 3)

2.1.4 Bayi Baru Lahir

1. Pengertian Bayi baru Lahir

Menurut M. Sholeh Kosim tahun 2007 neonatus atau bayi baru lahir adalah bayi baru lahir normal dengan berat lahir antara 2.500-4.000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan kongenital (cacat bawaan) yang berat, sedangkan menurut Depkes RI (2005), bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu samapai 42 minggu dan berat lahir 2.500 gram sampai 4.000 gram (Kumalasari, 2015: 209)

2. Proses Bayi Baru Lahir

Proses bayi baru lahir menurut Marmi (2012:76)

a. Perode Transmisi

Karakteristik perilaku terlihat nyata selam jam tranmisi segera setelah lahir. Masa transmisi ini mencerminkan suatu kombinasi respon simpatik terhadap tekanan persalinan (tachypnea, tahycardia) dan respon prasimpatik (sebagai respon yang diberikan oleh kehadiran mucus, muntah, dan gerak peristaltik).

Periode transisi dibagi menjadi 3 yaitu :

1) Reaktivitas I (The First Period Of Reactivity)

Dimulai pada masa persalinan dan berakhir setelah 30 menit. Selama periode ini detak jantung cepat dan pusasi tali pusat jelas. Warna kulit terlihat sementara sianosisi atau akrosianosis. Selama periode mata bayi membuka dan bayi

memperlihatkan perilaku siaga. Bayi mungkin menangis, terkejut atau terpaku. Selama periode ini setiap usaha harus dibuat untuk memudahkan kontak bayi dan ibu. Membiarkan ibu untuk memegang bayi untuk mendukung proses pengenalan. Beberapa bayi akan disusui selama periode ini. Bayi sering mengeluarkan kotoran dengan seketika setelah persalinan dan suara bising usus pada umumnya terdengar setelah usia 30 menit. Bising usus menandakan sistem pencernaan berfungsi dengan baik. Keluarnya kotoran sendiri, tidak menunjukkan kehadiran gerak peristaltik hanya menunjukkan bahwa anus dalam keadaan baik.

Lebih jelas dapat dilihat secara karakteristiknya yaitu :

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

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

2) Fase Tidur (Period of Unresponsive Sleep)

Berlangsung selama 30 menit selama persalinan. Tingkat tarif pernafasan menjadi lebih lambat. Bayi dalam keadaan tidur, suara usus muncul tapi berkurang. Jika mungkin bayi tidak diganggu untuk pengujian utama dan jangan memandikannya. Selama masa tidur memberikan kesempatan pada bayi untuk memulihkan diri dari proses persalinan dan periode transisi ke kehidupan diluar uterin.

3) Reaktivitas II (The Second Period Of Reactivity)/Transisi ke-III

Berlangsung selama 2-6 jam setelah persalinan. Jantung bayi labil dan perubahan warna kulit yang berhubungan dengan stimulus lingkungan. Tingkat pernafasan bervariasi tergantung aktivitas. Neonatus mungkin membutuhkan makanan dan harus menyusu. Pemberian makanan awal penting dalam mencegah hipoglikemi dan stimulasi

pengeluaran kotoran dan mencegah penyakit kuning. Pemberian makanan awal juga menyediakan kolonisasi bakteri isi perut yang mengarahkan pembentukan vitamin K oleh traktus intestinal. Neonatus mungkin beraksi terhadap makanan pertama dengan cara memuntahkan bersama mucus. Ibu harus diajari cara menyendawakan bayinya. Setiap mucus yang terdapat selama pemberian makanan awal dapat berpengaruh terhadap kecukupan pemberian makanan, terutama jika mucus berlebihan. Kehadiran mucus yang banyak mungkin mengidentifikasi masalah seperti esofaginal atresia, mucus bernoda empedu menunjukkan adanya penyakit pada bayi dan pemberian makanan perlu ditunda sehingga kulit dan saluran pencernaan neonatal belum terkolonisasi oleh beberapa tipe bakteri. Oleh karena itu neonatal jangan diproteksi dari bakteri menguntungkan. Semua perawat harus mencuci tangan dan lengan bawah selama 3 menit dengan sabun antibakteria sebelum menyentuh bayi. Aktivitas ini merupakan proteksi yang berguna terhadap infeksi neonatal.

APGAR SCORE harus dinilai selama periode ini

3. Fisiologis Neonatus

a. Ciri-ciri Neonatus sebagai berikut :

- 1) lahir aterm antara 37-42 minggu.

- 2) Berat badan 2500-4000 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) Frekwensi denyut jantung 120-160x/menit.
- 8) Pernafasan \pm 40-60x/menit.
- 9) Kulit kemerahan 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) Gerak aktif.
- 14) Bayi lahir langsung menangis.
- 15) Refleks *rooting* (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada daerah pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik.
- 16) Refleks *sucking* (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik.
- 17) Refleks *moro* (gerakan memeluk bisa dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik.
- 18) Refleks *graps* (menggenggam) sudah baik.

19) Genetalia

- a) Perempuan kematangan ditandai dengan *vagina* dan *uretra* berlubang, *labia mayora* menutupi *labia minora*.
- b) Laki-laki kematangan ditandai dengan *testis* yang berada pada *scrotum* dan *penis* yang berlubang.

20) Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya *mekonium* dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan (Nanny, 2012:2)

b. Penilaian APGAR

Keadaan umum bayi dinilai setelah lahir dengan menggunakan nilai APGAR. Penilaian ini perlu untuk mengetahui apakah bayi menderita asfiksia atau tidak. Yang dinilai ada 5 poin

Tabel 2.5
Tabel nilai APGAR

Tanda	Skor		
	0	1	2
Appearance	Pucat	Badan Merah ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse	Tidak ada	< 100 x /menit	> 100x/menit
Grimace	Tidak ada	Sedikit gerakan mimik/ menyertai	Batuk/ bersin
Activity	Tidak ada	Ekstremitas dalam sedikit fleksi	Gerakan aktif
Respiration	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Baik/ menangis

Sumber: (Sarwono Prawirohardjo, 2009:379)

Dari hasil penilaian tersebut dapat diketahui apakah bayi tersebut normal atau asfiksia.

1) Nilai Apgar 7-10 : bayi normal

2) Nilai Apgar 5-6 : asfiksia sedang ringan

3) Nilai Apgar 0-3 : asfiksia berat (Prawirohardjo, 2009:379).

4. Perubahan Fisiologis Neonatus

a. Perubahan sistem kardiovaskuler

Perkembangan paru-paru, tekanan oksigen didalam alveoli meningkat. Sebaliknya, tekanan karbondioksida turun. Hal-hal tersebut mengakibatkan turunnya resistensi pembuluh darah paru, sehingga aliran darah ke alat tersebut ke alat tersebut meningkat. Ini menyebabkan darah dari arteri pulmonalis mengalir keparu-paru dan arterious menutup. Dengan menciutnya arteria dan vena umbikalisdan kemudian dipotongnya tali tpusat, aliran darah dari plasenta melalui vena kava inferior dan foramne ovale ke atrium kiri berhenti. Dengan diterimanya darah oleh atrium kiri dari paru-paru tekanan diatrium kiri menjadi lebih tinggi dari pada tekannan diatrium kanan, ini menyebabkan foramen ovale menutup. Sirkulasi janin sekarang berubah menjadi sirkulasi bayi yang hidup diluar badan ibu (Manuaba, 2007: 324)

b. Perubahan pernafasan

Rangsangan gerakan pernafasan pertama terjadi karena tekanan mekanik dari toraks sewaktu melalui jalan lahir (stimulus mekanik), penurunan tekanan O₂ dan kenaikan tekanan CO₂ merangsang kemoreseptor yang terletak pada sinus. Karotikus (stimulasi kimiawi), rangsangan dingin didaerah muka dan

perubahan suhu dalam uterus (stimulus sensorik). Usaha bayi pertama kali untuk mempertahankan tekanan alveoli, selain adanya surfaktan yang dengan menarik nafas dan mengeluarkan nafas dengan merintih sehingga udara tertahan didalam. Respirasi pada neonatus biasanya pernafasan diafragmatik dan abdominal, sedangkan frekuensi dan dalamnya belum teratur. Apabila surfaktan berkurang, maka alveoli akan kolaps dan paru-paru kaku sehingga terjadi atelektasis (Mualuhatur W, 2010:12)

c. Termoregulasi

Bayi baru lahir memiliki kecenderungan menjadi cepat stress karena perubahan suhu lingkungan. Bayi baru lahir dapat kehilangan panas melalui 4 mekanisme yaitu konveksi, konduksi, radiasi dan evaporasi. Tempat kelahiran harus disiapkan dengan adekuat untuk meminimalkan kehilangan panas dan neonatus. Neonatus dapat menghasilkan dengan 3 cara, yaitu menggigil, aktivitas otot volunter, dan termogenesis (produksi panas tubuh) tanpa menggigil. Kehilangan panas pada neonatus segera berdampak pada hipoglikemi, hipoksia, dan asidosis. Dampak tersebut merupakan akibat peningkatan kebutuhan metabolisme yang disebabkan oleh usaha bayi baru lahir untuk membuat zona suhu yang netral. Dianjurkan pada suhu rectal dan aksila tetap dalam rentang 36,5-37,5°C dan suhu kulit abdomen dalam rentang 36-36,5°C (Varney, 2007:881-882)

Mekanisme kehilangan panas pada tubuh bayi menurut Muslihatun (2010:12-13) :

1) Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi (pemindahan panas bayi ke obyek lain melalui kontak langsung). Contohnya : menimbang bayi tanpa alas penimbang, tangan penolong yang dingin memegang bayi baru lahir, menggunakan stetoskop dingin untuk pemeriksaan bayi baru lahir.

2) Konveksi

Panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitar yang sedang bergerak (jumlah panas yang tergantung kepada kecepatan dan suhu udara). Contoh : menempatkan bayi baru lahir dekat jendela, membiarkan bayi baru lahir diryang yang terpasang kipas angin.

3) Radiasi

Panas dipancarkan dari bayi baru lahir, keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antar 2 objek yang mempunyai suhu yang berbeda). Contoh : bayi baru lahir dibiarkan dalam ruangan AC tanpa diberikan pemanas (Radiant Warmer), bayi baru lahir dibiarkan dalam keadaan telanjang bayi baru lahir ditidurka dekat dengan ruangan yang dingin misalnya tembok.

4) Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan tergantung kepada kecepatan dan kelembaban udara (perpindahan panas dengan cara merubah cairan menjadi uap)

d. Pengaturan glukosa

Bayi baru lahir, kadar glukosa turun dalam periode waktu singkat (1-2 jam setelah kelahiran). Sistem pada bayi baru lahir yang sehat belajar untuk mengoreksi secara mandiri penurunan kadar glukosa fisiologis. Koreksi penurunan kadar glukosa darah dapat terjadi dalam 3 cara: menggunakan ASI atau susu formula, melalui penggunaan cadangan glikogen dari sumber-sumber lain, khususnya lipid. Pada bayi baru lahir yang sehat menghasilkan glukosa sebanyak 4-8 mg/kg/menit sebagai respon terhadap kebutuhan (Varney H et al, 2007:883)

e. Penyesuaian pada imun

Varney (2007:886-888) menyebutkan 2 macam imunitas pada bayi baru lahir yaitu:

1) Imunitas alami

Imunitas alami terdiri dari struktur tubuh yang mencegah atau meminimalkan infeksi. Beberapa contoh imunitas alami melindungi perlindungan barrier yang diberikan oleh kulit dan membran mukosa, kerja seperti saringan oleh saluran nafas, kolonisasi pada kulit dan usus oleh mikroanpelindung dan

perlindungan kimia yang diberikan oleh lingkungan pascas asam lambung.

2) Imunitas yang didapat

Neonatus dilahirkan dengan imunitas pasif terhadap virus dan bakteri yang pernah dihadapi ibu. Janin mendapatkan imunitas ini melalui perjalanan transplasenta dari imunoglobulin IgG. Imunoglobulin lain seperti IgM dan IgA, tidak dapat melewati plasenta.

f. Perubahan pada darah

Bayi baru lahir dilahirkan dengan hematokrit/ hemoglobin yang tinggi, konsentrasi hemoglobin normal memiliki rentang dari 13,7-20,0 gr/dL. Selama beberapa hari pertama kehidupan, nilai hemoglobin sedikit meningkat, sedangkan volume plasma menurun akibat perubahan dalam volume plasma tersebut hematokrit yang normalnya dalam rentang 51 hingga 56 % pada saat kelahiran, meningkat dari 3 menjadi 6%. Hemoglobin kemudian menurun perlahan, tetapi terus menerus pada 7-9 minggu pertama setelah bayi lahir. Nilai hemoglobin rata-rata untuk bayi berusia 2 bulan ialah 12,0 gr/dL (Varney, et al 2007:884)

g. Pemeriksaan neurologis

Merupakan indikator integritas sistem syaraf, baik respon yang menurun (hipo) maupun yang meningkat (hiper) merupakan penyebab masalah (Varney et al, 2007:923).

1) Reflek berkedip (Glabela Reflex)

Pada saat pangkal hidung diketuk secara pelan bayi akan mengedip mata, pada empat sampai lima ketukan pertama (Marmi, 2012:70)

2) Reflek menghisap (Sucking Reflex)

Benda menyentuh bibir disertai reflek menelan tekanan pada mulut bayi dan langit bagian dalam gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat dilihat pada bayi yang menyusu (Marmi, 2012:70)

3) Reflek Mencari (Rotting Reflex)

Ketika pipi atau sudut mulut bayi disentuh bayi akan menoleh kearah stimulus dan memebuka mulutnya (Marmi, 2012:70)

4) Reflek menelan (Swallowing Reflex)

Kumpulan asi didalam mulut bayi menesak otot-otot daerah mulut dan faring untuk mengaktifkan reflek menelan dan mendorong ASI kdalam lambung bayi (Winkjosastro, 2008:134)

5) Reflek menoleh (tonic neck reflex)

Ekstremitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi dan ektremitas yang berlawanan akan fleksi bila arah bayi ditolehkan pada satu sisi selagi istirahat. Respon ini dapat tidak ada atau lengkap segera setelah lahir (Marmi, 2012:72)

6) Reflek Terkejut (Moro Reflex)

Ketika bayi kaget akan menunjukkan respon berupa memeluk dengan abduksi dan ekstensi dari ekstermitas atas yang cepat dan diikuti dengan aduksi yang lebih lambat yang kemudian timbul dengan abduksi. Reflek ini juga berfungsi untuk menguji kondisi umum bayi, serta kenormalan suayaf pusatnya (Marmi, 2012:71)

7) Reflek Menggenggam (Grapping Reflex)

Ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat (Marmi,2012:71)

8) Refleks Baby Sky

Goreskan telapak kaki dimulai dari tumit gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakan jari sepanjang telapak kaki ketika telapak kaki bayi tergores bayi akan menunjukkan respon semua jari kaki menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifeksi (Marmi 2012:71)

9) Reflek Galanfs

Cara menukurnya dengan gores punggung bayi sepanjang sisi tulang belakang dari bahu samapai bokong pada kondisi normal. Punggung bergerak ke arah samping bila distimulasi dijumpai pada usia 4-8 minggu pertama. Kondisi patologis bila

tidak adanya refleks menunjukkan lesi medulas spinalis transfersal (Hidayat, 2008:70)

10) Refleks ekstruksi

Catra mengukurnya dengan sentuh lidah dengan spatel lidah pada kondisi normal, lidah ekstensi ke arah luar bila disentuh dengan jari atau puting (Marmi, 2012:72)

11) Reflek melangkah (Stapping 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 72)

12) Reflek merangkak (crawling reflex)

Bayi akan berusaha merangkak ke depan dengan kedua tangan dan kaki bila di letak kan telungkup pada permukaan datar (Marmi, 2007: 72)

5. Kebutuhan dasar Neonatus

a. Nutrisi

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

Kebutuhan energi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan pertama adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selam 6

bulan pertama bayi membutuhkan energi sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marmi, 2012: 379) kebutuhan cairan dan kalori pada neonatus dapat dilihat sebagai berikut:

Tabel 2.6
Kebutuhan Dasar Cairan dan Kalori pada Neonatus

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

Sumber : (Saifuddin, 2009:166)

b. Eliminasi

Pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa (Marmi 2012:314) fases yang pertama ini berwarna hijau kehitaman, lengket serta mengandung mpedu, asam lemak, lendir dan sel epitel. Sejak hari ke tiga hingga ke lima kelahiran, feses mengalami tahap transisi dan menjadi warna kuning kecoklatan (Fraser D et al, 2009:771) urine pertama dikeluarkan dalam 24 jam pertama setelahnya dengan frekuensi yang semakin sering seiring

meningkatnya asupan cairan. Urine encer, berwarna kuning dan tidak berbau (Fraser et al, 2009:711)

c. Istirahat dan Tidur

Bayi baru lahir 16-18jam setiap hari, paling sering 45 menit sampai 2 jam dalam sekali tidur. Bayi dapat menangis sedikit 5 menit perhari sampai sbanyak-banyaknya 2 jam perhari (Walsh, 2007:378)

d. Personal Hygiene

Perawatan tali pusat iala menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. Cuci tangan dengan sabun sebelum merawat tali pusat (Saifuddin, 2010:370).bayi dimandika ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi yang sangat rentang untuk mengering. Pencucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urine dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah (Walsh, 2007:377-378)

e. Aktivitas

Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak banyaknya 2 jam perhari,bergantung pada temperamen individu. Alasan paling umum untuk menangis, ketidaknyamanan karena

popok basah, suhu ekstrim, dan stimulus berlebihan (Walsh, 2007:378)

f. Psikososial

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

6. Pelayanan Kesehatan Neonatus

a. Kunjungan Neonatus pertama (KN 1) dilakukan 2 kali kunjungan pada usia 0-7 hari setelah lahir. Hal yang dilaksanakan :

- 1) Pemberian minum (ASI)
- 2) Menjaga kebersihan kulit bayi
- 3) Perawatan tali pusat
- 4) Mendeteksi tanda-tanda bahaya pada bayi
- 5) Kebutuhan istirahat bayi
- 6) Imunisasi

b. Kunjungan neonatal kedua (KN Lengkap) dilakukan pada usia hari ke 8 sampai dengan hari ke 28 setelah lahir. Asuhan kebidanan yang diberikan yaitu :

- 1) Pemeriksaan ada atau tidak tanda bahaya dan gejala sakit
- 2) Jaga kehangatan tubuh;

3) Beri ASI Eksklusif

4) Rawat tali pusat

(Rukiyah dan Yulianti, 2010:66-82)

7. Tanda Bahaya bayi Baru Lahir

- a. Pernafasan sulit atau lebih dari 60 kali.
- b. Terlalu panas/dingin
- c. Warna kulit kuning, biru atau pucat
- d. Isapan lemah (tidak mau menghisap)
- e. Mengantuk berlebihan (banyak muntah)
- f. Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk berdarah.
- g. Infeksi (Suhu meningkat Pernafasan sulit)
- h. Feses /kemih (tidak berkemih dalam 24 jam, feses lembek, kering, hijau tua, ada lendir atau darah)
- i. Aktivitas : menggigil (tangis tidak biasa, sangat mudah tersinggung, lemas, terlalu ngantuk, lunglai, kejang, kejang halus, tidak tenang, menangis terus menerus) (Delidel dkk, 2011:98)

8. Penyuluhan Sebelum BBL Pulang

- a. Perawatan tali pusat
- b. Pemberian ASI
- c. Jaga kehangatan bayi
- d. Tanda-tanda bahaya
- e. Imunisasi
- f. Perawatan harian atau rutin

g. Pencegahan infeksi dan kecelakaan

(Marmi dan Kukuh Rahardjo, 2012)

2.1.5 KELUARGA BERENCANA (KB)

1. Pengertian KB

Kontrasepsi adalah usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan. Usaha-usaha itu dapat bersifat sementara, dapat juga bersifat permanen (Wiknjosastro H dkk, 2008:364)

Keluarga berencana (Family Planning / Planned parenthood) merupakan suatu usaha menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi. Menurut WHO (Expert Commite), tindakan yang membantu individu / pasutri untuk mendapatkan objek-objek tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang tidak diinginkan, mengatur interval antara kehamilan, dan menentukan jumlah anak dalam keluarga (Prawirohardjo, 2009:317)

2. Macam-macam kontrasepsi

a. Metode Ammenore Laktasi

1) Pengertian

MAL adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apapun lainnya. MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila menyusui secara penuh (lebih efektif

bila pemberian >8x sehari), belum haid, dan umur bayi kurang dari 6 bulan (Saifuddin, 2010:MK-1)

2) Cara kerja

Konsentrasi prolaktin meningkat sebagai respon terhadap stimulus penghisapan berulang ketika menyusui. Dengan intensitas dan frekuensi yang cukup, kadar prolaktin akan tetap tinggi. Hormon prolaktin yang merangsang produksi ASI juga mengurangi kadar hormon LH yang diperlukan untuk memelihara dan melangsungkan siklus menstruasi (Hidayati, 2009:3). Menurut Saifuddin tahun 2010:MK-1 cara kerja dari MAL adalah dengan penundaan/penekan pada ovulasi.

3) Indikasi

- a) Ibu yang menyusui secara eksklusif
 - b) Bayi berumur kurang dari 6 bulan
 - c) Ibu belum mendapatkan haid sejak melahirkan
- (Handayani S, 2010:69)

4) Kontraindikasi

- a) Sudah mendapatkan haid sejak setelah persalinan
 - b) Tidak menyusui secara eksklusif
 - c) Bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan.
 - d) Bekerja dan berpisah dari bayi lebih lama dari 6 jam
- (Handayani, 2010:69)

5) Keuntungan

Keuntungan dari Metode Ammenore Laktasi (MAL)

- a) Efektifitas tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pasca persalin)
- b) Segera efektif
- c) Tidak mengganggu senggama
- d) Tidak ada efek samping secara sistemik
- e) Tidak perlu pengawasan medis
- f) Tidak perlu alat atau obat
- g) Tanpa biaya (Saifuddin, 2012:MK1-2)

6) Kerugian

Selain memiliki beberapa keuntungan Metode Ammenore Laktasi (MAL) juga memiliki beberapa kerugian. Diantaranya beberapa kerugian MAL adalah sebagai berikut :

- a) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera dalam 30 menit pasca persalinan.
- b) Mungkin sulit dilakukan karena kondisi sosial.
- c) Tidak dapat melindungi terhadap penyakit IMS termasuk virus hepatitis B/HPV dan HIV/AIDS.

(Saifuddin, 2012: MK1-2)



Gambar 2.23

Metode Ammenore Laktasi

Sumber : www.google.co.id/search?client=ms-opera-mobile=metode+amenorea+laktasi

b. Ciotus Interruptus

1) Pengertian

Senggama terputus ialah penarikan penis dari vagina sebelum terjadi ejakulasi (Wiknjosastro,2007:535). Sedangkan menurut Hartanto (2015:58) senggama terputus adalah suatu metode kontrasepsi dimana senggama diakhiri sebelum terjadi ejakulasi intra vagina. Ejakulasi terjadi jauh dari genetalia eksterna wanita.

2) Efektifitas

Efektifitas cara ini umumnya dianggap kurang, angka kehamilan dengan cara ini sedikit lebih tinggi daripada cara yang digunakan kontrasepsi mekanisme atau kimiawi kegagalan dengan cara ini disebabkan oleh :

- a) Adanya mengeluarkan air mani sebelum ejakulasi yang mengandung sperma, apa lagi pada koitus yang berulang.

b) Terlambat pengeluaran penis dari vagina

(Wiknjosastro, 2007:536)

3) Keuntungan (Hartanto, 2015:58)

- a) Tidak memerlukan alat/murah
- b) Tidak menggunakan zat-zat kimiawi
- c) Selalu tersedia setiap saat
- d) Tidak mempunyai efek samping

4) Kerugian (Hartanto, 2015:58)

a) Angka kegagalan cukup tinggi

(1) 16-23 kehamilan per 100 wanita pertahun

(2) Faktor yang menyebabkan angka kegagalan yang tinggi adalah :

(a) Adanya cairan pre ejakulasi (yang sebelumnya sudah tersimpan dikelenjar prostat, urethra, kelenjar Cowper), yang dapat keluar setiap saat, dan setiap tetes sudah mengandung berjuta-juta spermatozoa.

(b) Kurangnya kontrol diri pria, yang pada metode ini justru sangat penting.

b) Kenikmatan seksual berkurang bagi suami-istri, sehingga dapat mempengaruhi kehidupan perkawinan

5) Kontraindikasi

a) Ejakulasi prematur pada pria (Hartanto, 2015:58)

c. Kondom

1) Pengertian

Kondom merupakan selubung/sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastic (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat hubungan seksual. Kondom terbuat dari karetsintetis yang tipis, berbentuk silinder,, dengan muaranya tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu (Saifuddin, 2013:MK-17).

Kondom adalah suatu karet tipis yang dipakai menutupi zakar sebelum dimasukkan kedalam vagina untuk mencegah terjadinya pembuahan (Maryuanani, 2016:549)

2) Prinsip kerja

Prinsip kerja kondom adalah sebagai perisai dari penis sewaktu koitus, dan mencegah pengumpulan sperma divagina. Bentuk kondom adalah silindris dengan pinggir yang tebal pada ujung yang terbuka, sedang ujung yang buntu berfungsi sebagai penampung sperma (Winkjosastro, 2007:539)

3) Keuntungan

Keuntungan kondom untuk memberikan perlindungan terhadap penyakit kelamin (Winkjosastro, 2007:539)

4) Kerugian

Efektifitas tidak terlalu tinggi, cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi, beberapa klien malu untuk membeli kondom di tempat umum, pembuangan kondom bekas mungkin menimbulkan masalah dalam hal limbah (Saifuddin, 2013:MK-19). Mengganggu kenyamanan bersenggama, harus selalu ada persediaan, dapat sobek bila tergesa-gesa, efek lecet, karena kurang licin (Maryani, 2016:550)

5) Indikasi

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

(Hartanto,2015:61)

6) Kontraindikasi

- a) Pria yang mempunyai pasangan yang beresiko tinggi apabila terjadi kehamilan
- b) Alergi terhadap bahan dasar kondom

(Saifuddin, 2013:MK19)

7) Efektifitas

Kondom cukup efektif bila dipakai secara benar pada setiap kali berhubungan seksual. Pada beberapa pasangan, pemakaian

kondom tidak efektif karena tidak dipakai secara konsisten. Angka kegagalan kondom yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun (Saifuddin, 2013:MK-18)



Gambar 2.24
Kondom

Sumber : https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/1/18/blausen_0585_Kondom.png

d. Kontrasepsi oral (PIL)

Menurut Saifuddin (2010:48) Kontrasepsi oral yang biasa dikenal dengan pil KB mengandung hormon progesteron dan estrogen kontrasepsi oral terdiri dari 4 macam yaitu

1) Pil Progestin (mini pil)

Pil KB ini dapat digunakan untuk ibu yang sedang menyusui sampai sekitar dua tahun. Dan ibu akan mengalami haid yang tidak teratur.

2) Pil kombinasi

Didalam satu pil terdapat estrogen dan progesteron sintetik yang diminum 3 kali seminggu.

3) Pil sekunseal

Pil ini dibuat sedemikian rupa sehingga mirip dengan urutan hormon yang dikeluarkan ovarium pada setiap siklus. Maka berdasarkan hormon tersebut, estrogen hanya diberikan selama 14-16 hari pertama diikuti oleh kombinasi progesteron dan estrogen selama 5-7 hari terakhir.

4) Morning after pil.

Merupakan pil hormon yang mengandung estrogen dosis tinggi yang hanya diberikan untuk keadaan darurat saja seperti kondom bocor.

1) Cara kerja estrogen sebagai kontrasepsi:

- a) Bekerja dengan jalan menghambat ovulasi melalui fungsi hipotalamus-hipofisis-ovarium
- b) Menghambat perjalanan ovum atau implanisasi

2) Cara kerja Progesteron sebagai kontrasepsi:

- a) Bekerja dengan cara membuat lendir menjadi kental sehingga transportasi sperma menjadi sulit.
- b) Menghambat kapasitas sperma
- c) Menghambat perjalanan ovum dalam tuba
- d) Menghambat ovulasi melalui fungsi hipotalamus-hipofisis-ovarium (Mulyani, 2013:57)

3) Keuntungan kontrasepsi oral :

Menurut Manuaba (2012:599) antara lain:

- a) Bila meminum pil sesuai dengan aturan dijamin berhasil 100%
 - b) Dapat dipakai pengobatan terhadap beberapa masalah seperti ketegangan menjelang menstruasi, perdarahan menstruasi yang tidak teratur, dan nyeri saat menstruasi.
 - c) Pengobatan untuk penyakit endometritis
 - d) Dapat meningkatkan libido.
- 4) Efek samping yang dapat ditimbulkan dari kontrasepsi oral adalah nyeri payudara, hipertensi, acne, penambahan berat badan dan lain-lain (Affandi, 2010:50)
- 5) Keterbatasan (Affandi,2010:52)
- a) Hampir 30-60% mengalami gangguan haid
 - b) Peningkatan/penurunan
 - c) Harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama
 - d) Bila lupa satu pil, kegagalan menjadi lebih besar
 - e) Payudara menjadi tegang, mual, pusing, dermatitis
 - f) Resiko kehamilan ektopik cukup tinggi (4 dari 100 kehamilan)
- 6) Indikasi (Affandi,2010:52)
- a) Menginginkan suatu metode kontrasepsi yang sangat efektif selama periode menyusui
 - b) Pasca persalinan dan tidak menyusui

- c) Hipertensi
- 7) Kontraindikasi (Affandi,2010:52)
 - a) Hamil atau diduga hamil
 - b) Riwayat kanker payudara
 - c) Sering lupa menggunakan pil
 - d) Miom uterus
 - e) Riwayat sroke



Gambar 2.25
KB Pil Mini
Sumber : Hartanto, 2010:104

e. Kontrasepsi Suntikan

KB suntik adalah g-alfa medroksi progesteron yang digunakan untuk tujuan kontrasepsi parenteral mempunyai (Winkjosastro, 2007:921)

Menurut Saifudding (2007: 42) kontrasepsi suntikan ada dua macam yaitu:

- 1) Depoprovera mengandung progesteron sebanyak 150 mg dalam bentuk partikel kecil. Suntikan setiap 12 minggu. Keuntungan suntikan dapat dilakukan tiga bulan sekali . kerugiannya sering terjadi terlambat datang bulan sekalipun telah menghentikan

suntikan, dapat terjadi perdarahan berkepanjangan diluar menstruasi, badan terasa panas

- 2) Cyclofem mengandung progesteron sebanyak 50 mg dan estrogen. Disuntikan setiap bulan. Diharapkan agar menstruasi setiap bulan. Diharapkan agar menstruasi setiap bulan karena komponen estrogennya. Kerugian sering terjadi kegagalan menstruasi yang diharapkan setelah pemakaian.

a) Cara kerja

Menurut Saifuddin (2010:41), cara kerja dari suntikan progestin adalah :

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

b) Keuntungan

Keuntungan KB suntik menurut Manuaba (2012:601) antara lain:

- (1) Pemberiannya sederhana setiap 8-12 Minggu
- (2) Tingkat efektifitas tinggi
- (3) Hubungan seks dengan suntikan KB bebas
- (4) Pengawasan medis yang ringan

(5) Dapat diberikan pasca persalinan, pasca keguguran, pasca menstruasi.

(6) Tidak mengganggu pengeluaran laktasi dan tumbuh kembang bayi.

c) Kerugian KB suntikan

Kerugian KB suntikan menurut Manuaba (2012:601) antara lain

- (1) Perdarahan yang tidak menentu
- (2) Terjadi amenore (tidak datang bulan) berkempanjangan.
- (3) Masih terjadi kemungkinan hamil.

d) Indikasi

- (1) Nulipara dan yang telah memiliki anak
- (2) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang
- (3) Meyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai
- (4) Setelah abortus atau keguguran
- (5) Perokok
- (6) Hipertensi, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit

(7) Anemia defisiensi berat

(8) Mendekati usia menopause yang tidak mau/ tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi.

e) Kontra indikasi (Affandi, 2010:MK45)

- (1) Hamil atau dicurigai hamil (resiko cacat pada janin 7 per 100.000 kelahiran)
- (2) Tidak dapat menerima kejadiannya gangguan haid, terutama amenore
- (3) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara
- (4) Diabetes melitus disertai komplikasi



Gambar 2.26
KB Suntik 1 Bulan

Sumber : https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/1/18/blausen_0585_KB_Suntik1bulan.png



Gambar 2.27
KB Suntik 3 Bulan

Sumber : https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/1/18/blausen_0585_KB_suntik_3bulan.png

f. Implant

1) Pengertian

Implan adalah kontrasepsi yang disusupkan atau ditanam dibawah kulit (Maryanani, 2016:552)

Menurut Hartanto 2004, implant adalah alat kontrasepsi yang berbentuk kapsul kosong silastic (karet silikon) yang diisi dengan hormon dan ujung-ujungnya kapsul ditutup dengan silastic adhesive (Hidayati, 2016:58)

2) Mekanisme

a) Mengentalkan lendir serviks uteri sehingga menyulitkan penetrasi sperma.

b) Menimbulkan peubaha-perubahan pada endometrium sehingga tidak cocok untuk implantasi zygote.

c) Dapat pula menghalangi ovulasi (Winkjosastro, 2007:552-553)

3) Kelebihan/ keuntungan

Dipasang selama lima tahun, kontrol medis ringan, dapat dilayani didaerah pedesaan, penyulit medis tidak terlalu tinggi, biaya murah (Manuaba dkk, 2010: 603). Praktis, efektif, tidak ada faktor lupa, tidak menekan produksi ASI, masa pakai panjang 5 tahun (Maryunani, 2016:552)

4) Efek Samping

Efek samping antara lain adalah gangguan pola haid seperti terjadi spotting, perdarahan haid memanjang atau lebih sering berdarah (*metrorrhagia*), amenore, mual-mual, anoreksia, pening, sakit kepala, kadang-kadang terjadi pada perubahan berat badan, timbulnya akne (Winkjosastro, 2007:553)

5) Indikasi

- a) Usia reproduksi
- b) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang
- c) Ibu menyusui
- d) Pasca keguguran/abortus
- e) Tidak menginginkan anak lagi, tapi tidak mau menggunakan metode kontrasepsi mantap.
- f) Sering lupa mengkonsumsi pil (Kumalasari, 2015:280)

6) Kontraindikasi

- a) Hamil atau diduga hamil.
- b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
- c) Benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara
- d) Tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi.
- e) Miom uterus dan kanker payudara

(Saifuddin, 2013:MK-55)

7) Waktu pemasangan

Waktu yang paling baik untuk memasang adalah sewaktu haid berlangsung atau pra-ovulasi dari siklus haid sehingga adanya kehamilan dapat disingkirkan (Wiknjasastro, 2007:553).

8) Cara Pemasangan dan Pencabutan Implan

a) Cara Pemasangan

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

- (9) Tusukkan trokar dan pendorongnya. Masukkan trokar jangan dengan paksaan. Jika terdapat tahanan, coba dari sudut lainnya (batas masuknya trokar sampai tanda strip ke dua).
- (10) Angkat trokar ke atas. Trokardi angkat ke atas untuk meletakkan kapsul tepat dibawah kulit, sehingga kulit terangkat.
- (11) Tarik pendorong keluar dan masukkan kapsul implant.
- (12) Tahan pendorong dan menarik trokar keluar, raba ujung kapsul dengan jari, untuk memastikan kapsul sudah keluar seluruhnya dari trokar.
- (13) Memutar ujung trokar, pastikan kapsul pertama bebas.
- (14) Fiksasi kapsul pertama dengan jari telunjuk. Geser trokar sekitar 15 derajat untuk memasang kapsul berikutnya. Keluarkan trokar setelah kedua kapsul terpasang.
- (15) Tekan tempat insisi dengan jari selama 1 menit untuk menghentikan perdarahan.
- (16) Cuci tangan dengan sabun dibawah air mengalir.
- (17) Bereskan alat yang telah digunakan, mencuci dan mengembalikan ketempat semula.

(18) Beritahu klien tentang hasilnya dan beritahu rencana selanjutnya dengan jelas dan lengkap.

(Sulistyawati, 2011).

b) Cara Pencabutan

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

(a) Cara pop-out :

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

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

(b) Cara standard:

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

(c) Cara “u”

Teknik ini dikembangkan oleh Dr. Untung Prawirohardjo dari Semarang dibuat insisi memanjang selebar 4 mm, kira-kira 5 mm proksimal dari ujung

distal kapsul, diantara kapsul ke 3 dan kapsul 4. Kapsul yang akan dicabut difiksasi dengan meletakkan jari telunjuk tangan kiri sejajar di samping kapsul. Kapsul dipegang kurang lebih 5 mm dari ujung distalnya. Kemudian klem diputar ke arah pangkal lengan atas atau bahu akseptor sehingga kapsul terlihat dibawah lubang insisi dan dapat dibersihkan dari jaringan-jaringan yang menyelubunginya dengan scapel, untuk seterusnya dicabut keluar (Hartanto, 2015:145).

9) Efektifitas

0,2-1 kehamilan per 100 perempuan (Kumalasari, 2015:280)



Gambar 2.28
KB Impant
Sumber : Affandi, 2009:89

g. AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)

1) Pengertian

AKDR adalah alat kontrasepsi yang dipasang didalam rahim sangat efektif, reversible, dan berjangka panjang (Saifuddin, 2013:80)

2) Jenis-jenis IUD

a) AKDR nonhormonal

(1) Menurut bentuknya AKDR dibagi menjadi dua yaitu :

bentuk/*open device* misalnya Lippes Loop, Cu-T, Cu-7, Marguiles, Spring Coil, Multiload, Nova-T. Bentuk tertutup/*close device* misalnya Ota-Ring, Atigon, dan Graten Berg Ring.

(2) Menurut tambahan obat atau metal yaitu *Medical IUD* misalnya Cu-T 200 (daya kerja 3 tahun), Cu-T220 (daya kerja 3 tahun), Cu-T 300 daya kerja 3 tahun), Cu-T 380A (daya kerja 8 Tahun), Cu-7, Nova T (Daya kerja 5 tahun), ML-375 (daya kerja 3 tahun). *Unmedicated IUD* misalnya Lippes Loop, Marguiles, Saf T Coil, Atigon.

b) AKDR yang mengandung hormonal progestasert-T = Alza T dan LNG 20 (Kumalasari 2015:303)

Jenis IUD/AKDR di Indonesia menurut Sukarni dkk, (2013:371-372)

a) Copper –T

IUD berbentuk T terbuat dari bahan polythelene dimana pada bagian vertikalnya diberi lilitan kawat tembaga halus.

Lilitan kawat tembaga halus ini mempunyai efek anti fertilisasi (anti pembuahan) yang cukup baik. IUD

berbentuk T yang baru. IUD ini melepaskan levonorgestrel dengan kontrasepsi yang rendah selama minimal lima tahun.

b) Copper-7

IUD ini berbentuk angka 7 dengan maksud memudahkan pemasangan. Fungsinya sama seperti halnya lilitan tembaga halus pada jenis Copper T.

c) Multi Load

IUD ini terbuat dari plastik (*polythelene*) dengan tangan kiri dan tangan kanan berbentuk sayap yang fleksibel. Ada 3 ukuran multi load yaitu standart, samall (kecil), dan mini.

d) Lippes Loop

IUD ini terbuat dari bahan *polythelene*. Bentuknya seperti spiral atau S bersambung. Untuk memudahkan kontrol di pasang benang pada ekornya lippes Loop mempunyai angka kegagalan rendah. Keuntungan lainnya dari pemakaian spiral jenis ini ialah bila terjadi perforasi jarang menyebabkan luka atau penyumbatan usus, sebab terbuat dari bahan plastik. (Sukarni dkk, 2013:371-372)

3) Keuntungan AKDR

AKDR mempunyai keuntungan terhadap cara kontrasepsi yang lain karena 1) umumnya hanya memerlukan satu kali

pemasangan dan demikian satu kali motivasi; 2) tidak menimbulkan efek yang sistemik; 3) alat ekonomis dan cocok untuk pengguna secara massal; 4) efektifitas cukup tinggi; 5) reversible (Wiknjosastro, 2007:558)

4) Kerugian AKDR menurut Manuaba (2012:611) antara lain :

- a) Masih terjadi kehamilan dengan AKDR in situ
- b) Terdapat perdarahan (*spotting* dan *menometroragia*)
- c) Leukorea, sehingga menguras protein tubuh dan liang senggama terasa lebih basah
- d) Dapat terjadi infeksi
- e) Tingkat akhir infeksi menimbulkan kemandulan primer atau sekunder dan kehamilan ektopik
- f) Tali AKDR dapat menimbulkan perlukan portio uteri mengganggu hubungan seksual

5) Efek Samping

a) Efek samping umum :

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

(2) Haid lebih lama dan banyak

(3) Perdarahan (*spotting*) antar menstruasi.

(4) Saat haid lebih sakit,

6) Indikasi

a) Usia reproduktif

- b) Keadaan nulipara
 - c) Setelah melahirkan dan tidak mau menyusui
 - d) Tidak menghendaki metode hormonal
 - e) Perokok
 - f) Gemuk maupun kurus
 - g) Penderita tumor jinak payudara
- 7) Kontraindikasi pemasangan AKDR

Kontraindikasi untuk pemasangan AKDR dapat dibagi atas 2 yaitu

- a) Kontraindikasi relatif ialah
 - (1) Mioma uteri dengan adanya perubahan bentuk rongga uterus
 - (2) Insufisiensi serviks uteri
 - (3) Uterus dengan parut pada dindingnya seperti pada bekas seksio sesarea, mioma, dan sebagainya
 - (4) Kelainan yang jinak serviks uteri seperti erosio porsiones uteri

(Winkjosastro, 2007:560)

- b) Kontraindikasi mutlak
 - (1) Kehamilan
 - (2) Adanya infeksi yang aktif pada traktus genitalis
 - (3) Adanya tumor ganas pada traktus genitalis
 - (4) Adanya metroragia yang belum disembuhkan

(Winkjosastro, 2007:560)

8) Pemasangan

Menurut Winkjosastro (2007:561) AKDR dapat dipasang dalam keadaan berikut:

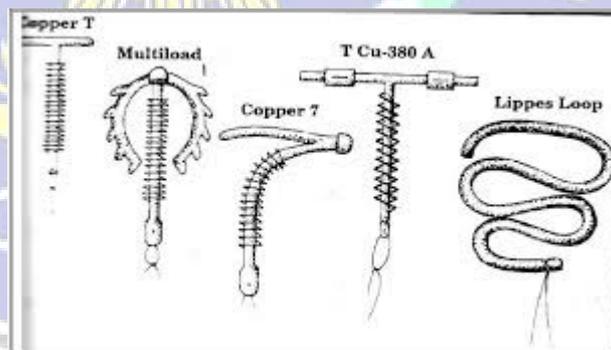
a) Sewaktu haid berlangsung

Keuntungan dari pemasangan AKDR pada waktu ini antara lain 1) pemasangan lebih mudah karena serviks pada waktu itu agak terbuka dan lembek; 2) rasa nyeri tidak terlalu keras; 3) perdarahan yang timbul sebagai akibat pemasangan tidak seberapa dirasakan 4) kemungkinan pemasangan pada uterus yang sedang hamil tidak ada.

b) Sewaktu postpartum

c) Sewaktu post abortus

d) Beberapa hari setelah haid terakhir



Gambar 2.29

Jenis alat Kontrasepsi AKDR

Sumber :

[https://www.google.co.id/macam+macam+kontrasepsi+iud
&client.com](https://www.google.co.id/macam+macam+kontrasepsi+iud&client.com)

9) Pemasangan IUD

a) Cara Pemasangan AKDR / IUD

(a) Konseling Awal

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

(b) Konseling Metode Khusus

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

(c) Konseling Pra Pemasangan dan Konseling

- (12) Solusi klien anamnesa
- (13) Melakukan pemeriksaan fisik dan panggul

(d) Pemeriksaan Perut – Inspekulo – Bimanual

- (14) BAK – Cuci Kemaluan
- (15) Pakai pelindung – Cuci Tangan
- (16) Bantu klien naik tempat tidur
- (17) Palpasi perut

- (18) Kenakan penutup
- (19) Atur cahaya lampu
- (20) Pakai sarung tangan
- (21) Atur alat
- (22) Inspeksi Alat Genetalia Eksterna
- (23) Palpasi Klenjar skene bartholini
- (24) Pasang speculum
- (25) Inspekuloid
- (26) Keluarkan speculum
- (27) Periksa bimanual
- (28) Periksa vagina
- (29) Celup sarung tangan
- (e) Tindakan Pra Pemasangan
- (30) Jelaskan proses pemasangan
- (31) Masukkan lengan IUD
- (f) Tindakan Pemasangan
- (32) Pakai sarung tangan
- (33) Pasang speculum
- (34) Usap serviks vagina
- (35) Jepit serviks
- (36) Masukkan sonde
- (37) Ukur uterus keluarkan sonde
- (38) Ukur sonde dikemas IUD

- (39) Keluarkan IUD dari kemasan
- (40) Masukkan IUD posisi horizontal (Tarik Lembut Tanukulum)
- (41) Tahan / pegang tenakulum
- (42) Lakukan “WITHDRAWEL”
- (43) Keluarkan pendorong, dorong tabung ke partio sampai batang biru
- (44) Keluarkan tabung dan buang ke tempat sampah
- (45) Keluarkan tabung 3-4 cm, gunting benang
- (46) Lepas tenakulum
- (47) Tekan partio 30-60⁰
- (48) Keluarkan speculum, pasien istirahat 15 menit
- (g) Tindakan pasca pemasangan
 - (49) Rendam alat dekontaminasi
 - (50) Buang bahan / sampah
 - (51) Celup sarung tangan
 - (52) Cuci tangan
 - (53) Lepas pelindung
 - (54) Ajari klien
- (h) Konseling pasca pemasangan
 - (55) Ada efek samping- control
 - (56) Kapan harus control
 - (57) IUD dalam 5-8 tahun

(58) Boleh control setiap ada keluhan

(59) Minta klien untuk ulangi penjelasan

(60) Dokumentasi

b) Pencabutan AKDR (IUD)

(1) Tindakan Pra Pencabutan

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

(b) Bantu klien ke meja pemeriksaan.

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

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

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

(2) Tindakan Pencabutan

(1) Lakukan pemeriksaan bimanual :

(a) Pastikan gerakan serviks bebas

(b) Tentukan besar dan posisi uterus

(c) Pastikan tidak ada infeksi atau tumor pada adneska.

(2) Pasang speculum vagina untuk melihat serviks.

(3) Usap vagina dan serviks dengan larutan antiseptik 2 sampai 3 kali.

- (4) Jepit benang yang dekat dengan klem.
- (5) Tarik keluar benang dengan mantap tetapi hati-hati untuk mengeluarkan AKDR.
- (6) Tunjukkan AKDR tersebut tersebut pada klien, kemudian rendam dalam larutan klorin 0,5%.
- (7) Keluarkan speculum dengan hati-hati.

c) Tindakan Pasca Pencabutan

- (1) Rendam semua peralatan yang sudah dipakai dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit untuk dekontaminasi.
- (2) Buang bahan-bahan yang sudah tidak terpakai lagi (kas, sarung tangan sekali pakai) ke tempat yang sudah disediakan.
- (3) Celupkan kedua tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, kemudian lepaskan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin tersebut.
- (4) Cuci tangan dengan air dan sabun.
- (5) Amati selama 5 menit sebelum membolehkan klien pulang.
- (6) Diskusikan apa yang harus dilakukan bila klien mengalami masalah (seperti perdarahan yang lama atau rasa nyeri pada perut / panggul).

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

h. Kontrasepsi Mantap

1) Tubektomi

Tubektomi adalah prosedur bedah sukarela untuk menghentikan fertilitas (kesuburan) seorang perempuan (Saifuddin, 2010:M-81). Metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingi lagi puya anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan tubektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini (Affandi, 2010:MK-89)

a) Mekanisme kerja

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

b) Keuntungan

- (1) Sangat efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan)
- (2) Tidak mempengaruhi proses menyusui (breasfeding)
- (3) Tidak bergantung pada factor senggama
- (4) Baik bagi klien apabila kehamilan akan menjadi resiko kesehatan yang serius

- (5) Tidak ada efek samping dalam jangka panjang
- (6) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual (Affandi, 2010:91)

c) Keterbatasan

- (1) Harus dipertimbangkan sifat mantap metode ini karena tidak dapat dipulihkan kembali
- (2) Pengguna dapat menyesal
- (3) Tidak melindungi dari infeksi menular seksual,, termasuk HBV dan HIV/AIDS (Atikah dkk, 2010:81)
- (4) Dilakukan oleh dokter terlatih (Affandi, 2010:92)

d) Indikasi

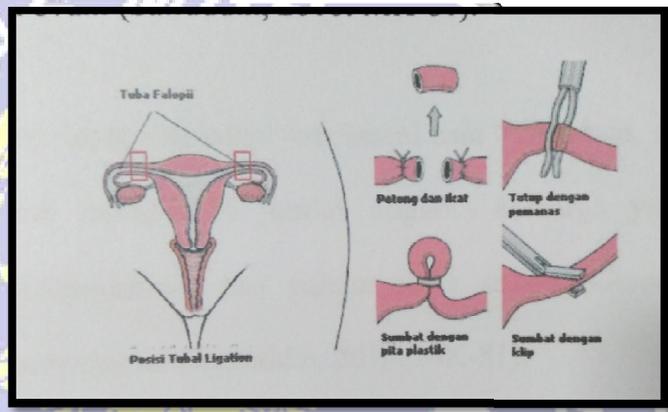
- (1) Usia > 26 tahun
- (2) Paritas > 2
- (3) Yakin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai dengan kehendaknya
- (4) Pada kehamilan akan menimbulkan resiko kesehatan yang serius
- (5) Pascasalin
- (6) Pasca keguguran

- (7) Pada dan sukarela setuju dengan prosedur ini (Affandi, 2010:92)

e) Kontraindikasi

- (1) Hamil

- (2) Infeksi sistemik atau pelvic yang akut (hingga masalah itu disembuhkan atau dikontrol)
- (3) Tidak boleh menjalani proses pembedahan
- (4) Kurang pasti keinginannya untuk fertilisasi dimasa depan
- (5) Belum memberikan persetujuan tertulis (Affandi, 2010:93)



Gambar 2.30
Tubektomi

Sumber: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/1/18/blausen_0585_KB_Tubektomi.png

2) Vasektomi

Metode kontrasepsi untuk laki-laki yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi (Anwar, 2010:225)

Vasektomi adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vasa defensiasi sehingga alur transportasi sperma terhambat dan

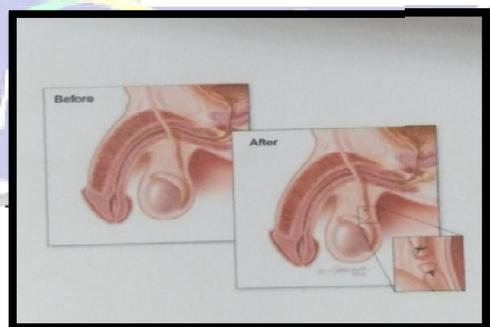
proses fertilisasi (penyatuan dengan ovum) tidak terjadi
(Saifuddin, 2010:85)

a) Keuntungan

- (1) Hanya sekali aplikasi dan efektif dalam jangka panjang
- (2) Tinggi tingkat rasio efisiensi biaya dan lamanya penggunaan kontrasepsi (Affandi, 2010:96)

b) Keterbatasan (Hanafi, 2011:322)

- (1) Permanen dan timbul masalah bila klien menikah lagi.
- (2) Bila tidak siap kemungkinan ada rasa penyesalan dikemudian hari
- (3) Perlu pengosongan depot sperma divasikula seminalis sehingga perlu 20 kali ejakulasi
- (4) Ada nyeri/ rasa tidak nyaman pasca bedah
- (5) Perlu tenaga pelaksana terlatih
- (6) Tidak melindungi klien dari IMS



Gambar 2.41
Vasektomi

Sumber : https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/1/18/blausen_0585_KB_IUD.png

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Trimester III

1. Pengkajian

a. Data Subyektif

1) Biodata

a) Nama

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

b) Umur

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

c) Agama

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

d) Pekerjaan

Mengetahui pekerjaan klien adalah penting untuk mengetahui apakah klien berada dalam keadaan utuh dan untuk mengkaji potensi kelainan prematur dan pajanan terhadap bahaya lingkungan kerja yang dapat merusak janin (Marmi, 2011:155).

e) Pendidikan

Tingkat pendidikan yang rendah terutama jika berhubungan dengan usia yang muda, berhubungan erat pengetahuannya tentang sesuatu. Pada ibu hamil dengan pendidikan rendah, kadang ketika tidak mendapatkan cukup informasi mengenai kesehatannya maka ia tidak tahu mengenai bagaimana cara melakukan perawatan kehamilan yang baik (Romauli, 2011:124)

f) Suku/bangsa

Berpengaruh pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari. (Ambarwati, 2010:132)

g) Penghasilan

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

h) Ditanyakan untuk maksud mempermudah hubungan/informasi bila diperlukan. Bila keadaan mendesak dengan diketahuinya alamat tersebut bidan dapat mengetahui tempat tinggal pasien atau klien dan lingkungannya. Untuk mengetahui ibu tinggal dimana, menjaga kemungkinan bila ada ibu yang namanya sama. Ditanyakan alamat agar dapat dipastikan ibu yang mana hendak ditolong (Roumali, 2011:163)

i) Alamat

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

2) Keluhan Utama

Ditanyakan untuk mengetahui perihal yang mendorong pasien/klien datang kepada bidan.

Apakah penderita datang untuk memeriksakan kehamilan atau ada pengaduan-pengaduan lain yang penting (menegement kebidanan).

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan (Sulistyawati, 2012: 181)

Menurut Varney, Et al (2007:540-543) keluhan ringan pada kehamilan adalah edema dependen, nokturia, konstipasi, sesak nafas, nyeri ulu hati, kram tungkai, nyeri punggung

bawah. Pada ibu hamil trimester III, keluhan keluhan yang sering dijumpai yaitu:

a) Edema Dependen

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

b) Nokturia

Terjadi peningkatan frekuensi berkemih aliran balik vena dari ekstremitas difasilitasi saat wanita sedang berbaring pada posisi lateral rokumben karena uterus tidak lagi tertekan pembuluh darah panggul dan vena cava inferior.

c) Konstipasi

Konstipasi diduga terjadi akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron.

Pergeseran dan tekanan yang terjadi pada usus akibat pembesaran uterus atau bagian presentasi juga dapat menyebabkan konstipasi.

d) Sesak nafas

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

e) Nyeri ulu hati

Relaksasi sfingter jantung pada lambung akibat pengaruh yang ditimbulkan peningkatan jumlah progesteron, penurunan motilitas gastrointestinal yang terjadi akibat relaksasi relaksasi otot halus yang kemungkinan disebabkan peningkatan jumlah progesteron dan tekanan uterus, dan tidak ada ruang fungsional untuk lambung akibat perubahan tempat dan penekanan oleh uterus yang membesar.

f) Kram tungkai

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

g) Nyeri punggung bawah

Nyeri punggung bawah merupakan nyeri punggung yang terjadi pada area lumbosakral. Nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi dan terjadi

perubahan yang disebabkan karena berat uterus yang semakin besar.

3) Riwayat Kesehatan Ibu

Kondisi medis tertentu berpotensi mempengaruhi ibu atau bayi atau keduanya. Berikut ini adalah beberapa kondisi medis ibu yang mempengaruhi kehamilan, persalinan, nifas, neonatus dan keluarga berencana.

a) Diabetes melitus tergantung insulin (IDDM)

Pengaruh terhadap penyakit diabetes terhadap persalinan diantaranya gangguan kontraksi otot rahim yang menimbulkan persalinan lama atau terlantar, janin besar dan sering memerlukan tindakan operasi (Manuaba, 2010:541)

b) Anemia

Anemia dalam kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi. Bhaya anemia selama kehamilan yaitu terjadi abortus, hambatan tumbuh kembang janin dan rahim, mudah terjadi infeksi, ancaman dekompensasi kordis ($Hb < 6gr\%$, molagitaditosa, hipergravidarum, perdarahan antepartum (Manuaba, 2010:110). Bahaya saat persalinan adalah gangguan his (kekuatan mengejan), kala I dapat berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan

tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio plasenta, dan perdarahan post partum karena atonia uteri, kala IV dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan antonia uteri (Manuaba, 2010:110)

c) Penyakit Jantung

Kehamilan yang disertai penyakit jantung saling mempengaruhi karena kehamilan memberatkan penyakit jantung dan penyakit jantung dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. Keluhan utama yang dikemukakan adalah merasa lelah jantung berdebar-debar, sesak nafas disertai kebiruan, edema tungkai atau terasa berat saat kehamilan muda (Marmi, 2011:154). Perubahan fisiologis normal pada masa hamil meningkatkan curah jantung wanita hingga 40% melebihi curah jantungnya ketika tidak hamil saat ia berada pada keadaan istirahat. Peningkatan ini terjadi pada kehamilan dan mencapai puncaknya pada usia kehamilan 20-24 minggu. Peningkatan curah jantung selama kehamilan akan meningkatkan resiko dekompensasi jantung pada wanita yang mempunyai riwayat penyakit jantung. Wanita yang menderita penyakit jantung kelas I bahkan

kelaas II (Varney et al, 2007:541). Dalam pembatasan kehamilan dan kelahiran, penderita penyakit jantung sebaiknya menggunakan kontap. Pemakaian metode lainnya selalu memberikan gangguan terhadap kerja jantung(Manuaba, 2010:110)

d) Hipertensi Esensial

Kehamilan dengan hipertensi dapat berlangsung sampai aterm tanpa gejala menjadi preeklamsi tidak murni (Manuaba, 2010:110)

e) HIV/AIDS

Transmisi vertikal merupakan penyebab tersering infeksi HIV pada bayi dan anak-anak. Transmisi HIV dari ibu kepada janin dapat terjadi intrauterin, saat persalinan, dan pascapersalinan. Kelianan yang dapat terjadi pada jain adalah berat badan lahir rendah, bayi lahir mati, partus preterm dan abortus sponatan (Saifuddin, 2010:933).

f) Penyakit paru

Gangguan fungsi paru-paru yang berat dapat menimbulkan gangguan pertumbuhan janin sampai dengan keguguran (Manuaba, 2010:337)

g) Asma

Dalam batas yang wajar, penyakit asma tidak banyak mempengaruhi kehamilan (Manuaba, 2010:110). Wanita yang memiliki riwayat asma berat sebelum hamil terbukti akan menjadi semakin buruk selama hamil (Varney, 2007:542)

h) Gonnorea

Menurut Saifuddin dkk (2009:235) 50% infeksi gonorea tanpa disertai duh (secret) vagina. Ophthalmia neonatorum (konjungtivinitis) yang disebabkan oleh gonore (waktu bayi melalui jalan lahir).

i) Infeki Ginjal dan saluran kemih

Akibat terjadi demam yang tinggi dan menyebabkan terjadinya kontraksi otot rahim sehingga dapat menimbulkan keguguran , persalinan prematurdan memudahkan infeksi pada neonatus (Manuaba, 2010:335)

j) Infeksi virus herpes genetalia

Herpes genetalia bila mengenai regio genetalia yang cukup luas, dapat menyebabkan gangguan mobilitas, vaginitis, urethritis,sistitis. Dapat juga menyebabkan abortus, anomalia kongenital dan infeksi pada neonatus (Konjungtivinitis/keratitis, ensefalitis, ikterus) (Saifuddin dkk, 2009:228)

k) Infeksi TORCH

Infeksi TORCH meliputi : rubella, sitomegalovirus, toksoplasmosis, herpes simpleks dapat menimbulkan kelainan kongenital dalam bentuk yang hampir sama : kutilan , abortus, mikrosefalus, prematuritas, dan pertumbuhan janin terlambat.(Manuaba, 2010 : 340).

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Menurut manuaba (2010:240), anamnesis yang dapat dilakukan pada riwayat kesehatan keluarga dapat ditanyakan mengenai latar belakang kesehatan keluarga antara lain :

- a) Anggota keluarga yang mempunyai penyakit tertentu terutama penyakit menular seperti TBC dan hepatitis
- b) Penyakit keluarga yang dapat diturunkan seperti kencing manis, kelaainan pembekuan darah penyakit jiwa, dan asma.

Riwayat kehamilan kembar, kejadian kehamilan ganda dipengaruhi salah satunya oleh faktor genetik atau turunan (Saifuddin, 2010:311)

Darah manusia dibentuk darah ABO, sebagian besar, manusia memiliki suatu antigen permukaan sel darah merah pada sistem golongan darah rhesus. Mereka yang mempunyai antigen dipertimbangkan sebagai Rh (D)

positif, sedangkan mereka yang tidak mempunyai faktor Rh disebut Rh(D)negatif. Antigen Rh selanjutnya dikategorikan dalam suatu kompleks antigen C, D, E. Antigen D paling sering dihubungkan dengan penyakit hemolisis pada janin dan bayi baru lahir (Varney et al, 2007:542)

5) Riwayat Kebidanan

a) Menstruasi

Menurut Fraser dan Cooper (2009:251) riwayat menstruasi dikaji untuk tanggal taksiran partus (TP). Taksiran partus dihitung dengan menambahkan 9 bulan dan 7 hari pada tanggal hari pertama haid terakhir yang dialami ibu. Metode ini mengasumsikan bahwa ibu memiliki menstruasi dan jarak antar menstruasi yang teratur.

(1) Konsepsi terjadi 14 hari setelah hari pertama haid terakhir, hal ini dianggap benar hanya jika ibu mengalami siklus menstruasi yang teratur.

(2) Periode perdarahan yang terakhir merupakan menstruasi yang sebenarnya, implantasi ovum dapat menyebabkan sedikit perdarahan.

Menurut Mochtar (2012:35), wanita harus mengetahui tanggal hari pertama haid terakhir (HPHT) supaya

dapat ditafsir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan (TTP), yang dihitung dengan menggunakan rumus Neagele : $TTP = (\text{hari HT}+7)$ dan $(\text{bulan HT}-3)$ dan $(\text{tahun HT}+1)$ untuk siklus 28 hari+x hari. Sedangkan menurut Marmi (2011:137) untuk siklus 35 hari dengan menggunakan rumus $TTP = (\text{hari H}+14)$ dan $(\text{bulan HT}-3)$ dan $(\text{tahun HT}+1)$.

b) Umur Menarche

Usia pertama haid bervariasi, antara 12-16 tahun. Hal ini dipengaruhi oleh keturunan, keadaan gizi, bangsa lingkungan, iklim, dan keadaan umum (Walyani, 2015:85)

c) Siklus Menstruasi

Siklus haid dihitung mulai hari pertama haid hingga hari pertama haid berikutnya, siklus haid perlu ditanyakan untuk mengetahui apakah klien mempunyai kelainan siklus haid atau tidak. Siklus normal haid biasanya adalah 28 hari (Walyani, 2015:85)

d) Banyak darah yang keluar

Normalnya yaitu 2 kali ganti pembalut dalam sehari. Apabila darahnya terlalu berlebih, itu berarti telah menunjukkan gejala kelainan banyaknya darah haid (Walyani,2015:85)

e) Lamanya

Lamanya haid yang normal adalah ± 7 hari. Apabila sudah mencapai 15 berarti sudah abnormal dan kemungkinan adanya gangguan ataupun penyakit yang mempengaruhi (Walyani, 2015:86)

f) Mentruasi terakhir (HPHT) untuk meramalkan perkiraan persalinan.

g) Menurut Mochtar (2012:35), wanita harus mengetahui tanggal hari pertama haid terakhir (HPHT) supaya dapat ditafsir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan (TTP), yang dihitung dengan menggunakan rumus Neagele : $TTP = (\text{hari HT}+7)$ dan $(\text{bulan HT}-3)$ dan $(\text{tahun HT}+1)$ untuk siklus 28 hari+x hari. Sedangkan menurut Marmi (2011:137) untuk siklus 35 hari dengan menggunakan rumus $TTP = (\text{hari H}+14)$ dan $(\text{bulan HT}-3)$ dan $(\text{tahun HT}+1)$.

h) Disminore

Nyeri haid perlu ditanyakan untuk mengetahui apakah klien menderitanya atau tidak ditiap haidnya. Nyeri haid juga menjadi tanda bahwa kontraksi uterus klien begitu hebat sehingga menimbulkan nyeri haid.

6) Kehamilan, Persalinan, dan nifas yang lalu

a) Kehamilan

Kehamilan dengan komplikasi atau penyakit, pernah mengalami keguguran, persalinan premature, kehamilan mati dalam rahim. Dapat disimpulkan bahwa kehamilan mempunyai resiko yang lebih tinggi, hingga perlu dikirim ke rumah sakit (Manuaba, 2012:111).

Jumlah dan hasil akhir dari semua kehamilan dan komplikasinya, termasuk infeksi dan perdarahan harus diperoleh. Perawatan harus diberikan untuk meyakinkan bahwa faktor resiko seperti berat badan lahir rendah, lahir prematur dan melahirkan sebelum waktunya dapat teridentifikasi (Waslh, 2007:113)

b) Persalinan

Pada setiap persalinan terdapat persalinan terdapat 5 faktor (5P) yang harus diperhatikan yaitu Passage (jalan lahir), Passenger (janin), Power (tenaga ibu/his/kontraksi), Psikis ibu dan Penolong (Mochtar, 2012:58). Bila pada persalinan yang lampau persalinan spontan, bayi hidup dan aterm, ini menunjukkan koordinasi 5P berjalan baik (Manuaba, 2010:125)

Informasi esensial tentang persalinan yaitu mengenai usia gestasi tipe persalianan (Persalinan, forcep, vakum ekstrasi, atau bedah sesar), penolong persalinan, lama

persalinan (lebih baik dihitung dari kontraksi pertama), berat lahir, jenis kelamin dan komplikasi lain (Marmi, 2011:125)

c) Nifas

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan post partum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui sampai anak 2 tahun. Terdapat pengeluaran lochea rubra sampai hari ketiga berwarna merah. Lochea serosa hari keempat sampai kesembilan warna kecoklatan. Lochea alba hari kesepuluh sampai kelima belas warna putih kekuningan . ibu dengan riwayat pengeluaran lochea purulenta, lochea statis, infeksi uteri, rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus dan ibu meneteki kurang dari 2 tahun. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba, 2010:120)

7) Riwayat kehamilan

Jadwal pemeriksaan hamil yang dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan yaitu : satu kali pada triwulan pertama, satu kali pada triwulan kedua , dua kali pada triwulan ketiga.

a) Trimester I

Tanyakann kepada klien asuhan kehamilan apa saja yang pernah ia dapatkan selama kehamilan trimester I. Dan tanyakan pengobatan yang pernah didapat selama kehamilan.

b) Trimester II

Tanyakan kepada klien asuhan apa yang pernah ia dapatkan pada trimester II kehamilan sebelumnya dan tanyakan bagaimana pengaruh terhadap kehamilan.

c) Trimester III

Tanyakan kepada klien asuhan apa yang pernah ia dapatkan pada trimester III kehamilan sebelumnya dan tanyakan bagaimana pengaruhnya terhadap kehamilan (Walyani, 2015:87)

8) Imunisasi TT

Tanyakan pada klien apakah sudah pernah mendapatkan imunisasi TT. Apabila belum, bidan bisa memberikannya. Imunisasi tetanus toxoid diperlukan untuk melindungi bayi terhadap penyakit tetanus neonatorum, imunisasi dapat dilakukan pada trimester I atau II pada kehamilan 3-5 bulan dengan interval minimal 4 minggu. Lakukan penyuntikan secara IM (intramuskuler), dengan dosis 0,5 ml (Walyani, 2015:87)

9) Riwayat kontrasepsi

Pasien yang 3 bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septik tidak boleh menggunakan kontrasepsi IUD (Saifuddin, 2012:25). Untuk rencana KB yang akan datang lagi pasangan yang berusaha membatasi kehamilan dapat menggunakan metode KB meliputi metode sederhana (Kondom, spemisida, coitus interruptus, pantang berkala) dan metode efektif (pil KB, *progesterone only pill*, pil KB kombinasi, after morning pill, suntik KB, susuk KB tiap tahun (Manuaba, 2010:112). Menurut Saifuddin (2008:MK 1-MK 74). Kontrasepsi pasca salin yang tidak berpengaruh terhadap produksi ASI yaitu MAL (Metode Amenorea Laktasi), senggama terputus, kondom, kontrasepsi pil progestin (Minipil), Implan, dan AKDR (IUD). Pada umumnya klien pasca salin ingin menunda kehamilan berikutnya paling sedikit 2 tahun. Konseling tentang keluarga berencana atau metode kontrasepsi sebaiknya diberikan sewaktu asuhan antenatal maupun pasca salin (Saifuddin, 2008:U-51). Menurut saifuddin (2010:476), pemakai IUD dimana proses peradangan dapat timbul pada endometrium dan endosalping dapat menyebabkan terjadinya kehamilan ektopik. Pada akseptor pil KB yang hanya mengandung progesteron dapat mengakibatkan gerakan tuba melambat. Apabila terjadi

pembuahan dapat menyebabkan terjadinya kehamilan ektopik.

10) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

Nutrisi yang diperlukan ibu hamil setiap harinya adalah 2500 kalori dan 60 gram protein, yakni 10 gram perhari melebihi asupan wanita yang tidak hamil (Saifuddin, 2009:286)

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram/hari. Sumber protein tersebut dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewani (Ikan, ayam, keju, susu, telur). Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram/hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otot dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, keju, yogurt dan kalsium karbonat (Saifuddin,2009:286). Karbohidrat diperlukan untuk pencernaan protein dan beberapa fungsi otak. Karbohidrat dapat ditemukan dalam biji-bijian, sayuran, buah dan gula. Gula dikenal sebagai karbohidrat sederhana dan tepung serta serat sebagai karbohidrat kompleks (Varney, 2007:94). Zat besi digunakan untuk membuat hemoglobin, yang

mentransportasi oksigen ke seluruh jaringan tubuh. Makanan yang mengandung zat besi antara lain adalah produk susu dan sereal yang difortifikasi, minyak, hati, ikan, kuning telur. Asam folat berfungsi sebagai enzim koenzim dalam metabolisme asam nukleat, mencegah anemia megaloblastik. Asam folat bisa didapatkan dari sereal yang diperkaya sayuran daun hijau, roti, dan biji-biji yang diperkaya makanan yang difortifikasi (Varney, 2007:94)

Tabel 2.7
Nutrisi pada ibu hamil

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

Sumber : (Permenkes RI No. 4, 2014:89)

b) Eliminasi

Pada akhir kehamilan ibu sering berkemih karena kandung kemih akan tertekan oleh uterus akibat kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul

(Saifuddin, 2011:185) wanita yang sebelumnya tidak mengalami konstipasi dapat memiliki masalah ini pada trimester kedua. Konstipasi diduga akibat penurunan peristaltis yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron, bisa juga disebabkan karena kurangnya asupan nutrisi yang mengandung serat dan kurang mobilisasi (Varney, 2007:539)

c) Istirahat

Istirahat yang dibutuhkan \pm 6-8 jam/hari, termasuk tidur siang dan tidur malam. Posisi yang baik adalah ibu tidur melingkar atau lurus pada salah sisi tubuh. Lebih dipilih kiri, dengan salah satu kaki menyilang diatas yang lainnya dengan bantal diapit diantara kedua kaki (Manuaba, 2010 :98)

d) Personal Hygiene

Mandi diperlukan untuk kebersihan diri, terutama untuk perawatan kulit, karena fungsi ekskresi dan keringat bertambah. Pakaian yang harus digunakan ibu hamil harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut. Dianjurkan memakai bra yang menyokong payudara. Payudara disiapkan untuk memberikan ASI, terutama nbagi ibu hamil pertama

harus diperhatikan karena biasanya puting susu masih tenggelam, sehingga mengalami kesulitan saat laktasi. Harus dilakukan peraawatan payudara dengan membersihkan 2 kali selama kehamilan. Apabila puting susu masih tenggelam dilakukan pengurutan pada daerah aerola mengarah menjauhi puting susu untuk menonjolkan puting susu (Mochtar, 2012:47).

e) 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 (Manuaba, 2010:132-135). Menurut Saifuddin (2009:287) ibu hamil jangan mengerjakan pekerjaan rumah tangga yang berat dan hindari kerja fisik yang dapat menimbulkan kelelahan yang berlebihan. Seorang wanita dianjurkan untuk jalan-jalan selama 20-30 menit dipagi hari (Varney, 2007:202)

f) Kehidupan seksual

Pada kehamilan tua sekitar 14 hari menjelang persalinan hubungan seksual perlu dihindari karena dapat membahayakan. Keinginan seksual ibu hamil trimester II sudah berkurang karena berat perut

yang semakin membesar dan tekniknya pun sudah sulit dilakukan. Posisi diatur untuk menyesuaikan pembesaran perut (Marmi, 2011:267). Pada umumnya koitus diperbolehkan pada masa kehamilan jika dilakukan dengan hati-hati, pada akhir kehamilan jika kepala sudah masuk ke dalam rongga panggul koitus sebaiknya dihentikan karena dapat menimbulkan perasaan sakit dan perdarahan (Winkjosastro, 2008:616)

g) Riwayat Ketergantungan

Merokok, minum alkohol dan kecanduan narkotika secara langsung dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dan menimbulkan kelahiran dengan berat badan rendah bahwa dapat menimbulkan cacat bawaan atau kelainan pertumbuhan dan perkembangan mental pengobatan saat hamil harus selalu memperhatikan apakah obat tersebut tidak berpengaruh terhadap tumbuh kembang janin (Manuaba, 2010:122)

h) Psikososial dan Spiritual

Pada primigravida terdapat kecemasan dalam menghadapi persalinan penyebabnya adalah wanita tersebut merasa cemas dengan kehidupan bayi dan

kehidupan sendiri, seperti apakah bayinya akan lahir abnormal, wanita menyadari bahwa dirinya akan bersalin atau bayi tidak mampu keluar karena perutnya sudah luar biasa besar atau organ vitalnya akan mengalami cedera akibat tendangan bayinya, ibu akan sedikit berduka karena harus mempersiapkan diri untuk berpisah dengan bayinya yang ada didalam rahimnya dan mulai mengantisipasi hilangnya perhatian dan hak-hak istimewa yang diperoleh ketika hamil dan mungkin tidak ada lagi setelah proses persalinan (varney, 2007:543)

11) Riwayat psikologi

Dukungan selama masa kehamilan sangat dibutuhkan bagi seorang wanita yang sedang hamil, terutama dari orang terdekat bagi ibu yang pertama kali hamil seorang wanita akan merasa tenang dan nyaman dengan adanya dukungan dan perhatian dari orang-orang terdekat (Marmi, 2011: 268). Trimester III sering disebut periode penatian dengan penuh kewaspadaan. Ibu hamil tidak sabar menantikan kelahiran sang bayi, berjaga-jaga atau pun menunggu tanda gejala persalinan, merasa canggung, jelek, berantakan dan memerlukan dukungan yang sangat besar dan konsisten dari pasangannya, mengalami proses duka lain ketika

mengantisipasi hilangnya perhatian dan hak istimewa khusus selama hamil (Varney, 2007:629)

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan umum

Keadaan umum ibu baik, keadaan emosional stabil, kesadaran kompos mentis. Pada saat ini diperhatikan sikap tubuh, keadaan oungeung dan cara berjalan. Ibu cenderung bersikap lordosis. Apabila berjalan dengan sikap kifosis, skoliosis atau pindang maka kemungkinan ada kelainan panggul (Romauli, 2011:172)

b) Tanda-tanda Vital

(1) Suhu

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

(2) Pernafasan

Menurut Saifuddin (2009:185) normalnya 16-24 kali per menit. Frekuensi pernafasan hanya mengalami sedikit perubahan pada kehamilan lanjut seperti volume tidal, ventilasi per menit dan

pengambilan oksigen per menit akan bertambah secara signifikan.

(3) Nadi

Denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100x/menit. Curigai hipotiroidisme jika denyut nadi $>100x/menit$ (Marmi, 2011:163). Nadi normalnya 60-100 x/menit (Kamatiayah dkk, 2014:91)

(4) Tekanan darah

Tekanan darah normalnya 110-120/70-80 mmHg. (Kamariyah dkk, 2014:91). Pada kehamilan normal sedikit menurun sejak minggu ke-8 kondisi ini menetap sepanjang trimester II dan kembali ketekanan darah sebelum hamil seluruh TD pada wanita hamil harus diukur pada posisi duduk. Wanita yang tekanan darahnya sedikit meningkat diawal pertengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronik atau jika wanita nulipara dengan sistol >120 mmHg ia mengalami resiko preeklamsi (Marmi, 2011:270)

c) Pemeriksaan Antropomentro

(1) Berat Badan (BB)

Berat badan harusnya dipantau setiap kali ibu hamil memeriksakan kehamilan di pusat kesehatan. Berat badan ibu hamil harus bertambah sesuai dengan umur kehamilan. Pada trimester I, berat badan ibu hamil harus naik minimal 0,5 kg tiap minggunya (Kamariyah, 2014:91).

(2) Tinggi Badan (TB)

Ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 tergolong resiko tinggi (Romauli, 2011:167).

Tinggi badan ibu hamil < 145 cm menunjukkan ukuran panggul yang kecil sehingga ibu beresiko melahirkan melalui operasi cesar (Kamariyah dkk, 2014:92)

(3) Lingkar Lengan Atas

Pada ibu hamil pengukuran LILA merupakan deteksi dini Kurang Energi Kronik (KEK). LILA $< 23,5$ cm menunjukkan status nutrisi ibu hamil kurang dan harus mendapatkan penanganan agar tidak terjadi komplikasi pada janin (Kamariyah dkk, 2014: 93). Menurut Romauli (2011:167), LILA diukur pada lengan atas yang kurang dominan, LILA $< 23,5$ cm merupakan indikator yang kuat untuk status gizi yang kurang atau buruk

sehingga reiko untuk melahirkan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR).

2) Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

Kulit pecah dan rambut rapuh dapat mengidentifikasi kekuatan nutrisi. Adanya parasit berhubungan dengan kondisi tempat tinggal yang buruk (Walsh, 2007:114)

b) Rambut

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

c) Muka

Tampak *cloasma gravidarum* pada daerah wajah akibat dari pengaruh hormon kortikosteroid (Marmi, 2011:102). Edema pada muka atau edema seluruh tubuh merupakan salah satu tanda gejala adanya *preeklampsia* (Saifuddin, 2010:543).

d) Mata

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

terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada *conjungtivitis*. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeklamsi (Romauli, 2011:174)

e) Hidung

Simetris, ada pernafasan cuping hidung atau tidak, ada pembesaran polip atau tidak

f) Telinga

Normal tidak ada serumen yang berlebihan dan tidak berbau, bentuk simetris (Romauli, 2011:174)

g) Mulut dan gigi

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

h) Leher

Normal apabila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran limfe, dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis. Kelenjar tyroid akan

mengalami pembesaran hingga 15,0 ml akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi (Romauli, 2011: 174).

i) Dada

Bentuk dada, pemeriksaan paru harus mencakup observasi sesak nafas, nafas dangkal. Nafas cepat, pernafasan yang tidak teratur (Marmi, 2011:207).

Normal apabila tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada wheezing dan ronchi, tidak ada nyeri tekan, dan tidak ada massa abnormal (Romauli, 2011: 174).

j) Payudara

Pada minggu ke-12 kolostrum mulai keluar dari papila mammae pada pasien multigravida yang telah mantap menyusui pada masa kehamilan sebelumnya. Wanita primigravida baru akan memproduksi kolostrum pada masa akhir kehamilan (Romauli, 2011:174). Payudara

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

k) Abdomen

Bentuk simetris, bekas luka operasi, terdapat linea nigra, striae livida, dan terdapat pembesaran abdomen

(Romauli, 2011:174). Pada primigravida perut tegang, menonjol dan terdapat striae livida akibat dari perenggangan uterus. Pada multiigravida perut lembek, menggantung serta terdapat striae livida dan albican (Manuaba, 2010:125). Evaluasi adanya nyeri tekan, massa, hernia, pembesaran hati dan kelenjar getah bening. Seiring kemajuan kehamilan, semakin sulit meraba organ lain selain uterus. Perhatian khusus pada abdomen wanita hamil meliputi denyut jantung janin, tinggi fundus dan presentasi janin (Marmi, 2014:166).

l) Genetalia

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

m) Anus

Normalnya tidak ada benjolan atau pengeluaran darah dari anus. Hemoroid ialah pelebaran vena-vena dianus, hemoroid bertambah besar dalam kehamilan karena ada bendungan darah dalam rongga panggul (Romauli, 2011:175). Hemoroid sering didahului oleh konstipasi.

Oleh karena itu, semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid. Progesteron menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. pembesaran terus mengakibatkan peningkatan tekanan, secara spesifik juga secara umum pada vena hemoroid (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:539).

n) Ekstremitas

Pada ibu hamil trimester III sering terjadi edema dependen, yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas kapiler, tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena kava inferior ketika berbaring. Jika edema muncul pada muka, tangan, dan disertai proteinuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya pre eklampsia (Marmi, 2011:136). Menurut Manuaba (2010: 108), varises terjadi karena pengaruh dari estrogen dan progesterone, terutama bagi mereka yang mempunyai bakat. Verises terjadi di kaki dan betis.

3) Pemeriksaan Khusus

a) Palpasi

Tangan bidan harus bersih dan hangat, tangan yang dingin tidak memiliki indera peraba akut yang

diperlukan, tangan yang dingin cenderung menstimulasi kontraksi abdomen atau otot uterus lengan dan tangan harus rileks, palpasi harus dilakukan dengan bantalan jari bukan ujung jari yang lembut (Fraser et al, 2007:258)

Pemeriksaan leopard

(1) Leopold I

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

Menurut Marmi (2014:167) langkah-langkah pemeriksaan Leopold I yaitu:

- (a) Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha
- (b) Pemeriksa berdiri di sebelah kanan penderita dan melihat kearah muka penderita
- (c) Rahim dibawa ke tengah
- (d) Tinggi fundus uteri ditentukan

Tabel 2.8
Usia kehamilan berdasarkan TFU pada pemeriksaan palpasi

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

Sumber: Manuaba, 2010: 100.

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

Sifat kepala ialah keras, bundar dan melenting.

Bokong lunak, tidak melenting. Pada letak lintang fundus uteri kosong. Pemeriksaan tuanya kehamilan dari tingginya fundus uteri.

Menurut Manuaba (2010:118).



Gambar 2.32
Posisi Leopold I
Sumber : Manuaba, 2010:118

(2) Leopold II

Menurut Mochtar (2008:213) Untuk menentukan bagian janin yang berada pada kedua sisi uterus, pada letak lintang tentukan dimana kepala janin.

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold II yaitu:

(a) Kedua tangan pindah ke samping

(b) 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.

(c) Kadang-kadang di samping terdapat kepala atau bokong ialah letak lintang. (Marmi, 2014:167-168).

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

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



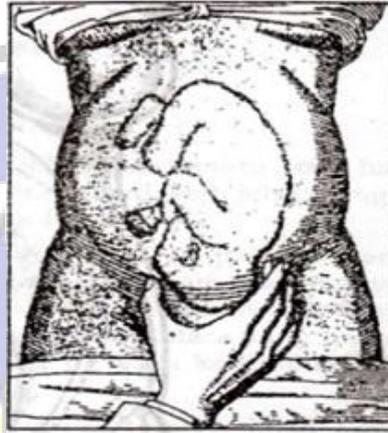
Gambar 2.33
Posisi Leopold II
Sumber : Manuaba, 2010:118

(3) Leopold III

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold III yaitu:

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

Leopold III untuk menentukan apa yang terdapat di bagian bawah dan apakah bagian bawah anak ini sudah atau belum terpegang oleh Pintu Atas Panggul (PAP) (Marmi,2014:168).



Gambar 2.34
Posisi Leopold III
Sumber : Manuaba, 2010:119

(4) Leopold IV

Menurut Marmi (2014:168) langkah-langkah pemeriksaan Leopold IV yaitu:

- (a)Pemeriksa mengubah sikapnya menjadi ke arah kaki klien.
- (b)Dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi bagian bawah
- (c)Ditentukan apakah bagian bawah sudah masuk ke dalam PAP dan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul

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



Gambar 2.35
Posisi Leopold IV
Sumber : Manuaba, 2010:119

Guna menentukan bagian terbawah dan seberapa masuknya bagian bawah tersebut ke dalam PAP. Bila bagian terendah masuk PAP telah melampaui lingkaran terbesarnya maka tangan yang melakukan pemeriksaan divergent, sedangkan bila lingkaran terbesarnya belum masuk PAP, maka tangan pemeriksa konvergen (Manuaba, 2010:119).

b) Osborn Test

Menurut Wiknjastro (2007:231) adalah untuk mengetahui adanya DKP (disporposi kepala panggul) pada ibu hamil.

Prosedur pemeriksaan osborn adalah sebagai berikut :

- (1) Dilakukan pada umur kehamilan 36 minggu
- (2) Tangan kiri mendorong janin masuk ke arah PAP apabila kepala mudah masuk tanpa halangan, maka tes osborn adalah negatif. Apabila kepala tidak bisa masuk dan teraba tonjolan diukur dengan dua jari telunjuk dan jari tengah tangan. Apabila lebar tonjolan lebih dari dua jari maka hasil test osborn adalah positif. Apabila lebar tonjolan kurang dari dua jari maka hasil test osborn adalah ragu-ragu, dengan penambahan usia kehamilan ukuran kepala diharapkan bisa menyesuaikan ukuran panggul (Moulase).

Cara lain apabila kepala tidak masuk dan teraba tonjolan diatas simfisis maka jari tengah diletakkan tepat diatas simfisis. Apabila jari telunjuk lebih rendah dari jari tengah, maka hasil test osborn negatif. Apabila jari telunjuk dan jari tengah sejajar, maka tes osborn adalah ragu-ragu, apabila

jari telunjuk lebih tinggi dari jari tengah maka test osborn positif.

c) Penurunan bagian terbawah janin dengan metode lima jari atau perlimaan. Penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian yang masih berada di tepi atas simpisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan (Perlimaan).

(1) 5/5 jika terbawah janin seluruhnya teraba diatas simpisis pubis.

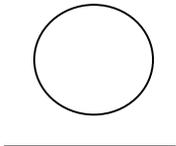
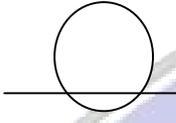
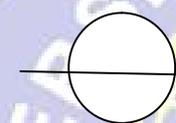
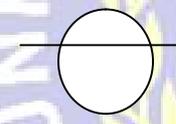
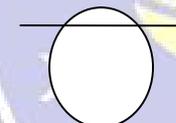
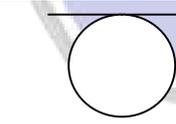
(2) 4/5 jika sebagian 1/5 bagian terbawah janin memasuki PAP.

(3) 3/5 jika bagian 2/5 bagian terbawah janin sudah masuk PAP.

(4) 2/5 jika sebagian dari bagian terbawah janin masih berada diatas simpisis dan 3/5 bagian terbawah telah melewati bidang tengah rongga panggul.

(5) 1/5 jika hanya 1 dan 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada diatas simpisis dan 4/5 telah masuk ke rongga janin (Winkjosasro, 2008:84).

Tabel 2.9
Penurunan kepala janin menurut sistem perlimaanan

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

Sumber : Saifuddin,2013:10

d) Tinggi fundus uteri (TFU)

Menurut Mc. Donal pemeriksaan Tinggi Fundus Uterus (TFU) dapat dilakukan dengan , menggunakan pita pengukur, dengan cara memegang tanda-nol pita pada aspek superior simpisis pubis tengah uterus ke ujung atas fundus, sehingga dapat ditentukan TFU (Manuaba, 2010: 100).

Tabel 2.10
Perkiraan usia kehamilan dalam minggu dan TFU dalam cm

Usia kehamilan	Tinggi fundus	
	Dalam cm	Menggunakan petunjuk-petunjuk badan
12 minggu	-	Teraba diatas simfisis pubis
16 minggu	-	Ditengah, antara simfisis pubis dan umbilikus
20 minggu	20 cm (± 2 cm)	Pada umbilikus
22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
28 minggu	28cm (± 2 cm)	Ditengah antara umbilikus dan prosesus sifoideus
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
36 minggu	36cm (± 2 cm)	Pada prosesus sifoideus

Sumber Saifuddin, 2014:93

e) Menentukan usia kehamilan

Menurut Mochtar (2012:41) cara menentukan tuanya kehamilan antara lain :

(1) Dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT) sampai dengan hari pemeriksaan, kemudian dijumlah dan dijadikan dalam hitungan minggu.

(2) Ditambah 4,5 bulan dari waktu ibu merasa geerakkan janin pertama kali "*feeling life*"

(3) Menurut Mc. Donal adalah modifikasi cara spiegelberg, yaitu jarak fundus-simpisis dalam cm di bagi 3,5 merupakan usianya kehamilan

(4) Menurut Manuaba (2010: 120) menetapkan usia kehamilan berdasarkan hasil pemeriksaan palpasi leopold 1 pada trimester III.

(5) Menurut Manuaba (2010:128) Menjelaskan untuk menetapkan usia kehamilan yaitu :

(a) Mendengarkan denyut jantung janin, denyut jantung janin akan terdengar pada usia kehamilan lebih dari 16 minggu

(b) Memperhitungkan masuknya kepala ke pintu atas panggul terutama pada primigravida masuknya kepala ke pintu atas panggul terjadi pada minggu ke-36

(c) Menggunakan ultrasonografi dengan melihat jarak biparental tulang tibia dan panjang lingkaran abdomen janin

(d) Menggunakan pemeriksaan air ketuban, semakin tua usia kehamilannya semakin sedikit air ketubannya.

f) Tafsiran Berat Janin (TBJ)

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

Rumusnya:

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

n : posisi kepala masih di atas spina ischiadika atau bawah. Bila di atas (-12) dan bila di bawah (-11) (Mochtar, 2012:41).

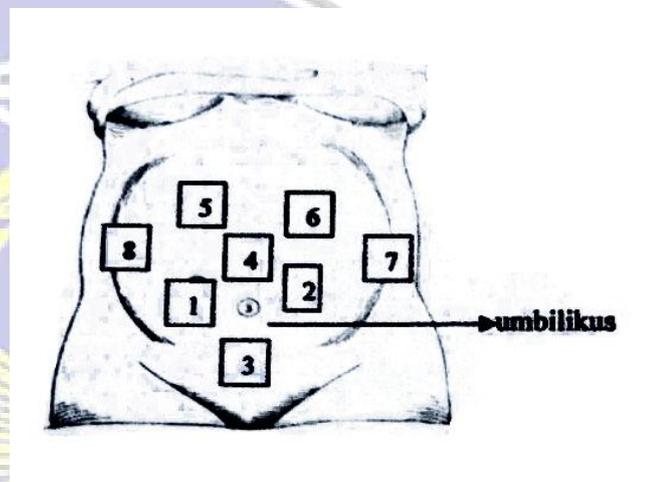
g) Auskultasi

Mendengarkan denyut jantung janin meliputi frekuensi dan keteraturannya. Jumlah DJJ normal antara 120 sampai 140 x/menit (Romauli, 2011:180). Pemeriksaan denyut jantung janin dapat menggunakan stetoskop leannec untuk usia kehamilan 17-22 minggu, dengan USG (*ultrasonografi*), dan dengan fetal Doppler sekitar minggu ke 12 kehamilan. Dengan stetoskop dapat

didengarkan bermacam-macam bunyi berasal dari anak (bunyi jantung, bising talipusat, gerakan anak), dari ibu (bising rahim, bunyi aorta, bising usus). Bunyi jantung bayi baru dapat didengar pada akhir bulan kelima walaupun dengan ultrasound (dopton) sudah didengar pada akhir bulan ketiga. Bunyi jantung anak paling jelas didengar dipihak punggung anak dekat dengan kepala. Pada presentasi biasa (letak kepala), tempat ini dikiri atau kanan bawah pusat (Marmi, 2011:171). Mendengarkan denyut jantung janin meliputi frekuensi dan keteraturannya. DJJ dihitung selama 1 menit penuh. Jumlah DJJ normal antara 120 sampai 149x/menit (Romauli, 2011:180)

Pemeriksaan secara auskultasi dapat digunakan untuk menghitung DJJ yaitu menghitung DJJ dengan interval 5 detik, ialah 5 detik pertama dihitung, kemudian selama 5 detik, dihitung lagi 5 detik kedua, berhenti dan hitung 5 detik ketiga, lalu jumlahkan dan dikali 4. DJJ dinyatakan teratur jika denyut antar 5 detik pertama, ketigadan kelima tidak lebih dari 2 denyutan (Marmi, 2011:169) kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan empat misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga, lima detik ke lima dalam satu menit adalah :

- (a) (11-12-11) kesimpulan teratur, frekuensi 136 permenit, DJJ normal
- (b) (10-14-9) kesimpulan tidak teratur, frekuensi 132 permenit, janin dalam keadaan asfeksia
- (c) (8-7-8) kesimpulan teratur, frekuensi 92 permenit, janin dalam keadaan asfeksia



Gambar 2.36
Letak Puntum Maksimum setelah Minggu ke 26
gestasi pada posisi normal
Sumber : Wheeler, 2007:145

4) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan Hemoglobin

Menurut Manuaba (2010:239) pemeriksaan dan pengawasan Hb dapat dilakukan dengan menggunakan alat sahli, hasil pemeriksaan dengan sahli dapat digongkan pada tablet berikut

Tabel 2.11
Hasil kadar pemeriksaan hemoglobin

Kadar Hb	Kreteria
11 gr%	Tidak Anemia
9-10 gr%	Anemia Ringan
7-8 gr%	Anemia Sedang
<7 gr%	Anemia Berat

Sumber : Manuaba, 2010 :234

b) Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan (Romauli, 2011:184). Mengetahui golongan darah ini sebagai persiapan ibu apabila ibu mengalami perdarahan selama persalinan, sehingga transfusi darah dapat segera dilakukan (Romauli, 2011:187-188)

c) Pemeriksaan urine

Urinalisis dilakukan pada setiap kunjungan untuk memastikan tidak adanya abnormalitas. Hal ini yang dapat ditemukan pada urinalisis rutin antara lain:

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

(2) Reduksi Urin

Untuk mengetahui kadar glukosa dalam urin, dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan. Cara menilai hasilnya yaitu hijau jernih atau jernih (-), hijau keruh (+), hijau keruh kekuningan (++), jingga atau kuning keruh (+++), Merah kekuningan, keruh atau merah bata (++++).

(3) Glukosa karena peningkatan sirkulasi darah, penurunan ambang ginjal atau penyakit (Fraser et al, 2009:255)..

(4) Protein akibat kontaminasi oleh leukore vagina atau penyakit seperti infeksi saluran perkemihan atau gangguan hipertensi (Fraser et al, 2009:255).

(5) Protein Urin

Pemeriksaan urine dilakukan pada kunjungan pertama dan kunjungan trimester III. Diperiksa dengan cara dibakar, dilihat warnanya lagi kemudian ditetesi asam asetat 2-3 tetes, lalu dilihat warnanya lagi. Cara menilai hasil yaitu tidak ada kekeruhan (-). Ada kekeruhan ringan tanpa butir-butir (+). Kekeruhan mudah terlihat dengan butir-butir (++). Kekeruhan jelas dan berkeping-keping (+++). Sangat keruh berkeping

besar atau bergumpal (+++++) (Romauli, 2011:187-188)

d) *Ultrasonografi (USG)*

Beberapa indikasi pemeriksaan USG pada kehamilan trimester III antara lain penentuan uasi kehamilan, terduga kematian janin, terduga kelainan volume cairan amnion, evaluasi kesejahteraan janin, KPD atau persalinan preterm, penentuan presentasi janin, membantu tindakan versi luar, terduga inkompetensi serviks, terduga plasenta previa terduga solusio plasenta, terdapat nyeri pelvik atau nyeri abdomen, evaluasi kelainan konginetal, terduga adanya tumor pervik atau kelainan uterus, kordosentesis, atau amnion infusio (Romauli, 2011:187)

e) *Non Stress Test (NST)*

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai hubungan gambaran DJJ dan aktivitas janin. Penilaian dilakukan terhadap frekuensi dasar DJJ, variabilitas dan timbul akselerasi yang menyertai gerakan janin (Marmi, 2011:190). Pemeriksaan jantung-jantin dihubungkan dengan gerak janin. Tejaninya akselerasi menunjukkan optimal intra uteri (Manuaba, 2010:266)

f) *Kartu Skor Poedji Rochyati*

Untuk mendeteksi resiko ibu hamil dapat menggunakan kartu skor poedji rochyati. Terdiri dari Kehamilan Resiko Rendah (KRR) dengan skor 2 ditolong oleh bidan , Kehamilan Resiko Tinggi (KRT) dengan skor 6-10 ditong oleh bidan atau dokter dan Kehamilan Resiko Sangat Tinggi (KRST) dengan skor >12 ditolong oleh dokter (Kemenkes RI, 2014:12)

g) Pemeriksaan panggul

(1) Pemeriksaan Panggul luar

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

(a) Distansia cristarum

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

(b) Distansia spinarum

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

(c) Ukuran lingkar panggul

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

(d) Konjugata eksterna (Baudeloque)

Jarak antar pinggir atas simpisis dan ujung proesus spinosus ruas tulang lumbal ke lima (18-20). Menurut Marmi (2011: 171-176).

(2) Pemeriksaan panggul dalam

Menurut Marmi (2011:74-176) jarak minimal antara tulang kemaluan dengan promontorium yaitu 11 cm. Jika kurang, maka dikatagorikan sebagai panggul sempit. Panggul tengah diukur dengan cara memeriksa spina isciadika atau tonjolan tulang panggul yang teraba menonjol atau tidak dan sudut tulang kemaluan lebih dari 90 derajat dan interuberosum lebih dari 8 cm untuk mengetahui panggul bawah luas. Dapat diperiksa dengan pengukuran panggul dalam ialah:

- (a) Apakah linea inominata teraba seluruhnya atau sebagian.
- (b) Apakah os sacrum mempunyai inklinasi ke depan dan belakang.
- (c) Apakah kedua spina isciadika menonjol atau tidak.

- (d) Apakah sudut arcus pubis cukup luas atau tidak
- (e) Apakah promotorium teraba atau tidak.
- (f) Apakah tidak ada tumor (eksotosel) pada permukaan belakang simpisis.

2. Diagnosa Kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Dengan kriteria :

- a. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- b. Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien
- c. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Diagnosa : $G_{1/>1}$ P_{APIAH}, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki presentasi kepala atau bokong, kesan jalan lahir normal , keadaan ibu dan janin baik. (Manuaba, 2012: 123). Dengan kemungkinan masalah: edema dependen, nokturia, hemroid, konstipasi, kram pada tungkai, sesak nafas, pusing, nyeri pinggang, varises, panas dan nyeri pada ulu hati dan kecemasan menghadapi persalinan (Varney et al,2007:538-543)

3. Intervensi/Perencanaan

Diagnosa : G_{1/}>1 P_{APIAH}, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki presentasi kepala atau bokong, kesan jalan lahir normal , keadaan ibu dan janin baik. (Manuaba, 2012: 123).

Tujuan :

setelah dilakukan asuhan kebidanan, klien mengerti tentang penjelasan yang diberikan petugas.Ibu dan janin sehat, sejahtera sampai proses melahirkan.

Kreteria :

- a. Keadaan umum baik
- b. Kesadaran composmentis
- c. Tanda-tanda vital TD : 100-130/90 mmHg, Nadi 76-88 x/menit, Suhu 36,5-37,5 °C, RR : 16-24 x/menit
- d. pemeriksaan laboratorium
- e. Hb ≥ 11gr%, protein urine (-), reduksi urinne (-)
- f. DJJ 120-160 x/menit, kuat, irama teratur
- g. TFU sesuai dengan usia kehamilan yaitu usia kehamilan 28 minggu TFU 3 jari diatas pusat, 32 minggu TFU pertengahan pusat-prosesus xiphoideus, dan 36 minggu TFU 3 jari dibawah prosesus xiphoideus, 40 minggu TFU pusat-prosesus xiphoideus.
- h. situs bujur dan presentasi kepala.

Intervensi :

1) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan

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

2) Lakukan pemeriksaan kehamilan dengan standar 10 T

R/ pemeriksaan 10 T merupakan standar yang dapat mencakup dan mendeteksi secara dini adanya resiko dan komplikasi.

3) Anjurkan pada klien untuk beristirahat dan mengurangi kerja berat.

R/ relaksasi otot sehingga aliran darah lancar.

4) Anjurkan ibu untuk tidur miring kiri dan kaki agak ditinggikan.

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

5) Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin terjadi pada kehamilan trimester III.

R/ ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya

6) Jelaskan kepada ibu tanda-tanda bahaya kehamilan trimester III.

R/ mengidentifikasi tanda bahaya dalam kehamilan, supaya ibu mengetahui kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk menghadapi kemungkinan keadaan yang darurat.

7) Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan.

R/dengan adanya rencana persalinan akan mengurangi kebingungan dan kekacauan pada saat persalinan serta meningkatkan kemungkinan bahwa ibu akan menerima asuhan yang sesuai dan tepat (Marmi, 2011:128)

8) Jelaskan pada ibu tanda-tanda persalinan.

R/ mengidentifikasi kebutuhan yang harus disiapkan untuk mempersiapkan persalinan dan kemungkinan kegawatdaruratan.

9) Anjurkan klien agar memeriksakan kehamilannya secara rutin sesuai dengan usia kehamilannya.

R/ deteksi dini adanya kelainan, baik pada klie maupun janin.

(Varney , 2007:538)

Kemungkinan masalah yang terjadi :

a. Masalah I : Edema Dependen

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

Kreteria :

Setelah tidur/istirahat edema berkurang

Intervensi:

a) Jelaskan penyebab dari edema dependen.

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

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

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

c) Anjurkan pada ibu menggunakan penyokong atau korset.

R/ Penggunaan penyokong atau korset pada abdomen maternal yang dapat melongarkan tekanan pada vena-vena panggul.(Varney et al, 2007: 540).

d) Anjurkan pada ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama.

R/ Meringankan tekanan pada vena dalam panggul.

e) Anjurkan pada ibu menghindari pakaian yang ketat.

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

f) Anjurkan pada ibu untuk mengikuti senam ibu hamil.

R/senam pada ibu hamil terdapat banyak manfaat salah satunya melancarkan sirkulasi peredaran darah terutama pada ekstremitas bawah (Marmi, 2014: 540).

b. Masalah II: Nokturia

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

Kriteria :

a) Ibu BAK 7-8 x/hari terutama siang hari

b) Infeksi saluran kencing tidak terjadi

Intervensi:

- 1) Jelaskan penyebab terjadinya sering kencing.

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

- 2) Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK.

R/Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

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

R/Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih

- 4) Anjurkan banyak minum pada siang hari dan menguranginya setelah makan sore. R/Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

- 5) Anjurkan ibu untuk posisi miring saat tidur dengan kedua kaki ditinggikan (Khususnya Malam hari)

R/ posisi miring dengan kedua kaki ditinggikan untuk mengurangi diuresis

c. Masalah III : Konstipasi

Tujuan : Tidak terjadi konstipasi.

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

Intervensi :

- 1) Anjurkan ibu untuk membiasakan pola BAB teratur.

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

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

R/Dengan minum panas/dingin sehingga dapat merangsang BAB

- 3) Anjurkan ibu meningkatkan makanan serat dalam diet.

R/Makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat, keras (Romauli, 2011:191).

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

R/Memfasilitasi sirkulasi vena sehingga mencegah kongesti pada usus besar.(Varneyet al, 2007:539)

d. Masalah IV :Hemoroid

Tujuan :

Hemoroid tidak terjadi atau tidak bertambah parah

Kriteria :

- 1) BAB 1-2 x/hari, konsistensi lunak
- 2) BAB tidak berdarah dan tidak nyeri

Intervensi:

- 1) Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan tinggi serat untuk menghindari konstipasi.

R/Makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat/keras sehingga mempermudah pengeluaran feses (Varney et al, 2007:539).

- 2) Anjurkan ibu untuk minum air hangat satu gelas tiap bangun pagi.

R/Minum air hangat akan merangsang peristaltik usus sehingga dapat merangsang pengosongan kolon lebih cepat.

- 3) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan atau senam ringan.

R/Olahraga dapat memperlancar peredaran darah sehingga semua sistem tubuh dapat berjalan lancar termasuk sistem pencernaan.

- 4) Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi.

R/Mengejan yang terlalu sering akan memicu terjadinya hemoroid.

- 5) Anjurkan ibu untuk mengompres es dan air hangat.

R/Kompres diperlukan untuk mengurangi hemoroid.

(Marmi, 2014:140-141)

e. Masalah V : Kram pada Kaki

Tujuan :

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

Kriteria :

- 1) Kram pada kaki berkurang.
- 2) Ibu mampu mengatasi bila kram tungkai berkurang

Intervensi:

- 1) Jelaskan penyebab kram kaki.

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

- 2) Anjurkan ibu untuk menghangatkan kaki dan betis dengan massage.

R/Sirkulasi darah ke jaringan lancar.

- 3) Minta ibu untuk tidak berdiri lama.

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

- 4) Anjurkan ibu untuk menghindari aktivits berat danistirahat cukup.

R/Otot-otot bisa relaksasi sehingga kram berkurang.

- 5) Anjurkan ibu untuk senam hamil teratur.

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

- 6) Anjurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor

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

f. Masalah VII : Pusing

Tujuan ;

Ibu mampu beradaptasi dengan keadaan sehingga tidak cemas

Kriteria :

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

Intervensi menurut Sunarti (2013:109) :

- 1) Jelaskan pada ibu penyebab pusing
R/ ibu mneerti penyebab pusing karena hipertensi postural yang berhubungan dengan perubahan-perubahan hemodinamis
- 2) Ajarkan ibu cara bangun perlahan dari posisi istirahat
R/ agar ibu tidak terjatuh dari bangun tidur
- 3) Jelaskan untuk menghindari posisi telentang
R/ sirkulasi O₂ ke otak lancar
- 4) Ajarkan ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama di lingkungan panas dan sesak
R/ kekurangan O₂ karena lingkungan sesak dapat menyebabkan pusing

g. Masalah VIII : Nyeri Punggung Bawah

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

Kriteria : Nyeri punggung berkurang.

Intervensi Menurut Varney et al (2007:542) :

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

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

Melebarkan kedua kaki dan menempatkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain akan memberi jarak yang cukup saat bangkit dari posisi setengah jongkok.

2) Hindari membungkuk berlebihan dan mengangkat beban.

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

3) Anjurkan tidur miring kirir dan perut diganjal bantal

R/Mengurangi penekanan uterus pada ligamentum rotundum.

4) Gunakan sepatu tumit rendah.

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

5) Gunakan kasur yang menyokong dan posisikan badan dengan menggunakan bantal sebagai pengganjal.

R/Kasur yang menyokong dan penggunaan bantal dapat meluruskan punggung serta meringankan tarikan dan regangan.

h. Masalah IX : Varises

Tujuan :

Tidak terjadi varises atau varises tidak bertambah parah

Kreteria :

Tidak terdapat Varises

Intervensi :

- 1) Kenakan kaos kaki penyokong.

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

- 2) Hindari mengenakan pakaian ketat.

R/Pakaian ketat dapat menghambat aliran balik

- 3) Menghindari berdiri lama dan tidak menyilang selama duduk.

R/Meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan terjadinya varises

- 4) Lakukan latihan ringan dan jalan secara teratur.

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

i. Masalah XI : Kecemasan menghadapi persalinan

Tujuan :

Kecemasan berkurang

Kreteria :

- 1) Ibu tampak tenang dan rileks
- 2) Suami dan keluarga memberikan dukungan

Interverensi menurut Bandiyah (2009:217):

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

R/Ibu mengerti penyebab kecemasan menjelang persalinan adalah hal yang normal

- 2) Anjurkan ibu mandi dengan air hangat.

R/Selain memperlancar sirkulasi darah, juga memberikan rasa nyaman

- 3) Anjurkan ibu melaksanakan relaksasi progresif.

R/Relaksasi dapat mengurangi masalah-masalah seperti halnya rasa cemas menjelang persalinan

4. Implementasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya *promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

5. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan

melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria:

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

Evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu sebagai berikut :

S : adalah data subyektif, mencatat hasil anamnese

O : adalah data Obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : adalah hasil analisa , mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

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

6. Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas

mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria:

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia
- b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

S: adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesis

O: adalah data Obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A: adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

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

2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Persalinan

1. Pengkajian Data

a. Data subyektif

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

1) Identitas

a) Nama

Menetapkan identitas yang pasti pada pasien karena kemungkinan memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomor telepon yang berbeda (Manuaba, 2007:159)

b) Umur

Usia dibawah 16 tahun atau di atas 35 tahun mempredisiposi wanita terhadap sejumlah komplikasi.

Usia dibawah 16 tahun meningkatkan insiden diabetes kehamilan juga diagnosis tipe II), hipertensi kronis yang menyebabkan peningkatan insiden pre eklamsi dan abropsio plasenta. Persalinan yang lama pada nulipara, seksio sesarea, kelahiran preterm, IUGR, anomali kromosom dan kematian janin (Varney et al,2007:691).Wanita yang berusia lebih dari 34 tahun cenderung menjalani seksio sesarea (Fraser et al,2009:569).

c) Agama

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

d) Pendidikan

Tingkat pendidikan yang rendah terutama jika berhubungan dengan usia yang muda, berhubungan erat dengan perawatan yang tidak adekuat. (Walsh,2012: 122). Dan memberi gambaran tentang kemampuan klien, sehingga mempermudah kita dalam memberikan informasi atau konseling (Marmi, 2014:155).

e) Pekerjaan

Data ini menggambarkan tingkat sosial ekonomi, pola sosialisasi, dan data pendukung dalam menentukan pola komunikasi yang akan di pilih selama asuhan yang di lakukan. (Sulistyawati A. 2010 : 221).

f) Penghasilan

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

g) Alamat

Selain sebagai data mengenai distribusi lokasi pasien data ini juga memberikan gambaran mengenai jarak dan waktu yang di tempuh pasien menuju ke lokasi pemeriksaan kehamilan. (Sulistyawati A. 2010 : 221).

2) Keluhan Utama

Menurut Manuaba (2012:173) tanda-tanda persalinan adalah :

- a) Terjadinya his persalinan. His poersalinan mempunyai cirikhas pinggang terasa nyeri yang menjalar kedepan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks, makin beraktivitas (jalan) makin bertambah.
- b) Pengeluaran lendir dan darh (pembawa tanda). Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang

menimbulkan pendataran dan pembukaan. Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

c) Pengeluaran cairan. pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan poecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam.

d) Gejala utama pada kala II (pengusiran) menurut Manuaba (2012:173) adalah :

(1) His semakin kuat, dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 5-100 detik.

(2) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.

(3) Ketuban pecah pada pembukaaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya pleksus frankenhauser.

3) Riwayat kesehatan

Riwayat medis tertentu berpotensi mempengaruhi ibu atau bayi atau keduanya. Calon ibu mengetahui bahwa penyakitnya dapat memperburuk atau menyebabkan bayinya sakit maupun meninggal

Berikut hal ini adalah beberapa kondisi medis pada kategori ini :

a) Penyakit Jantung

Perubahan fisiologi terjadi peningkatan volume darah dan peningkatan frekuensi denyut jantung menyebabkan peningkatan serambi kiri jantung yang mengakibatkan edema pada paru. Edema paru merupakan gejala pertama dari mitral stenosis, terutama terjadi pada pasien yang telah mengalami antrialis fibrilasi. Terjadi peningkatan keluhan nafas pendek yang progresif. Penambahan volume darah kedalam sirkulasi sistemik/autotransfusi sewaktu hisap atau kontraksi uterus menyebabkan bahaya saat melahirkan karena dapat mengganggu aliran darah dari ibu ke janin (Saifuddin,2010:769).

b) Penyakit Diabetes Mellitus

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

c) Asma

Wanita yang menderita asma berat dan mereka yang tidak mengendalikan asmanya tampak mengalami peningkatan insiden hasil maternal dan janin yang buruk, termasuk

kelahiran dan persalinan prematur, penyakit hipertensi pada kehamilan, bayi terlalu kecil, untuk usia gestasinya, abruptio plasenta, koriamnionitis, dan kelahiran seksio sesarea (Fraser et al,2009:322).

d) Anemia

Bahaya saat persalinan adalah gangguan his (kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio plasenta dan perdarahat postpartum karena atonia uteri, kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri (Manuaba,2012:240).

e) Gonorea

Dapat terjadi abortus spontan, berat badan lahir sangat rendah, ketuban pecah dini, korioamnionitis, persalinan prematur (Fraser et al,2009:371).

4) Riwayat kebidanan

a) Kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Riwayat melahirkan *preterm* meningkatkan resiko ibu sebesar 30% untuk melahirkan *preterm* lagi. Resiko tersebut meningkat seiring peningkatan jumlah kelahiran *preterm* dan menurun seiring peningkatan jumlah kelahiran cukup bulan. Segera setelah persalinan dapat

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

b) Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang

Menurut Saifuddin (2009:90-91) jadwal pemeriksaan hamil yaitu kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan yaitu :satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua, dan dua kali pada trimester ketiga. Dalam melaksanakan pelayanan *Antenatal Care*, ada sepuluh standart pelayan yang dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang dikenal dengan 10 T. Pelayanan atau asuhan standart minimal 10 T adalah sebagai berikut:

- k. Timbang berat badan dan ukur ringgi badan
- l. Pemeriksaan tekanan darah
- m. Nilai status gizi (ukur lingkaran lengan atas)
- n. Pemeriksaan puncak rahim (tinggi fundus uteri)

- o. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
- p. Skrinning status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan.
- q. Pemberian Tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan.
- r. Test laboratorium (rutin dan khusus)
- s. Tatalaksana kasus
- t. Temu wicara (Konseling), termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan komplikasi (P4K) serta KB pasca persalinan (Depkes RI, 2009)

5) Pola kehidupan sehari-hari

a) Nutrisi

Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberikan lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi dan/atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif (Winkjosastro, 2008:55).

b) Eliminasi

Saat janin mulai turun ke pelvis, kandung kemih rentan terhadap kerusakan akibat tekanan kepala. Dasar kandung kemih dapat berkopresi antara gelang pelvik dan kepala janin. Resiko trauma semakin besar jika kandung kemih

mengalami distensi. Ibu harus dianjurkan untuk berkemih diawal kala II (Fraser et all,2009:485). Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih secara rutin selama persalinan, ibu harus berkemih sedikitnya setiap 2 jam, atau lebih sering jika ibu merasa ingin berkemih atau jika kandung kemih terasa penuh. Periksa kandung kemih sebelum memeriksa denyut jantung janin (Wiknjosastro,2008:55). Anjurkan ibu untuk buang air besar jika perlu. Jika ibu ingin buang air besar saat fase aktif, lakukan periksa dalam untuk memastikan bahwa apa yang dirasakan ibu bukan disebabkan oleh tekanan bayi pada rektum (Winkjosastro, 2008:56).

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

Menurut Sulistyawati (2009:121-122) mengamati keadaan umum pasien secara menyeluruh. Hasil pengamatan dilaporkan dengan kreteria :

(1) Baik

pasien di pasukan dalam kreteria baik jika memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain

(2) Lemah

Pasien dimasukkan dalam kriteria lemah jika kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain.

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang pasien dapat dilakukan dengan pengkajian derajat kesadaran dari keadaan *composmentis* (kesadaran maksimal) sampai coma (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistiyawati 2010:122)

c) Tanda-tanda vital

(1) Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diawal kontraksi tekanan darah kembali ketinggian sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari (Varney, *et al*, 2007 : 686). Tekanan darah diukur tiap 2-4 jam sekali, kecuali jika tidak normal. Tekanan darah juga harus dipantau dengan sangat cermat setelah anestetik epidural atau spinal. Hipotensi dapat terjadi akibat posisi telentang, syok, atau anestesi epidural. Pada ibu

pe eklamsi atau hipertensi esensial selama kehamilan, persalinan lebih meningkat tekanan darah (Fraser, et al, 2009:453).

(2) Suhu

Suhu sedikit meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Dianggap normal adalah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5 sampai 1°C yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan. Peningkatan suhu sedikit adalah normal. Namun bila persalinan berlangsung lebih lama, peningkatan suhu dapat mengindikasikan dehidrasi dan para meter lain harus dicek. Pada kasus ketuban pecah dini, peningkatan suhu dapat mengindikasikan infeksi dan tidak dapat dianggap normal pada kondisi ini (Varneyet.al, 2007 :687).

(3) Nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi. Penurunan yang mencolok selama puncak kontraksi

uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang (Varney et.al, 2007:687). Frekuensi nadi merupakan indikator yang baik dari kondisi fisik umum ibu. Jika frekuensi nadi meningkat lebih dari 100 denyut per menit, hal tersebut dapat mengindikasikan adanya ansietas, nyeri, infeksi, ketosis, atau perdarahan. Frekuensi nadi biasanya dihitung setiap 1-2 jam selama awal persalinan dan setiap 30 menit jika persalinan lebih cepat (Fraser et all, 2009:453).

(4) Pernafasan

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

2) Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah ukuran, kontur, kesimetrisan wajah, lokasi struktur wajah, gerakan involunter, nyeri pada sinus frontal dan maksil (Varney, et.al, 2007:35).

b) Muka

Ukuran, bentuk, kontur kesimetrisan wajah dan lokasi struktur wajah, nyeri tekan pada sinus frontal dan maksila (Varney, *et.al*, 2007:35-36).

c) Mata

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

d) Hidung

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah : napas cuping hidung, deformitas atau penyimpangan septum, kesimetrisan, ukuran, letak, termasuk kesimetrisan lipatan nasolabial, rongga hidung bebas sumbatan, perforasi septum nasal. Pemeriksaan nasal dengan spekulum (ukuran, tanda-tanda infeksi, edema pada konka nasalis, polip, tojolan, sumbatan, ulserasi, lesi, titik-titik persarahan, rabas, warna mukosa (Varney, *et.al*, 2007:36)

e) Telinga

Observasi pemeriksaan yang dilakukan adalah, pembesaran atau nyeri tekan pada mastoid, ketajaman pendengaran secara umum, letak telinga di kepala,

bentuk, tojolan, lesi, dan rabas pada aurikula dan ostium, warna sumbatan, lesi, dan rabas, adanya benda asing pada saluran pada saluran pendengaran eksternal, pemeriksaan membran timpani dengan alat otoskopik (warna, tonjolan atau retraksi, gambaran bayangan telinga, dengan senter kerucut membran timpani ada atau tidak jaringan paut, perforasi) (Varney *et.al*, 2007:36).

f) Mulut dan gigi

Wanita yang bersalin biasanya mengeluarkan bau napas yang tidak sedap, mulut kering, bibir kering dan pecah-pecah, tenggorokan nyeri dan gigi berjigong, terutama jika ia bersalin berjam-jam tanpa mendapat cairan oral dan perawatan mulut (Varney *et.al*, 2008:719).

g) Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi (Saifuddin, 2010:186). Normal tidak ada pembesaran kelenja tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe, dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romaui, 2011:174)

h) Payudara

Menjelang persalinan, perlu dilakukan pemeriksaan terhadap kondisi puting ibu misalnya kolostrum kering

atau berkerak, muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam mengeluarkan puting yang rata atau infersi pada wanita yang merencanakan untuk menyusui (Varney, et all 2007:151).

i) Abdomen

Pada ibu bersalin, perlu dilakukan pemeriksaan TFU, yaitu pada saat tidak sedang kontraksi dengan menggunakan pita ukur. Kontraksi uterus perlu dipantau mengenai jumlah kontraksi selama 10 menit, dan lama kontraksi. Pemeriksaan DJJ dilakukan selama atau sebelum puncak kontraksi pada lebih dari satu kontraksi. Presentasi janin, dan penurunan bagian terendah janin juga perlu dilakukan pemeriksaan. Sebelum melakukan pemeriksaan abdomen, anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih (Wiknjosastro,2008:42-43).

Perlu dikaji juga mengenai luka bekas operasi SC sebagai informasi tambahan untuk melakuakn tindakan selanjutnya (Saifuddin,2008:106).

Kandung kemih harus sering diperiksa setiap 2 jam untuk mengetahui adanya distensi juga harus dikosongkan untuk mencegah obstruksi persalinan akibat kandug kemih yang penuh, yang kan mencegah penurunan bagian presentasi janin dan trauma pada kandung kemih akibat penekanan

yang lama akan menyebabkan hipotonia kandung kemih dan retensi urine selama periode pascapartum awal (Varney et al,2007:687).

Perlu dikaji juga jaringan parut pada abdomen untuk memastikan integritas uterus (Varney et al,2007:693).

j) Genetalia

Tanda-tanda inpartu pada vagina terdapat pengeluaran pervaginam berupa *bloody slym*, tekanan pada anus, perinium menonjol, vulva membuka sebagai tanda gejala kala II (Manuaba dkk, 2012:184). Pada genetalia dilakukan pemeriksaan adanya luka atau massa termasuk kondilomata, varikosis vulva atau rektum, adanya perdarahan pervaginam, adanya perdarahan pervaginam, cairan ketuban adanya luka parut divagina. Luka parut divagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perinum atau tindakan episiotomi sebelumnya (Wiknjosastro,2008:45).

k) Anus

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

l) Ekstermitas

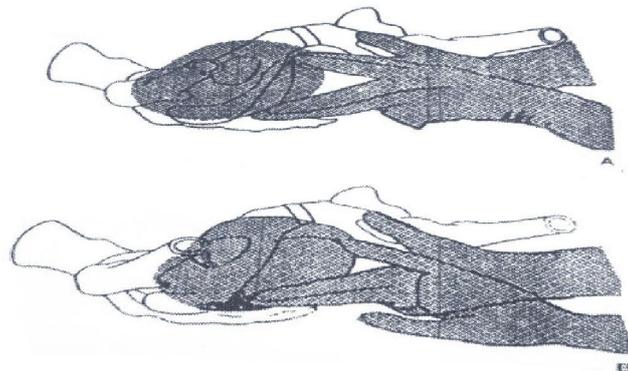
Terutama pemeriksaan reflek lutut. Reflek lutut negatif pada hipovitaminose dan penyakit urat saraf (Marmi,2012:163). Edema ekstermitas merupakan tanda klasik preeklamsia, bidan harus memeriksa dan mengevaluasi pada pergelangan kaki, area pretibia, atau jari. Edema pada kaki dan pergelangan kaki biasanya merupakan edema dependen yang disebabkan oleh penurunan aliran darah vena akibat uterus yang membesar (Varney,*et.al*, 2007:693).

3) Pemeriksaan Khusus

a) Pemeriksaan Dalam

Menurut Wiknjosastro (2008:54) yang perlu dilakukan dalam pemeriksaan dalam adalah :

- (1) Memeriksa genitalia eksternal, memerhatikan ada tidaknya luka atau massa (benjolan) termasuk kondiloma, varikosis vulva atau rektum, atau luka parut perineum.



Gambar 2.37
Pemeriksaan Dalam
Sumber : Manuaba, 2010:178

Keterangan gambar 2.37

A : menentukan arah sutura sagitalis

B : menentukan letak ubun-ubun kecil (UUK) dan ubun-ubun besar (UUB)

(2) Menilaian cairan vagina dan menentukan bercak darah, perdarahan pervaginam atau mekonium :

(3) Adanya luka parut divagina mengidentifikasi adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya, hal ini merupakan informasi penting untuk menentukan tindakan pada kelahiran bayi

(4) Menilai pembukaan dan penampisan serviks

(5) Memastikan tali pusat atau bagian –bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba saat melakukan pemeriksaan dalam

(6) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian yang masuk kedalam rongga panggul.

(7) Jika bagian terbawah kepala, memastikan penunjuknya (ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar) dan celah (sutura) sagitalis untuk menilai derajat penyusupan atau tumpang tindih tulang kepala serta menilai ukuran kepala janin dengan ukuran jalan lahir apakah sesuai

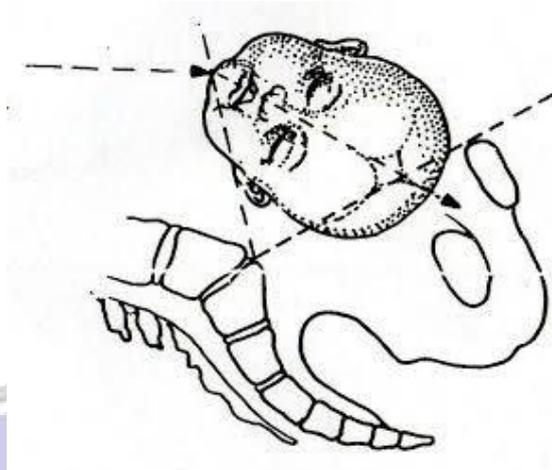
(8) Sinklitisme dan Asinklitisme

Faktor penting yang memegang peranan pada persalinan adalah kekuatan-kekuatan pada ibu seperti kekuatan his, dan kekuatan mengejan, keadaan jalan lahir dan janinnya sendiri.

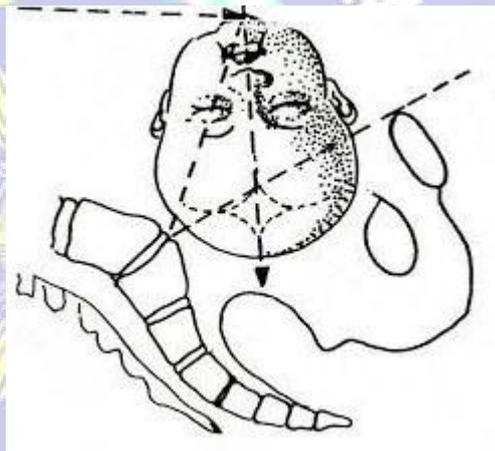


Gambar 2.38
Sinklitismus

Sumber : Prawirohardjo, 2014:310



Gambar 2.39
Asinklitismus Anterior
Sumber : Prawirohardjo, 2014:311



Gambar 2.40
Asinklitismus Posterior
Sumber : Prawirohardjo, 2014:311

c. Pemeriksaan penunjang

1) Urin

Urin yang dikeluarkan selama pesalinan harus diperiksa untuk adanya glukosa, dan protein urien (Fraser dan Copper, 2009:453)

2) Darah

Yang diperiksa adalah golongan darah ibu, kadar hemoglobin dan HbsAg (Romauli, 2011:187)

2. Diagnosa Kebidanan

G_{≥1}P₀>UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H..., kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu :

- a. Kala I fase laten dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan (Varney et all, 2007:718-719).
- b. Kala I fase aktif akselerasi/dilatasi ,maksimal/deselerasi dengan kemungkinan masalah ketidak nyamanan menghadapi proses persalinan (Wiknjosastro,2008:40).
- c. Kala II dengan kemungkinan masalah :
 - 1) Kekurangan cairan (Wiknjosastro,2008:93)
 - 2) Infeksi (Wiknjosastro,2008:93)
 - 3) Kram tungkai (Varney et all,2007:722).
- d. Bayi baru lahir cukup bulan sesuai masa kehamilan, KU baik (Kepmenkes No.938/Menkes/SK/8/2007 tentang standar asuhan kebidanan).
- e. P_{≥1} Kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah menurut menurut Wiknjosastro (2008:118)
 - 1) Retensio Plasenta
 - 2) Avlusi tali pusat
 - 3) Plasenta tertahan.

f. $P_{\geq 1}$ kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi menurut Wiknjastro (2008:118).

- 1) Atonia uteri
- 2) Robekan vagina, perineum atau serviks
- 3) Sub involusio sehubungan dengan kandung kemih penuh

3. Intervensi/Perencanaan

PAPIAH, UK 37-40 minggu, UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intra uterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H..., kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/aktif (Wiknjastro,2008:79).

Tujuan :

Proses persalinan berjalan dengan normal ibu dan bayi sehat.

Kriteria :

- a. KU baik, kesadaran kompesmentis.
- b. TTV dalam batas normal

T : 100/60-130/90 mmHg

S : 36,5-37 °C

N : 80-100 x/menit

R : 16-24 x/menit

- c. His minimal 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik.

- d. Kala I pada primigravida <13 jam sedangkan multi gravida <7 jam.
- e. Kala II pada primigravida <2 jam sedangkan pada multigravida <1 jam.
- f. Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerakan aktif.
- g. Kala III pada primigravida <30 menit sedangkan multigravida <15 menit.
- h. Plasenta lahir spontan, lengkap.
- i. perdarahan <500 cc.

Kala I

Intervensi :

- 1) Mempersiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi
R/ketersediaan bahan-bahan dan sarana yang memadai untuk kelancaran proses persalinan.
- 2) Mempersiapkan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan
R/ketidakmampuan untuk menyediakan perlengkapan, bahan-bahan obat-obat esensial pada saat diperlukan akan meningkatkan resiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi baru lahir
- 3) Mempersiapkan rujukan
R/apabila terjadi kegawatdaruratan dan perlu untuk dirujuk

- 4) Perhatikan psikososial ibu dan berikan dukungan mental pada ibu dengan menghadirkan keluarga. Anjurkan agar ibu selama didampingi oleh keluarganya selama proses persalinan dan kelahiran bayinya. Dukungan suami, keluarga, dan kerabat yang disukai ibu sangat diperlukan dalam menjalani proses persalinan. Ada kalanya ibu merasa khawatir dalam menjalani kala II persalinan. Berikan rasa aman dan semangat serta tentramkan hatinya selama persalinan berlangsung.

R / ibu yakin dan tabah dalam menjalani proses persalinan.

- 5) Anjurkan ibu untuk makan dan minum .Asupan cairan yang cukup untuk mencegah terjadinya dehidrasi pada ibu saat proses persalinan, serta untuk energi dalam persediaan mengejan.

R/ persiapan energi untuk persalinan

- 6) Bantu ibu untuk memilih posisi yang nyaman dengan miring ke kiri.

R/ mempercepat penurunan kepala janin

- 7) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan jika ketuban belum pecah dan pembukaan belum lengkap

R/ mempercepat penurunan kepala janin.

- 8) Observasi TTV

a) DJJ setiap 30 menit sekali

b) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap 30 menit

c) Nadi setiap 30 menit

- d) Pembukaan serviks tiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika ada indikasi
 - e) Penurunan terbawah janin setiap 4 jam
 - f) Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam sekali
R/ mengetahui perkembangan kondisi ibu dan janin
- 9) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih tiap 2 jam
R/ bila kandung kemih yang penuh dapat menghalangi penurunana kepala janin sehingga menyebabkan nyeri pada waktu his
- 10) Tunggu pembukaan lengkap jika telah memasuki kala II segera pimpin persalinan secara sesuai standar asuhan kebidanan persalinan normal (Wiknjosastro,2008:79-87).

Kala II

Berikut adalah langkah-langkah asuhan persalinan normal Wiknjosastro (2008:79-97)

- 1) Mengenali tanda dan gejala kala II
R/ Dengan melihat tanda gejala kala II yang benar dapat menentukan tindakan selanjutnya dengan tepat. Mendengar dan melihat tanda persalinan kala II
 - (a) Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
 - (b) Ibu merasa adanya tekanan pada anus.
 - (c) Perineum menonjol
 - (d) Vulva dan sfinger ani membuka
- 2) 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 dan keras, 2 kain, handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt dengan 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 clemek plastik.

R/ Clemek merupakan penghalang atau barrier antara penolong dengan bahan-bahan yang berpotensi untuk menularkan penyakit (Wiknjosastro,2008:80)

4) Melepaskan dan menyiapkan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih dan mengalir dan 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,2008:1117)

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

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 ke belakang.

(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) Memastikan pembukaan lengkap, keadaan janin baik.

R/ Pembukaan serviks 10 cm akan mencegah terjadinya rupture porsio dan keadaan janin yang baik 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.

9) 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% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.

10) Periksa DJJ dalam batas normal (120-160) x/menit

(a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.

(b) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian

R/persiapan keluarga dan klien yang optimal akan membuat klien dan keluarga kooperatif

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

R/Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya (janin, cairan air ketuban, plasenta) menekan cava vena inferior ibu. Berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk mengejan secara efektif (Wiknjosastro, 2008:87).

12) 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).

13) 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 yang 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 (2jam) meneran (multigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (primigravida)..

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

15) Persiapkan pertolongan kelahiran bayi.

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

16) Letakkan handuk bersih diatas perut ibu, jika kepala bayi di vulva dengan diameter 5-6 cm.

17) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 di bagian bawah bokong ibu.

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

19) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

20) Persiapkan pertolongan kelahiran.

R/Menolong kelahiran kepala bayi dengan tepat mencegah terjadinya robekan perinium.

Kelahiran Kepala

21) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan defleksi dan 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 (Wiknjosastro,2008:89).

22) Periksa adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal tersebut terjadi, dan segera proses kelahiran bayi.

R/Perasat ini digunakan untuk mengecek adanya lilitan tali pusat disekeliling leher bayi dan nilai seberapa ketat tali pusat sebagai dasar untuk memutuskan cara mengatasi situasi tersebut (Varney, 2008: 1146).

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

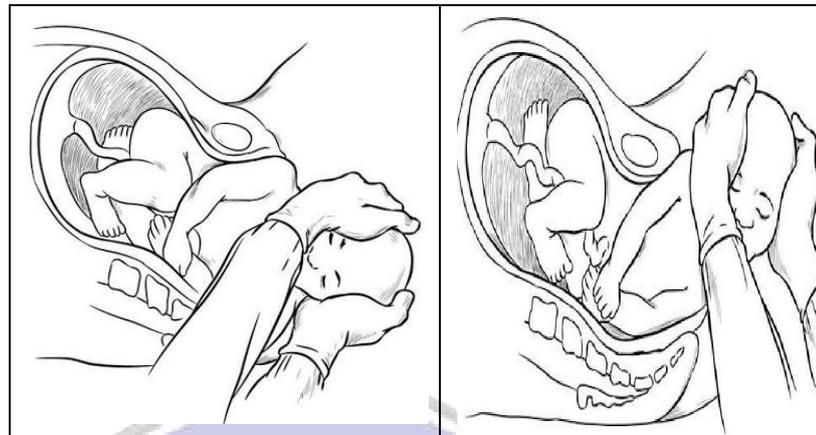
(b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di kedua tempat dan potong tali pusat diantara dua klem tersebut.

23) Tunggu kepala bayi putar paksi luar, pegang secara seponan.

Lahirnya bahu

24) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparental. 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.



Gambar 2.41
Melahirkan bahu depan dan bahu belakang
Sumber : Prawirohardjo, 2014:314

Lahnya badan dan tungkai

- 25) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
- 26) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki masukan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari lainnya.

Penanganan bayi baru lahir

R/ 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. Gantik 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 kontrak dengan baik.

31) Dalam 1 menit setelah bayi baru lahir, lakukan penyuntikan oksitosin 10 unit IM (intramuskular) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum melakukan penyuntikan oksitosin).

32) Setelah pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3cm dari pusat bayi, mendorong tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat kira-kira 3-5cm distal dari klem pertama.

33) Pematangan dan ikat 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 tempatkan pada wadah yang telah di sediakan (larutan clorin).

34) Letakan bayi agar ada kontak kulit ibu dengan kulit bayi, letakan bayi tengkurap didada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel didada/perut ibu usahakan kepala bayi berada diantar 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

Penatalaksanaan aktif kala III (Wiknjosastro,2008:100-106) penanganan tali pusat .

R/ untuk pengecekan dan mempercepat pengeluaran plasenta

36) Pindahkan klem pada tali pusat hingga jarak 5-10cm dari vulva ibu.

37) Letakan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas simfisis, untuk mendeteksi, tangan lain untuk menegangkan 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 inversia uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi dan ulangi kembali prosedur diatas.

Mengeluarkan Plasenta

39) Lakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, 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 vilva dan melahirkan plasenta.

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

(1) Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM.

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

(3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.

(4) Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.

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

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

Rangsangan Taktil (Masase Uterus)

R/ Masase uterus merangsang kontraksi

41) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massage uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan massage dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik.

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

43) Evaluasi kemungkinan lacerasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila lacerasi menyebabkan perdarahan.

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

Kala IV

Melakukan prosedur pasca salin (Wiknjastro, 2008:114-121)

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

45) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.

Sebagian bayi berhasil melakukan IMD dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama biasa berlangsung 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara.

Biarkan bayi berada di dada ibu 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.

46) Lakukan pemeriksaan fisik BBL

47) Setelah 1 jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik, profilaksis dan vitamin K₁ 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral.

Setelah 1 jam pemberian vitamin 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 pasca persalinan.

(b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.

(c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.

Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, lakukan asuhan yang sesuai untuk pelaksanaan atonia uteri.

49) Ajarkan ibu dan keluarga cara massase uterus dan menilai kontraksi.

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

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 temperatur suhu tubuh ibu setiap 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°C-37,5°C).
- 53) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit) lalu cuci dan bilas.
- 54) Buang bahan-bahan terkontaminasi ditempat sampah yang sesuai.
- 55) Bersihkan ibu dengan menggunakan DTT. Bersihkan sisa cairan keruban, lendir, dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih, dan kering.
- 56) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga memberi makanan dan minuman yang diinginkan ibu.
- 57) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 58) Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- Dokumentasi**
- 60) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan kala IV.

Kemungkinan masalah saat persalinan :

a. Masalah dalam kala I:

- 1) Cemas dalam menghadapi proses persalinan.

a) Tujuan :

Mengurangi rasa takut dan cemas selama proses persalinan

b) Kriteria :

Ibu tampak tenang

c) Intervensi menurut Wiknjosastro (2008) :

(1) Jelaskan fisiologis persalinan pada ibu

R/Proses persalinan merupakan proses yang panjang sehingga diperlukan pendekatan.

(2) Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada ibu

R/Seorang ibu bersalinan memerlukan penjelasan mengenai kondisi dirinya.

(3) Jelaskan prosedur dan batas tindakan yang diberlakukan.

R/Ibu paham untuk dilakukannya prosedur yang dibutuhkan dan memahami batasan tertentu yang diberlakukan.

2) Ketidak nyamanan menghadapi proses persalinan

a) Tujuan :

Ibu merasa nyaman terhadap proses persalinan.

b) Kriteria :

Nyeri punggung berkurang, ibu tidak merasa cemas, ibu merasa tenang.

c) Intervensi menurut Wiknjosastro (2008) :

(1) Hadirkan orang terdekat ibu

R/Kehadiran orang terdekat mampu memberikan kenyamanan psikologis dan mental ibu yang menghadapi proses persalinan.

(2) Berikan sentuhan fisik misalnya pada tungkai, kepala, dan lengan.

R/Sentuhan fisik yang diberikan kepada ibu bersalin dapat menentramkan dan menenangkan ibu.

(3) Berikan usapan punggung

R/Usapan punggung meningkatkan relaksasi.

(4) Pengipasan atau menggunakan anduk sebagai kipas.

R/Ibu bersalin menghasilkan banyak panas sehingga mengeluh kepanasan dan berkeringat.

(5) Pemberian kompres panas pada punggung.

R/Kompres panas akan meningkatkan sirkulasi dipunggung sehingga memperbaiki anoreksia jaringan yang disebabkan oleh tekanan.

b. Masalah pada kala II :

1) Kekurangan cairan

a) Tujuan :

Tidak terjadi

b) Kriteria :

Nadi 76-100x/menit, urin jernih, produksi urine 30cc/jam

c) Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:116).

(1) Anjurkan ibu untuk minum

R/Ibu yang menghadapi persalinan akan menghasilkan panas sehingga memerlukan kecukupan minum.

(2) Jika dalam 1 jam dehidrasi tidak teratasi, pasang infus menggunakan jarum dengan diameter 16/18G dan berikan RL atau NS 125cc/jam

R/Pemberian cairan intravena akan lebih cepat diserap oleh tubuh.

(3) Segera rujuk ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir.

R/Rujukan dini pada ibu dengan kekurangan cairan dapat meminimalkan risiko terjadinya dehidrasi

2) Kram tungkai (Varneyet. Et all, 2007:722)

a) Tujuan :

Tidak terjadi kram tungkai

b) Kriteria :

Sirkulasi darah lancar

c) Intervensi :

(1) Luruskan tungkai ibu inpartu

R/Meluruskan tungkai dapat melancarkan peredaran darah ke ekstermitas bawah.

(2) Atur posisi dorso fleksi

R/Relaksasi yang dilakukan secara bergantian dengan dorsofleksi kaki dapat mempercepat peredaran nyeri.

(3) Jangan lakukan pemijatan pada tungkai

R/Tungkai wanita tidak boleh dipijat karena ada risiko trombi tanpa sengaja terlepas.

3) Infeksi

a) Tujuan : Tidak terjadi infeksi

b) Kriteria : tanda-tanda vital :

(1) Suhu : 36-37,5 °C

(2) Nadi dalam batas normal (76-100 x/menit)

(3) Keadaan umum baik

(4) Cairan ketuban/cairan vagina tidak berbau

c) Intervensi menurut Wiknjastro (2008:116) :

(1) Baringkan miring ke kiri

R/Tidur miring mempercepat penurunan kepala janin sehingga mempersingkat waktu persalinan.

(2) Pasang infus menggunakan jarum dengan diameter besar ukuran 16/18 dan berikan RL atau NS 125ml/jam

R/salah satu tanda infeksi adanya peningkatan suhu tubuh, suhu meningkatkan penyebab dehidrasi

(3) Berikan ampisilin 2 gram atau amoxillin 2 gram/oral.

R/Antibiotik mengandung senyawa aktif yang mampu membunuh bakteri dengan mengganggu sintesis protein pada bakteri penyebab penyakit.

- (4) Segera rujuk ke fasilitas kesehatan yang memiliki kemampuan kegawatdaruratan obstetri

R/Infeksi yang tidak segera tertangani dapat berkembang ke arah syok yang menyebabkan terjadinya kegawatdaruratan ibu dan janin

- 4) Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kepmenkes No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan).

- a) Tujuan :

Dapat melewati masa transisi dengan baik

- b) Kriteria :

- (1) Bayi menangis kuat
- (2) Bayi bergerak aktif

- c) Intervensi menurut Kepmenkes No 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan :

- (1) Observasi tanda-tanda vital dan tangisan bayi

R/Tanda-tanda vital bayi merupakan dasar untuk menentukan keadaan umum bayi.

- (2) Jaga suhu tubuh bayi tetap hangat

R/Hipotermi mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada didalam ruangan yng relatif hangat.

(3) *Bounding attachment* dan lakukan IMD

R/*Bounding ettachment* dapat membantu ibu mengatasi stress sehingga ibu merasa lebih tenang dan tidak nyeri pada saat plasenta lahir. Sedangkan IMD meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dengan bayi.

(4) Berikan vitamin K1 secara IM sebanyak 0,5 mg

R/Vitamin K1 dapat mencegah perdarahan intrakranial.

(5) Berikan salep mata

R/Salep mata sebagai profilaksis.

c. Masalah Pada Kala III

1) Retensio plasenta

a) Tujuan :

Plasenta dapat dikeluarkan secara lengkap

b) Kriteria :

Tidak ada sisa plasenta yang tertinggal

c) Intervensi menurut Sari dkk, (2014:231) :

(1) Tentukan jenis retensio yang terjadi karena berkaitan dengan tindakan yang akan diambil.

- (2) Regangkan tali pusat dan minta pasien untuk meneran, bila ekspulsi tidak terjadi, coba traksi terkontrol tali pusat.
- (3) Pasang infuse oksitosin 20 unit dalam 500 cc NS/RL dengan 40 tetes per menit. Bila perlu, kombinasi dengan misoprosol 400 mg rectal (sebaliknya tidak menggunakan ergometrin karena kontraksi tonik yang timbul dapat mengakibatkan plasenta terperangkap dalam kavum uteri.
- (4) Bila transaksi terkontrol gagal untuk melahirkan plasenta, lakukan manual plasenta secara hati-hati dan halus (melahirkan plasenta yang melekat erat secara paksa dapat menyebabkan perdarahan atau perforasi).
- (5) Restorasi cairan untuk mengatasi hipovolemia
- (6) Lakukan transfusi darah bila diperlukan
- (7) Beri antibiotic profilaksis (ampicillin 2g IV / peroral + metronidazol 1g peroral).
- (8) Segera atasi bila terjadi komplikasi perdarahan hebat, infeksi, dan syok neurogenik.

2) Avulsi tali pusat

a) Tujuan :

Avulsi tidak terjadi, tali pusat lahir lengkap

b) Kriteria :

Tali pusat utuh

c) Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:119) :

(1) Palpsi uterus untuk melihat kontraksi, minta ibu meneran pada setiap kontraksi.

(2) Saat plasenta terlepas, lakukan periksa dalam hati-hati.

Jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso kranial pada uterus.

(3) Setelah plasenta lahir, lakukan massase uterus dan periksa plasenta.

(4) Jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit, tangani sebagai retensio plasenta.

d. Masalah pada kala IV

1) Terjadinya atonia uteri

a) Tujuan : Atonia uteri dapat teratasi

b) Kriteria :

(a) Kontraksi uterus baik, keras dan bulat

(b) Perdarahan <500 cc

c) Intervensi menuurut Sari dkk, (2014:229)

(1) Massase fundus uteri segera setelah lahirnya plasenta (maksimal 15 detik)

(2) Bersihkan bekuan darah dan atau selaput ketuban dari vagina dan lubang serviks

- (3) Pastikan bahwa kandung kemih kosong, jika penuh dan dapat dipalpasi lakukan katerisasi menggunakan teknik aseptik
- (4) Lakukan KBI (Kompresi Bimanual Internal) selama 5 menit
- (5) Anjurkan keluarga untuk memulai membantu KBE (Kompres Bimanuae Eksternal)
- (6) Keluarkan tangan secara perlahan-lahan.
- (7) Berikan ergometrin 0,2 mg IM (kontraindikasi hipertensi) atau misoprozol 600-1000 mcg
- (8) Pasang infus menggunakan jarum 16 atau 18 s dan berika 500 cc RL dan 20 unit oksitosin. Habiskan 500 cc pertama secepat mungkin.
- (9) Ulangi kompresi bimanual (KBI)
- (10) Rujuk segera
- (11) Dampingi ibu ketempat rujukan. Terus lakukan KBI
- (12) Lanjutkan infuse RL + 20 UI oksitosin dalam 500 cc larutan dengan laju 500 cc/jam sehingga tiba ditempat rujukan sehingga menghabiskan 1,5 nfuse. Kemudia berikan 125 cc/jam. Jika tidak tersedia cairan yang cukup , berikan 500 cc yang kedua dengan kecepatan sedang dan berikan minuman untuk rehidrasi.

2) Robekan vagina, perineum atau serviks

a) Tujuan :

Robekan vagina, perineum atau serviks dapat teratasi

b) Kriteria :

Vagina, perineum atau serviks dapat dijahit dengan baik, perdarahan <500 cc

c) Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:115) :

(1) Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi yang timbul.

Tingkat perlukaan perineum menurut Marmi (2016:229) dapat dibagi dalam:

(a) Derajat I

Laserasi mengenai mukosa dan kulit perineum, tidak perlu dijahit.

(b) Derajat II

Laserasi mengenai mukosa vagina, kulit, dan jaringan perineum (perlu dijahit)

(c) Derajat III

Laserasi mengenai mukosa vagina, kulit, jaringan perineum dan spinkter ani.

(d) Derajat IV

Laserasi mengenai mukosa vagina, kulit, jaringan perineum dan spinkter ani yang luas hingga ke rektum.

(2) Jika terjadi laserasi derajat satu dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat II lakukan penjahitan.

(3) Jika laserasi derajat III atau derajat IV atau robekan serviks :

(a) Pasang infuse dengan menggunakan jarum besar (ukuran 16 dan 18) dan berikan RL atau NS.

(b) Pasang tampon untuk mengurangi darah yang keluar

(c) Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawat darurat obstetrik.

(d) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

4. Implementasi

Menurut Kepmenkes No. 938/Menkes/SK/8/2007 bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

5. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan

melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria:

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

6. Dokumentasi

Kepmenkes RI No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut :

S : Adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.

O : Adalah data objektif , mencatat hasil pemeriksaan.

A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P :Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/*follow up* dan rujukan. Langkah implementasi, evaluasi, dan dokumentasi diatas berlaku atau dilakukan juga untuk semua asuhan yaitu asuhan

kebidanan pada kehamilan, asuhan kehamilan pada bersalinan, asuhan kebidanan pada nifas, asuhan kebidanan pada neonatus, dan asuhan pada keluarga berencana.

2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas

1. Pengkajian data

a. Data Subyektif

1) Biodata

a) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan (Ambarwati, 2010:131)

b) Umur

Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko adanya kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap. Sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentan sekali terjadinya perdarahan dalam masa nifas (Ambarwati, 2010:131)

c) Agama

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

d) Pekerjaan

Pekerjaan ibu yang berat bisa mengakibatkan kelelahan secara tidak langsung dapat mengakibatkan involusi dan laktasi terganggu. Pada wanita yang bekerja pada saat menyusui perlu adanya informasi tentang teknik laktasi dan penyimpanan ASI (Marmi,2012:179)

e) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas dan putus kerja karena berbagai alasan dapat menambah sulitnya masalah ekonomi, sehingga mempengaruhi kelangsungan kehamilan (Manuaba,2010:235)

f) Alamat

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

2) Keluhan Utama

Untuk mengetahui masalah yang dihadapi berkaitan dengan masa nifas misalnya pasien merasa mules, sakit pada jalan lahir karena ada jahitan pada perineum (Ambarwati, 2010:132)

Menurut Varney, et all (2008:974-977) keluhan utama yang sering terjadi pada masa nifas adalah sebagai berikut :

a) Nyeri setelah lahir (After pain)

Nyeri seyelah kelahiran disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri yang lebih berat pada paritas tinggi adalah

disebabkan karena terjadi penurunan tonus otot uterus, menyebabkan relaksasi intermitten (sebentar-sebantar) berbeda pada wanita primipara tonus otot uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi.

b) Keringat berlebih

Wanita pasca salin mengeluarkan keringat berlebih karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraseluler selama kehamilan.

c) Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan oleh kombinasi, akumulasi, dan statis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena statis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ke-3 pascapartum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui, dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam. Nyeri tekan payudara dapat menjadi nyeri hebat terutama jika bayi mengalami kesulitan dalam menyusui. Peningkatan metabolisme akibat produksi air susu dapat menyebabkan peningkatan suhu tubuh ringan.

d) Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan keyamanan perineum dapat meredakan ketidak nyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi atau jahitan laserasi dann episiotomi.

e) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidak nyamanan jaitan robekan perineum.

f) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari, jika terjadi selama kehamilan, hemoroid menjadi tarauomatis dan menjadi edema selama wanita mendorong bayi pada kala II persalinan karena tekanan bayi dan distensi saat melahirkan.

3) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat kesehatan yang lalu

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit angkut atau kronis seperti jantung, DM, Hipertensi, asma, TBC, yang dapat mempengaruhi masa nifas ini (Ambarwati, 2010:133)

(1) Anemia

pada kehamilan yang tidak ditangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan :

terjadi sub involusi uteri, menimbulkan perdarahan post partum, memudahkan infeksi perineum, pengeluaran ASI berkurang, terjadi deskompensasi kordis mendadak setelah persalinan, anemia kala nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba,2010:240).

(2) Penyakit asma

Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O₂ dan CO₂ (Manuaba,2010:336)

(3) Penyakit TBC

Ibu dengan tuberculosis aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Manuaba, 2010:336)

(4) Sifilis

Dapat menyebabkan infeksi pada bayi dalam bentuk Lues Kongenital (Pemfigus siffilitus, adaeskuamasi kulit, telapak tangan dan kaki, terdapat kelainan pada mulut dan gigi (Manuaba,2010:338)

(5) Pengaruh penyakit jantung pasca persalinan/nifas menurut Manuaba (2010:337)

- (a) Setelah bayi lahir penderita dapat tiba-tiba jath\uh kolaps, yang disebabkan darah tiba-tiba membanjiri

tubuh ibu sehingga kerja jantung sangat bertambah, perdarahan merupakan komplikasi yang cukup berbahaya.

(b) Saat laktasi kekuatan jantung diperlukan untuk membentuk ASI.

(c) Mudah terjadi infeksi post partum yang memerlukan kerja tambahan jantung.

(6) Ibu yang mengalami episode hipertensi pada kehamilan dapat terus mengalaminya hingga pascapartum (Fraser et al,2009:629)

b) Riwayat kesehatan sekarang

Data-data diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan masa nifas dan bayinya.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya yaitu apabila ada penyakit keeluarga yang menyertai (Ambarwati, 2010:133)

4) Riwayat Obstetri

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 itu perlu dikaji untuk mengetahui proses persalinan mengalami kelainan atau tidak, yang bisa mempengaruhi masa nifas saat ini (Ambarwati, 2010:134)

5) Riwayat nifas sekarang

Ibu harus dianjurkan untuk menyusui, terutama karena menyusui dapat melindungi bayi dari alergi tertentu (Fraser et al, 2009:629)

6) Riwayat Kebidanan

a) Riwayat haid

Dengan memberikan ASI kembalinya menstruasi atau haid sulit dapat diperhitungkan dan bersifat individu sebagian besar menstruasi kembali setelah 4 sampai 6 bulan. Dalam waktu 3 bulan belum menstruasi, dapat menjamin bertindak sebagai kontrasepsi (Manuaba,2010:203). Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovarium) sebelum mendapatkan lagi haidnya selama meneteki (Saifuddin,2009:129)

b) Riwayat nifas yang lalu

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan postpartum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui sampai usia anak 2 tahun. Terdapat pengeluaran lochea rubra sampai hari ke-3 berwarna merah. Lochea serosa pada hari ke-4 sampai ke-9 warna kecoklatan. Lochea alba hari ke 10-15 warna putih dan kekuningan. Ibu dengan riwayat pengeluaran lochea purulenta, lochea stasis, infeksi uterin, rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus, dan ibu menyusui kurang dari 2 tahun. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba,2012:201).

c) Riwayat Kontrasepsi

Untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut 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, 2010:134). Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama menyusui. Oleh karena itu metode amenorhe laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan baru (Saifuddin, 2009:129). Menurut

Manuaba (2010:204) pemeriksaan post partum merupakan waktu yang tepat untuk membicarakan metode KB untuk menjarangkan atau menghentikan kehamilan.

7) Pola Kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

Ibu menyusui harus mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter setiap harinya (dianjurkan untuk ibu menyusui untuk minum setiap kali menyusui) (Saifuddin, 2014:128)

b) Eliminasi

Segera setelah pascapartum kandung kemih edema, mengalami kongesti, dan hipotonik, yang dapat menyebabkan overdistensi, pengosongan yang tidak lengkap, dan residu urin yang berlebihan kecuali perawatan diberikan untuk memastikan berkemih secara periodik. Efek persalinan pada kandung kemih dan uretra menghilang dalam 24 jam pertama pascapartum, kecuali wanita mengalami infeksi saluran kemih. Deuresis mulai segera setelah melahirkan dan berakhir hingga hari kelima pascapartum. Deuresis adalah rute utama tubuh untuk membuang kelebihan cairan interstisial dan kelebihan

volume cairan (Varney et al,2008:961) Miksi dan defekasi diatur sehingga kelancaran kedua sistem tersebut dapat berlangsung dengan baik (Manuaba dkk ,2012:202)

c) Istirahat

Ajurkan ibu untuk beristirahat dengan cukup untuk mencegah kelemahan yang berlebihan. Kurang istirahat akan mempengaruhi jumlah ASI yang diroduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan tidak mampu untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Saifuddin, 2014:127)

d) Personal hygiene

Mengajarkan pada ibu bagaimana mengajarkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Sarankan air pada ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya (Saifuddin, 2014:127).Pakaian agak longgar terutama terutama id daerah dada sehingga payudara tidak tertekan. Daerah perut tidak perlu diikat dengan kencang karena tidak akan memengaruhi involusi. Kassa pembalt sebaiknya dibuang saat terasa penuh dengan lochera (Manuaba dkk, 2012: 202).

e) Aktivitas

Menurut Saifuddin (2014:127) Diskusikan pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu, seperti mengurangi rasa sakit pada punggung.

f) Aktifitas seksual

Menurut Saifuddin (2014:128) Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu atau dua jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalkan setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan.

8) Riwayat perkawinan

Yang perlu dikaji adalah beberapa kali menikah, status menikah yang sah atau tidak, karena apabila melahirkan tanpa status yang jelas akan berkaitan dengan psikologinya sehingga akan mempengaruhi proses nifas (Ambarwati, 2010:133)

9) Psikologi dan Spiritual

Menurut Marmi (2015), membagi bebrapa fase yaitu :

a) Fase taking in

Periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering terulang diceritakannya. Hal ini cenderung ibu menjadi pasif terhadap lingkungannya.

b) Fase taking hold

Fase kedua masa nifas adalah fase taking hold berlangsung antara tiga sampai sepuluh hari setelah melahirkan. Pada Fase ini ibu merasa khawatir akan ketidak mampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Pada fase ini ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat dirinya dan bayinya sehingga timbul percaya diri

c) Fase leting go

Fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan dirinya, merawat diri, dan bayinya sudah meningkat.

10) Kehidupan sosial budaya

Untuk mengetahui pasien dan keluarga yang menganut adat istiadat yang akan menguntungkan atau merugikan pasien

khususnya pada masa nifas misalnya kebiasaan pantangan makan (Ambarwati, 2010:134)

b. Data Obyektif

Dalam melengkapi data, dalam menegakkan diagnosa seseorang bidan harus melakukan pengkajian data obyektif melalui inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi yang berurutan (Sulistyawati, 2009:121)

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

Menurut Sulistyawati (2009:121-122) mengamati keadaan umum pasien secara menyeluruh. Hasil pengamatan dilaporkan dengan kreteria :

(1) Baik

pasien di pasukan dalam kreteria baik jika memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain

(2) Lemah

Pasien dimasukkan dalam kreteria lemah jika kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain.

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang pasien dapat dilakukan dengan pengkajian derajat kesadaran dari

keadaan *composmentis* (kesadaran maksimal) sampai coma (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistiyawati 2010:122)

c) Tanda-tanda Vital

(1) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita yang mengalami peningkatan darah secara sistolik dan diastolick, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari (Varney et all, 2007: 961)

(2) Nadi

Denyut nadi yang mengikat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama pascapartum. Hemoragi, demam selama persalinan, dan nyeri akut atau persisten dapat mengurangi pre\oses ini. Apa bila denyut nadi di atas 100 selama purperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi pascapartum (Vamey et all, 2007: 961)

(3) Suhu

Menurut Saifuddin (2014:259) Suhu 38°C atau lebih yang terjadi antara hari ke-2-10 post partum dan diukur peroral sedikitnya 4 kali sehari disebut sebagai

morbiditas puerperalis. Kenaikan suhu tubuh yang terjadi didalam masa nifas dianggap sebagai infeksi nifas jika tidak dikemukakan sebab-sebab ekstragenital.

(4) Pernafasan

Nafas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kelelahan, cairan, eksaserbasi, asma, dan embulus paru. Keadaan pernafasan akan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan nadi tidak normal, pernafasan juga. (Varney et al, 2008:961).

2) Pemeriksaan fisik

a) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, sclera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu terinfeksi hepatitis, bila merah kekuningan ada konjungtivitis. Tidak ada gangguan dalam penglihatan (Sulistyawati, 2009: 154)

b) Leher

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

c) Payudara

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari beberapa hal berikut yaitu puting susu pecah/pendek/rata, nyeri tekan, abses, produksi ASI berhenti, dan pengeluaran ASI (Saifuddin, 2014: 124) Menunjukkan adanya kolestrum dan penatalaksanaan puting susu pada wanita menyusui (Varney et al, 2007:969)

d) Abdomen

Menurut Verney et al (2007: 1064) pemeriksaan adomen pascapartum dilakukan secara periode pascartum dini (1 jam – 5 jam) yang meliputi tindak berikut:

(a) Pemeriksaan kandung kemih

Dalam memeriksa kandungan kemih mencari secara spesifik distensi kandungan kemih yang disebabkan oleh retensi urin akibat hipotonisasi kandungan kemih karena trauma selama melahirkan. Kondisi itu dapat mempredisposisi wanita melainkan infeksi kandungan kemih.

(b) Pemeriksaan uterus

Mencatat, lokasi, ukuran, dan konsistensi. Penemuan lokasi uterus dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilicus dan apakah fundus berada pada garis tengah abdomen atau bergeser ke salah satu lokasi dan ukuran saling

tumpang tindih, karena ukuran ditentukan bukan hanya melalui palpasi, tetapi juga dengan mengukur tinggi fundus uteri. Konsistensi uterus memiliki ciri keras dan lunak.

pada abdomen kita harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan ukuran kandungan kemih(Saifuddin, 2014:124)

Tabel 2.12
Perubahan Uterus Masa Nifas

No	Waktu involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus	Palpasi Serviks
1.	Bayi lahir	Setinggi Pusat	1.000 gram	12,5 cm	Lunak
2.	Plasenta Lahir	Dua jari bawah pusat	750 gram	12,5 cm	Lunak
3.	Satu Minggu	Peretengahan pusat sampai simfisis	500 gram	7,5 cm	2cm
4.	Dua Minggu	Tidak teraba diatas simfisis	300 gram	5 cm	1cm
5.	Enam Minggu	Bertambah kecil	60 gram	2,5 cm	Menyempit

Sumber : (Kumalasari, 2015:156)

e) Genetalia

Pemeriksaan tipe, kuantitas, dan bau lochia (Varney et al, 2007:969). Selain itu, pada genetalia yang harus diperiksa adalah pengeluaran lochea. Hal yang perlu dilihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah

penjahitan laserasi atau luka episiotomi, pembengkakan luka dan hemoroid (Saifuddin,2008:125).

f) Ekstremitas

Flagmasia alba dolesns 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, tanpa bengkak pembuluh darah, suhu tubuh meningkat (Manuaba, 2012:148)

c. Pemeriksaan penunjang

Menurut Manuaba (2010:234) Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat *sahli*. Hasil pemeriksaan Hb dengan *sahli* dapat digolongkan sebagai berikut:

Tabel 2.13
Hasil kadar pemeriksaan hemoglobin

Kadar Hb	Kreteria
11 gr%	Tidak Anemia
9-10 gr%	Anemia Ringan
7-8 gr%	Anemia Sedang
<7 gr%	Anemia Berat

Sumber : Manuaba, 2010 :234

Terapi yang diberikan pada ibu nifas yaitu:

- 1) Pil zat besi 40 tablet harus diminum untuk menambah zat gizisetidaknya selama 40 hari pasca bersalin

- 2) Vitamin A 200.000 U agar bisa bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI (Sulistyawati, 2009:100)

2. Diagnosa kebidanan

Diagnosa PAPIAH.....hari.....postpartum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak baik (Sulistyawati,2009:156). PAPIAH post partum hari ke.....laktasi lancar lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jaitan perinium, *after pain*, pengembangan payudara (Varney et all, 2007;974)

3. Perencanaan/Intervensi

Diagnosa : PAPIAH post partum hari ke.....laktasi lancar lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jaitan perinium, *after pain*, pengembangan (Sulistyawati,2009:126).

Tujuan : Masa nifas berjalan dengan normal tanpa adanya komplikasi bagi ibu dan bayi.

Kriteria menurut Manuaba (2010:114) adalah :

- a. Keadaan umum : Kesadaran kompesmentis
- b. Kontraksi uterus baik (bundar dan keras)
- c. Tanda-tanda vital

TD : 110/70 mmhg

N : 60-80x/menit

S : 36-37,5°C

RR : 16-24x/menit

d. Laktasi normal

Kolostrum merupakan cairan yang pertama kali diproduksi oleh kelenjar payudara ibu yang baru melahirkan dihasilkan dalam waktu 24 jam pertama setelah melahirkan, berwarna kuning atau jernih, kolostrum merupakan yang amat kaya akan bahan anti infeksi. ASI matang akan dikeluarkan kira-kira dimulai pada hari ke-14 (Suherni,2009:27).

e. Involusi uterus normal

Tabel 2.14
Involusi Uterus Normal Pada Masa Nifas

Waktu involusi	Tinggi fundus
Plasenta lahir	Sepusat
7 hari	Pertengahan pusat simpisis
14 hari	Tidak teraba
42 hari	Sebesar hamil 2 minggu
56 hari	Normal

Sumber : Manuaba, 2010 :200

f. Lochea normal

Lochea rubra (kruenta) keluar dari ghari ke 1-3 hari, berwarna merah dan hitam. Lochea sanguinolenta, keluar pada hari ke 3-7 hari, berwarna putih bercampur merah. Lochea serosa, keluar pada hari ke 7-14 hari, berwarna kekuningan. Lochea alba keluar setelah hari ke-14, berwarna putih (Manuaba,2010:201).

Intervensi :

- a. Lakukan pemeriksaan TTV, KU, laktasi, involusi, dan lochea
R/ Menilai status ibu dan untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah yang terjadi.
- b. Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya
R/ Menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap zat makanan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan, menyusui bayi setiap 2 jam sekali (Saifuddin, 2009:377).
- c. Jelaskan pada ibu mengenai senam nifas
R/ Latihan yang tepat untuk memulihkan/mengembalikan kondisi ibu seperti semula dan keadaan secara fisiologis maupun psikologis (Mochtar,2012:176)
- d. Beri konseling ibu tentang KB pascasalin
R/ Untuk menjarangkan anak (Mochtar,2012:89)
- e. Anjurkan ibu untuk mengimunitasikan bayinya.
R/ Untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan (Marmi,2012:395)

Kemungkinan masalah :

1) Masalah 1 : Gangguan eliminasi

Tujuan : Masalah eliminasi teratasi

Kriteria :

Ibu bisa BAK (retensio urin) dan BAB dengan lancar

Intervensi :

- a) Jelaskan tentang pentingnya BAK dan BAB sedini mungkin setelah melahirkan.

R/ibu mengetahui tentang pentingnya eliminasi pada masa nifas

- b) Anjurkan kepada ibu untuk banyak minum air putih minimal 8 gelas perhari atau 2 liter air putih serta makan sayur dan buah

R/ air putih berfungsi sebagai memperlancar eliminasi dan kinerja sistem urinaria

- c) Yakinkan pasien bahwa jongkok dan mengejan ketika BAB tidak akan menimbulkan kerusakan pada jahitan

R/ Menghilangkan rasa takut pada pasien untuk melakukan buang air.

- d) Anjurkan kepada ibu untuk tidak menahan BAK jika ada dorongan untuk BAK

R/ menahan BAK dapat memperparah retensi urine

2) Masalah 2 : Nyeri pada luka jahitan

Tujuan :

Setelah diberikan asuhan, rasa nyeri teratasi

Kriteria:

Rasa nyeri berkurang dan ibu dapat beraktivitas

Intervensi :

- a) Observasi luka jahitan perineum

R/ Untuk mengkaji jaitan perineum dan adanya infeksi

- b) Ajarkan kepada ibu untuk melakukan perawatan perineum yang benar

R/ ibu dapat melakukan perawatan perineum dengan benar, dan dapat mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.

- c) Beri analgesik oral (paracetamol 500mg tiap 4 jam atau bila perlu)

R/ meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan dapat berkurang (Marmi, 2010:171).

- 3) Masalah 3 : *after pain* atau kram perut

Tujuan : Masalah kram perut teratasi

Kriteria:

Rasa nyeri pada ibu dapat berkurang sehingga ibu dapat beraktivitas

Intervensi menurut Suherni (2009:122-123) :

- a) Anjurkan kepada ibu untuk mengosongkan kandung kemih jika terasa penuh agar tidak terasa nyeri.

R/Kandung kemih yang penuh mengakibatkan kontraksi uterus yang tidak optimal dan berdampak pada kram perut.

- b) Anjurkan ibu untuk tidur secara telungkup bantal dibawah perut.

R/ Posisi ini bertujuan untuk menjaga kontraksi tetap baik dan menghilangkan rasa nyeri.

- c) Jika perlu berikan analgesik (paracetamol, asam ,efenamat, kodein, atau asetaminofen)

R/ Mengurangi ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang.

4) Masalah 4 : Bendungan ASI

Tujuan :

Setelah diberi asuhan masalah bendungan ASI teratasi

Kriteria :

Payudara tidak bengkak, kulit payudara tidak mengkilat, tidak merah, dan payudara tidak nyeri, tidak terasa penuh, dan tidak keras

Intervensi :

- a) Anjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin 2-3 jam sekali

R/ Sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara

- b) Anjurkan ibu untuk menyusui dikedua payudaranya

R/ Menyusui disalah satu payudara dapat membuat payudara yang lain menjadi bengkak

c) Anjurkan ibu untuk mengkosongkan ASI dengan massase dan pompa.

R/pengosongan payudara secara manual dapat membantu megurangi pembengkakan payudara

d) Lakukan perawatan payudara pada pasca persalinan

R/ yang bertujuan agar otot-otot payudara tidak tegang dan tidak terjadi pembengkan

e) Gunakan bra yang kuat untuk menyangga dan tidak menekan payudara

R/Bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah pembengkan dan nyeri yang dialami.

4. Implementasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI NOMOR 938/Menkes/SK/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efesien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, *preventif*, *kuratif*, dan *rehabilitatif*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Dengan kriteria:

- a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
- b. Setiap tindakan asuhan kebidanan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*inform consent*)

- c. Melaksanakan tindakan asuhan kebidanan berdasarkan evidence based
- d. Melibatkan klien/pasien
- e. Menjaga privacy klien
- f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
- g. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
- h. Menggunakan sumberdaya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
- i. Melakukan tindakan sesuai standar
- j. Mencatat semua tindakan yang dilakukan.

5. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria:

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

6. Dokumentasi

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

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia
- b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
 - S : adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa
 - O : adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan
 - A : adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
 - P : adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan. Kolaborasi, evaluasi/ *follow up* dan rujukan.

2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir

1. Pengkajian data

a. Data Subyektif

- 1) Identitas bayi dan orang tua

Identitas sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepas sampai penyerahan bayi (Manuaba, 2012:205)

2) Keluhan utama

Keluhan utama pada bayi baru lahir adalah terjadi seborrhea, milliriasis, muntah dan, gumoh, *oral trush* (moniliasis/sariawan), *diaper rash* (Marmi, 2012:229)

3) Riwayat Antenatal

Bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu kelahiran. Jumlah kunjungan pranatal dicatat bersama ssetiapa masalah pranatal yang ada. Semua hasil labolatorium dan pengujian pranatal termasuk laporan ultrasonografi, harus ditinjau. Kondisi pranatal dan kondisi intrapartum yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan bayi baru lahir (Varney et al, 2007:916)

4) Riwayat natal

Usia gestasi pada waktu kelahiran, lama persalinan, presentasi janin, dan rute kelahiran harus ditinjau ulang pecah ketuban lama, demam pada ibu, dan cairan amnion yang berbau adalah faktor resiko signifikan untuk atau prediktor infeksi neonatal. Cairan amnion berwarna mekonium meningkatkan resiko penyakit pernafasan. Medikasi selama persalinan seperti analgesik, anestetik, magnesium sulfat, dan glukosa dapat mempengaruhi perilaku dan metabolisme bayi baru lahir. Abnormalitas plasenta dan kedua pembuluh darah tali pusat

dikaitkan dengan peningkatan insiden anomalia neonatus (Walsh, 2012:368).

Menurut Prawirohadjo (2009:691), klasifikasi pada bayi lewat bulan adalah:

- 1) Stadium I yaitu kulit menunjukkan kehilangan verniks kaseosa dan terjadi maserasi seperti kulit kering, rapuh, dan mudah mengelupas.
- 2) Stadium II yaitu seperti stadium I dan disertai pewarnaan mekonium (kehijauan) dikulit.
- 3) Stadium III seperti stadium I dan disertai dengan pewarnaan kekuningan pada kuku, kulit, dan tali pusat.
- 5) Riwayat post natal
Meninjau kecacatan kelahiran bayi tentang tanda-tanda vital dan perilaku bayi baru lahir. Perilaku positif antara lain menghisap, kemampuan untuk makan, kesadaran, berkemih, dan mengeluarkan mekonium. Perilaku mengkhawatirkan meliputi gelisah, latergi, aktivitas menghisap yang buruk atau tidak ada, ada tangisan yang abnormal (Varney et al, 2007:917)
- 6) Pola kebiasaan sehari-hari
 - a) Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua energi berasal dari

pembakaran lemak setelah mendapatkan susu kurang lebih hari ke-6 (Marmi, 2012:313)

Bayi menyusu setiap 1-8 jam. Menyusu biasanya jarang pada hari pasca partum. Frekuensi meningkat dengan cepat antara hari ke-3 sampai dengan hari ke-7 setelah kelahiran (Walsh, 2012:375)

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

b) Eliminasi

Pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa (Marmi, 2012:314). Feses pertama ini berwarna hijau kehitaman, lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel. Sejak hari ketiga sampai hari kelima kelahiran, feses mengalami tahap transisi dan menjadi warna kuning kecoklatan (Fraser dan Coper, 2009:711). BAK bayi normalnya mengalami berkemih 8 sampai 10 kali atau popok kotor per hari (Walsh, 20012:378)

c) Istiraha dan tidur

Bayi baru lahir tidur 16-18 jam sehari paling sering 45 menit sampai 2 jam dalam sekali tidur. Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit sehari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam sehari (Walsh, 2012:378)

d) Personal hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabu dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi yang sangat rentan untuk mengering. Pen cucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urine dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah (Walsh, 2012:378). Perawatan tali pusat ialah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. Cuci tangan dengan sabun sebelum merawat tali pusat (Saifuddin, 2014:370)

e) Aktivitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki, dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan

gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut (Saifuddin, 2014:137)

Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam perhari, tergantung pada tempramen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidaknyaman karena popok basah, suhu ekstrim dan stimulasi berlebihan (Walsh, 2012:378)

7) Psikososial

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

b. Data Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

1) Keadaan umum

Composmentis (kesadaran penuh dan respon cukup terhadap stimulasi yang diberikan), Apatis (acuh tak acuh terhadap sekitar), somnolen (kesadaran lebih rendah, anak tampak mengantuk, slalu ingin tidur, tidak responsif terhadap rangsangan ringan dan masih memberi respon terhadap

rangsangan yang kuat), sopor (anak tidak memberikan respon ringan maupun rangsangan yang kuat), koma (anak tidak dapat bereaksi terhadap stimulus apapun), delirium (tingkat kesadaran paling bawah) (Musliatun, 2010:274).

Bayi yang sehat tampak kemerah-merahan, aktif tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$ (Winkjosastro, 2007:256) kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan (Saifuddin, 2009:137)

2) Tanda-tanda vital

a) Suhu

Suhu tubuh bayi diukur melalui dubur atau ketiak (Saifuddin, 2014:138). Suhu bayi baru lahir dapat dikaji diberbagai tempat dengan jenis termometer yang berbeda-beda. Dianjurkan bahwa suhu rektal atau aksila tetap dalam rentang $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$ dan suhu kulit abdomen dalam $36-36,5^{\circ}\text{C}$ (Varney, 2008:882)

b) Pernafasan

Pola pernafasan bervariasi sesuai awitan pernafasan. Pernafasan berfluktuasi dan tidak stabil selama periode waktu tertentu. Pernafasan pada bayi baru lahir dapat terdengar ribut selama periode transisi. Frekuensi rata-rata 40 kali per menit. Rentang 30-60 kali per menit.

Pernafasan merupakan pernafasan diafragma dan abdomen (Varney et al, 2007:880)

Pada pernapasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi dan ekspirasi. Gerak pernafasan 30-50 kali per menit (Saifuddin, 2014:138)

c) APGAR SCORE

Tabel 2.15
Penilaian APGAR SCORE

Gejala	0	1	2
Denyut jantung	Tidak ada	<100 denyut/menit	>100 denyut/menit
Pernafasan	Tidak ada	Lemah, menangis lemah	Baik, menangis kuat
Otot	Lemas	Reflek lemah	Gerak aktif, Refleks baik
Reaksi terhadap rangsangan	Tidak ada	Meringis	Menangis
Warna kulit	Biru/ pucat	Badan merah/ ekstremitas pucat	Seluruhnya merah

Sumber : (Manuaba, 2010:205).

d) Nadi

Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180 /menit yang kemudian turun sampai 140/menit-120/menit pada waktu bayi berumur 30 menit

(Winkjosastro,2007:255).Frekuensi jantung 120-160x/menit ketika istirahat (Walsh, 2012:369). Denyut jantung bayi baru lahir normal 100-160 kali per menit (Muslihatun, 2010:31). Bila >160 kali per menit (takhikardia) merupakan tanda infeksi, hipovolemia, hipertermia. Bila <100 kali per menit (brakikardia) merupakan tanda bayi cukup bulan sedang tidur atau kekurangan O₂ (Kumalasari, 2015:218)

3) Antromometri

a) Berat badan

Berat badan 3 hari pertama terjadi penurunan, hal ini normal karena pengeluaran air kencing dan mekonium. Pada hari ke-4, berat badan naik (Winkjosastro, 2007:256). Berat badan sebaiknya tiap hari dipantau. Penurunan berat badan lebih dari 5% dari berat badan waktu lahir, menunjukkan kekurangan cairan (Saifuddin, 2014:138).

b) Panjang badan

Panjang bayi baru lahir paling akurat dikaji jika kepala bayi baru lahir terlentang rata terhadap permukaan yang keras. Kedua tungkai diluruskan dan kertas dimeja periksa diberi tanda. Setelah bayi baru lahir

dipindahkan, bidan kemudian dapat mengukur panjang bayi dalam satuan sentimeter (Varney et al, 2008:921).

c) Ukuran kepala menurut Winkjosastro (2007:119) meliputi :

(1) Diameter suboksipito-bregmantikus

: 9,5-10 cm

(2) Diameter oksiput-frontalis

: 11-12 cm

(3) Diameter oksipito metalis

: 13,5-15 cm

(4) Diameter submento-bregmantika

: 9,5-10 cm

(5) Diameter biparientali

: 9,5-10 cm

(6) Diameter bitemporalis

: 8-10 cm

(7) Sirkumferensia suboksipito-bregmantikus

: 33-34 cm

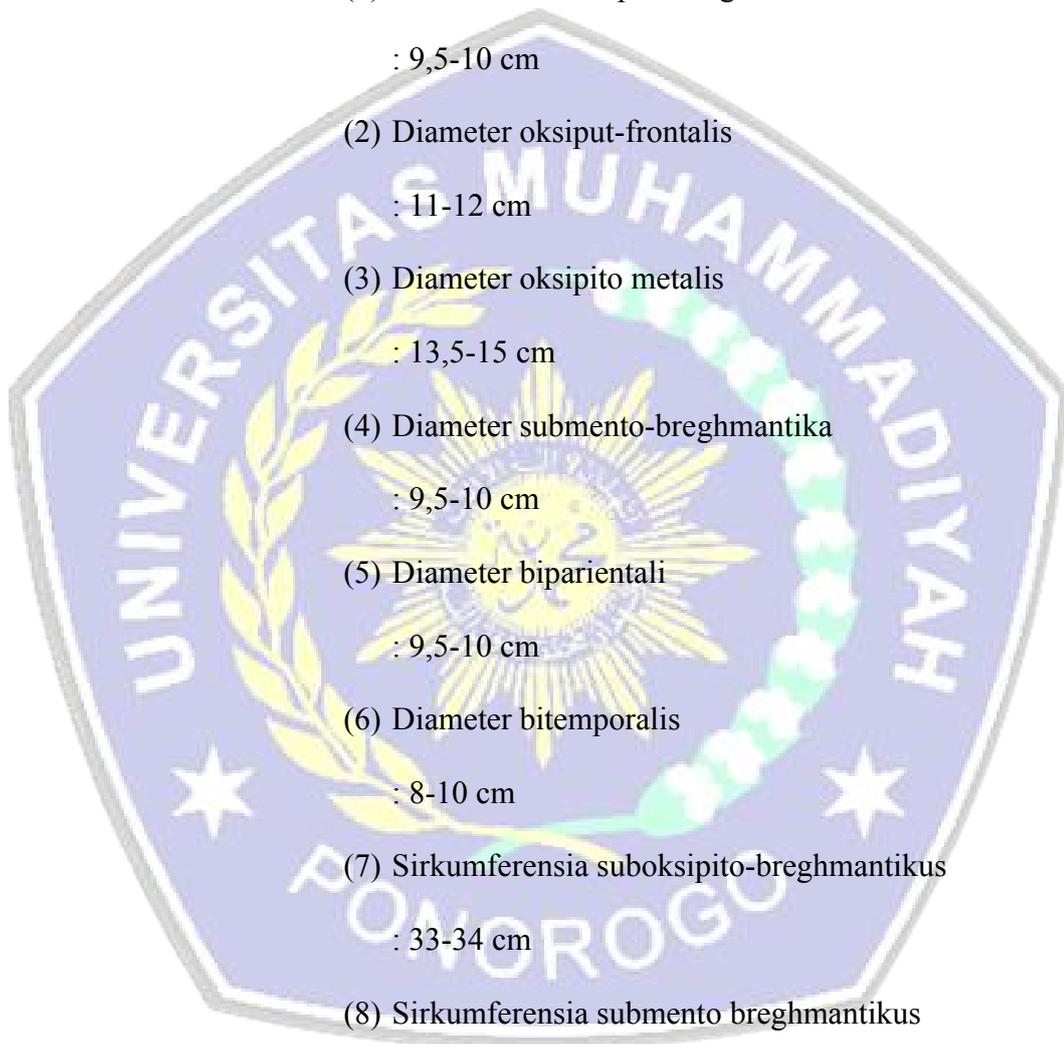
(8) Sirkumferensia submento bregmantikus

: 32-33 cm

(9) Sirkumferensia oksipito frontalis

: 33-35cm

(10) Sirkumferensia mento-oksipito



: 34-35,5 cm

d) Lingkar dada : 33-38 cm

e) Lingkar lengan : ± 11 cm

b. Pemeriksaan Fisik

1) Kepala

Kedua fontale dapat diraba dengan mudah, tidak menonjol dan tidak merenggang, adanya *caput suksedanum* sebagai temuan umum adanya *sefalohematoma* (Walsh, 2012:369).

Raba garis sepanjang sutura dan fontale untuk mengetahui ukuran dan tampilannya normal. Sutura yang berjarak lebar mengidentifikasi bayi preterm, moulding yang buruk atau hidrosefalus. Pemeriksaan adanya trauma kelahiran misalnya : *caput suksedaneum* (ciri-cirinya, pada perabaan teraba lunak benjolan lunak, berbatas tidak tegas, tidak berfluktasi tetapi bersifat edema tekan), *sefal hematoma* (ciri-cirinya, pada perabaan teraba adanya fluktasi karena timbunan darah, biasanya tampak didaerah tulang pariental, sifatnya perlahan-lahan tumbuh benjolan biasanya baru tampak jelas setelah bayi lahir dan membesar sampai hari kedua dan ketiga), perdarahan sub aponeoritik atau fraktur tulang tengkorak. Perhatikan kelainan seperti *anensefali*, *mikrosefali*, *kraniotabes* dan sebagiannya (Marmi,2012:56)

Ubun ubun besar, ubun ubun kecil, sutura, moulase, caput succedaneum, cephal hematoma, hidrosefalus, rambut meliputi : jumlah, warna dan adanya lanugo pada bahu dan punggung (Muslihatun, 2010:33)

Bayi yang mengalami seborrea akan mendapat ruam tebal berkeropeng berwarna kuning dan terdapat ketombe dikepala (Marmi, 2012: 221-223)

2) Mata

Tidak terdapat edema pada kelopak mata. Jarak antara kedua mata yang normal adalah 3 cm (Fraser dan Cooper, 2009:714). Pupil harus sama dan reaktif terhadap cahaya, terjadirefleks merah/orange menunjukkan kornea dan lensa normal (Walsh, 2007:370). Ukuran, bentuk (strabismus, pelebaran epicanthus) dan kesimetrisan, kekeruhan kornea, katarak congenital, trama, keluar nanah, bengkak pada kelopak mata, (Muslihatun,2010:33)

3) Telinga

Periksa dan pastikan jumlah, bentuk dan posisinya. Pada bayi cukup bulan, tulang rawan sudah matang. Daun telinga harus berbentuk sempurna dengan lengkungan yang jelas dibagian atas. Perhatikan letak daun telinga. Daun telinga yang letaknya rendah (low set ears) terdapat pada bayi yang mengalami sindrom tertentu (Piere-Robin) (Kumalasari,

2015:219). Letak sejajar dengan mata (Saifuddin, 2012:N-33). Tulang kartilago telinga telah sempurna dibentuk (Fraser dan Cooper, 2009:709).

4) Hidung

Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm pemeriksaan adanya pernafasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernafasan (Marmi, 2012:57)

5) Mulut

Saliva tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna (Saifuddin, 2010:137). Membran mukosa mulut lembab dan berwarna merah muda, refleks menghisap dan menelan terkoordinasi (Fraser dan Cooper, 2009:711). Tidak ada sumbing (Skizis), reflek menghisap kuat, saliva berlebihan dikaitkan dengan *vistula* atau atreksia trakeosofagus (Walsh, 2012:370). Terdapat adanya stomatitis pada mulut merupakan tanda adanya *oral trush* (Marmi, 2012:211)

6) Leher

Pemeriksaan adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhialis. Adanya lipatan kulit

yang berlebihan di bagian belakang leher menunjukan adanya kemungkinan trisomi 21 (Marmi, 2012:58)

7) Dada

Pemeriksaan kesimetrisan gerakan dada saat bernafas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks, paresis diafragma atau hernia diafragma pernafasan yang normal dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan. Tarikan sternum atau interkostal pada saat bernafas perlu diperhatikan. Pada bayi cukup bulan, puting susus sudah terbentuk baik dan simetris (Marmi, 2012:58) pernafasan diafragma, dada, perut naik dan turun. (Fraser et al, 2009:710)

8) Abdomen

Bentuk, penonjolan sekitar tali pusat saat menangis, perdarahan tali pusat, lembek saat menangis (Saifuddin, 2012:33-34). Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan (Marmi, 2012:58)

9) Punggung

Melihat adanya benjolan/tumor dan tulang punggung dengan kekakuan yang kurang sempurna (Saifuddin, 2014:137). Punggung bayi harus diinspeksi dan dipalpasi dengan posisi bayi telungkup. Jika ada pembengkakan, lesung, atau

rambut yang melekat dapat menandakan adanya cacat tulang belakang tersamar (Fraser et al, 2009:715)

Bokong harus diregangkan untuk mengkaji lesung dan sinus yang dapat mengidentifikasi anomali medula spinalis (Walsh, 2007:373). Pada bokong bayi yang mengalami diaper rash akan timbul bintil-bintik merah (Marmi, 2012:215)

10) Genetalia

a) Laki-laki

Pada bayi laki-laki panjang penis 3-4 cm dan lebarnya 1-1,3cm. Periksa lubang uretra. Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis. Pemeriksaan adanya hipospadiadan epispadia (Marmi, 2012:59)

b) Perempuan

Terkadang tampak adanya secret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormone ibu.

Pada bayi cukup bulan, labia mayora menutupi labia minora. Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina (Marmi, 2012:59)

11) Anus

Anus berlubang (Saifuddin, 2007:34). Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya (Marmi,2012:59)

12) Ekstremitas

Kedua lengan sama panjang, kedua lengan harus bebas bergerak jumlah jari lengkap, tidak ada polidaktili dan sindaktili (Rukiyah, 2010:57)

13) Kulit dan kuku

bayi matur memiliki garis kuli didaerah telapak tangan dan telapak kaki. Kuku telah sempurna terbentuk dan melekat diujung jari, terkadang sedikit lebih panjang daripada ujung jari (Fraser et al, 2009:709

dalam keadaan normal, kulit kemerah-merahan kadang-kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan. Pengelupasan yang berlebihan harus dipikirkan kemungkinan adanya kelainan. Waspada timbulnya kulit dengan warna yang tidak rata (*cutis marmorata*), telapak tangan telapak kaki atau kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat atau kuning. Bercak-bercak besar biru yang sering terdapat di sekitar bokong(MongolianSpot) akan menghilang pada umur 1-5 tahun (saifuddin, 2010:137)kulit bayi baru lahir yang normal tipis , halus, 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 tergantung pada asal suku,

bervariasi mulai dari merah muda dan putih hingga coklat kekuningan atau coklat tua (Fraser et al, 2009:709)

c. Pemeriksaan neorologis

Merupakan indikator integritas sistem syaraf, baik respon yang menurun (hipo) maupun yang mningkat (hiper) merupakan penyebab masalah (Varney et al, 2007:923).

13) Reflek berkedip (Glabela Reflex)

Pada saat pangkal hidung diketuk secara pelan bayi akan mengedip mata, pada empat sampai lima ketukan pertama (Marmi, 2012:70)

14) Reflek menghisap (Sucking Reflex)

Benda menyentuh bibir disertai reflek menelan tekanan pada mulut bayi dan langit bagian dalam gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat dilihat pada bayi yang mnyusu (Marmi, 2012:70)

15) Reflek Mencari (Rotting Reflex)

Ketika pipi atau sudut mulut bayi disentuh bayi akan menoleh kearah stimulus dan memebuka mulutnya (Marmi, 2012:70)

16) Reflek menelan (Swallowing Reflex)

Kumpulan asi didalam mulut bayi menesak otot-otot daerah mulut dan faring untuk mengaktifkan reflek menelan dan mendorong ASI kwdalam lambung bayi (Winkjosastro, 2008:134)

17) Reflek menoleh (tonic neck reflex)

Ekstremitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila arah bayi ditolehkan pada satu sisi selagi istirahat. Respon ini dapat tidak ada atau lengkap segera setelah lahir (Marmi, 2012:72)

18) Reflek Terkejut (Moro Reflex)

Ketika bayi kaget akan menunjukkan respon berupa memeluk dengan abduksi dan ekstensi dari ekstremitas atas yang cepat dan diikuti dengan aduksi yang lebih lambat yang kemudian timbul dengan abduksi. Reflek ini juga berfungsi untuk menguji kondisi umum bayi, serta kenormalan suayaf pusatnya (Marmi, 2012:71)

19) Reflek Menggenggam (Grapping Reflex)

Ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat (Marmi,2012:71)

20) Refleks Baby Sky

Goreskan telapak kaki dimulai dari tumit gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakan jari sepanjang telapak kaki ketika telapak kaki bayi tergores bayi akan menunjukkan respon semua jari kaki menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifeksi (Marmi 2012:71)

21) Reflek Galanfs

Cara menukurnya dengan gores punggung bayi sepanjang sisi tulang belakang dari bahu samapai bokong pada kondisi normal. Punggung bergerak ke arah samping bila distimulasi dijumpai pada usia 4-8 minggu pertama. Kondisi patologis bila tidak adanya refleks menunjukan lesi medulas spinalis transfersal (Hidayat, 2008:70)

22) Refleks ekstruksi

Catra mengukurnya dengan sentuh lidah dengan spatel lidah pada kondisi normal, lidah ekstensi ke arah luar bila disentuh dengan jari atau puting (Marmi, 2012:72)

23) Reflek melangkah (Stapping Reflex)

Bayi akan menggerak-gerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedannngkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras (Marmi, 2012 72)

24) Reflek merangkak (crawling reflex)

Bayi akan berusaha merangkak ke depan dengan kedua tangan dan kaki bila di letak kan telungkup pada permukaan datar (Marmi, 2007: 72)

2. Diagnosis Kebidanan

Diagnose : NCB SMK, Usia... hari (KEPMENKES No. 938/Menkes/SK/VII/2007)

3. Intervensi/perencanaan

Diagnose :

Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki atau perempuan,keadaan umum baik. Kemungkinan masalah hipotermi, hipoglikemi, ikterus, seborrhea, milliarisis, muntah dan gumoh, oral trush, diaper rash,(Marmi, 2012:207-229)

Tujuan :

Bayi baru lahir dapat melewati masa transisi dari interuterin ke ekstrauterin tanpa terjadi komplikasi.

Kreteria :

Keadaan umum : Baik

TTV Normal

Suhu : 36,5-37,5°C

Nadi :120-160 x/menit

RR : 40-60 x/menit

Bayi menyusu kuat

Bayi menangis kuat dan aktif

Intervensi

- a. Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering.

R/ tali pusat yang basah atau lembab dapat menyebabkan infeksi (Winkjosastro, 2008:130).

- b. Ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orang tua.

R/ Tanda-tanda bahaya bayi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

- c. Beri ASI setiap 2-3 jam

R/Kapasitas lambung bayi terbatas, kurang dari 30cc untuk bayi baru lahir cukup bulan. ASI diberikan 2-3 jam sebagai waktu untuk mengkosongkan lambung (Varney et al, 2007:885)

- d. Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan, kering

R/ Suhu bayi turun dengan cepat segera setelah lahir. Oleh karena itu, bayi harus dirawat ditempat tidur bayi yang hangat. Selama beberapa hari pertama kehidupan, suhu bayi tidak stabil berespon terhadap rangsangan ringan dengan fluktuasi yang cukup besar di atas atau dibawah suhu normal. Bayi harus segera dikeringkan untuk mengurangi pengeluaran panas akibat evaporasi.

- e. Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusu kurang baik.

R/Suhu normal bayi 36,5-37,5°C. Suhu yang tinggi menandakan adanya infeksi (Winkjosastro, 2008:130).

Menurut Winkjosastro (2008:129) membahakan intervensi untuk neonatus yaitu :

- f. Mandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir

R/ hipotermi mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah.

1) Potensi Masalah

a) Masalah I : Hipotermia

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

Kriteria : Suhu bayi 36,5-37,5°C (Marmi, 2012:301)

Tidak ada tanda-tanda hipotermi, seperti bayi tidak mau menetek, tampak lesu, tubuh terasa dingin, denyut jantung bayi menurun, kulit tubuh bayi mengeras/sklerema (Saifuddin, 2007:373).

Intervensi menurut Marmi (2012:302) adalah:

(1) Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksila atau kulit.

R/Penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh, yang dapat menjadi indikator awal stres dingin.

(2) Cegah kehilangan panas tubuh bayi, misalnya dengan mengeringkan bayi dan mengganti segera popok yang basah.

R/Bayi dapat kehilangan panas melalui evaporasi.

(3) Kaji tanda-tanda hipotermi.

R/Selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kematian.

b) Masalah II : Hipoglikemi

Tujuan : Hipoglikemi tidak terjadi

Kriteria :Kadar glukosa dalam darah ≥ 45 mg/dL

Tidak ada tanda-tanda hipoglikemi yaitu kejang, letargi, pernapasan tidak teratur, apnea, sianosis, pucat, menolak untuk minum ASI, tangis lemah dan hipotermi (Marmi, 2012:306).

Intervensi menurut (Marmi, 2012:306) adalah:

(1) Kaji bayi baru lahir dan catat setiap faktor resiko.

R/Bayi preterm, bayi ibu dari diabetes, bayi baru lahir dengan asfiksia, stres karena kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk berisiko mengalami hipoglikemi.

(2) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemi.

R/Tanda-tanda hipoglikemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

(3) Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10 % bagi bayi yang berisiko hipoglikemia.

R/Nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglikemia.

(4) Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan strip-kimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1–2 jam setelah kelahiran.

R/Bayi yang berisiko harus dikaji tidak lebih dari 2 jam setelah kelahiran, serta saat sebelum pemberian ASI,

apabila terdapat tanda ketidaknormalan dan setiap 2–4 jam hingga stabil.

- (5) Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat, dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal.

R/Tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energi bayi.

c) Masalah III: ikterik

Tujuan : Ikterik tidak terjadi

Kriteria :

- (1) Kadar bilirubin serum tidak kurang dari 12,5 mg/dL
- (2) Tidak ada tanda-tanda ikterus, seperti warna kekuning-kuningan pada kulit, mukosa, sklera, dan urine (Marmi 2012:279).

Intervensi menurut Marmi (2012:284) antara lain:

- (1) Jemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit.

R/ Menjemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit akan mengubah senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah diekskresikan.

- (2) Mengkaji faktor-faktor resiko.

R/Riwayat prenatal tentang imunisasi Rh, inkompatibilitas ABO, penggunaan aspirin pada ibu, sulfonamida, atau obat-obatan antimikroba, dan cairan amnion berwarna kuning (indikasi penyakit hemolitik tertentu) merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat.

(3) Mengkaji tanda dan gejala klinis ikterik.

R/Pola penerimaan ASI yang buruk, letargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya refleks moro merupakan tanda-tanda awal ensepalopati bilirubin (kern ikterus).

(4) Berikan ASI sesegera mungkin, dan lanjutkan setiap 2-4 jam.

R/Mekonium memiliki kandungan bilirubin yang tinggi dan penundaan keluarnya mekonium meningkatkan reabsorpsi bilirubin sebagai bagian dari pirau enterohepatik. Jika kebutuhan nutrisi terpenuhi, akan memudahkan keluarnya mekonium (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:943).

d) Masalah IV : Seborrhea

Tujuan : Tidak terjadi seborrhea

Kreteria :

- (1) Tidak menimbulkan ruam tebal berkerompeng berwarna kuning dikulit kepala
- (2) Kulit kepala bersih dan tidak berketombe

Intervensi menurut Marmi (2012:221-223) antara lain :

- (1) Cuci kulit kepala bayi menggunakan shampo bayi yang lembut sebanyak 2-3 kali seminggu. Kulit belum bekerja secara sempurna.

R/Shampo bayi harus lembut karena fungsi kelenjar

- (2) Oleskan krim *hidrokortisone*.

R/Krim *hidrokortisone* biasanya mengandung asam salisilat yang berfungsi untuk membasmi ketombe.

- (3) Untuk mengatasi ketombe yang disebabkan jamur, cuci rambut bayi setiap hari dan dipijat kulit kepala dengan shampo secara perlahan.

R/Pencucian rambut dan pemijatan kulit kepala dapat menghilangkan jamur lewat serpihan kulit yang lepas

- (4) Periksa ke dokter, bila keadaannya semakin memburuk.

R/ penatalaksanaan lebih lanjut

e) Masalah V : Milliriasis

Tujuan : Miliariasis teratasi.

Kriteria : Tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi cairan diseluruh tubuh.

Intervensi menurut (Marmi, 2012:229) :

(1) Mandikan bayi secara teratur 2 kali sehari.

R/Mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat yang berlebihan

(2) Bila berkeringat, seka tubuhnya sesering mungkin dengan handuk, lap kering, atau washlap basah.

R/Meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat

(3) Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa mengeringkan terlebih dahulu.

R/Pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat memperparah miliariasis.

(4) Kenakan pakaian katun untuk bayi.

R/Bahan katun dapat menyerap keringat.

(5) Bawa periksa ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal, luka/lecet, rewel dan sulit tidur.

R/Penatalaksanaan lebih lanjut

f) Masalah VI : Muntah dan Gumoh

Tujuan : Bayi tidak muntah dan gumoh setelah minum.

Kriteria : a) Tidak muntah dan gumoh setelah minum

b) Bayi tidak rewel

Intervensi menurut Marmi (2012:207-208) :

(1) Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel atau menangis.

R/Mengurangi masuknya udara yang berlebihan

(2) Sendawakan bayi selesai menyusui.

R/Bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui.

4. Implementasi

Sesuai dengan masalah dan kebutuhan maka dilakukan implementasi dari rencana tindakan yang telah disusun implementasi selalu diupayakan dalam waktu singkat, efektif, hemat dan berkualitas (Depkes, 2008)

5. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standart Asuhan Kebidanan, bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat efektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kreteria :

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

6. Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomer 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standart Asuhan Kebidanan, bidan

melakukan pencatatan secara lengkap , akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/ kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kreteria :

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melakukan asuhan pada formulir yang tersedia. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.
- b. S adalah data Subjektif, mencatat hasil anamnese
- c. O adalah data Objektif, mencatat hasil pemeriksaan
- d. A adalah analisis, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
- e. P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan , kolaborasi, evaluasi dan rujukan.

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

2.2.5 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

1. Pengkajian Data

a. Data subjektif

1) Identitas

a) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan pelayanan (Ambarwati,2010:131)

b) Umur

Usia reproduksi, dapat digunakan oleh perempuan usia >35 Tahun sampai menopause (Saifuddin, 2009:MK-41).

Wanita usia <20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk menjarangkan kehamilan dan usia >35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifuddin,2010:9)

c) Agama

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

d) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat semakin efektif menggunakan metode KB yang dianjurkan yaitu kontak, suntikan KB, susuk KB atau AKBK (Alat Kontrasepsi Bawah Kulit), AKDR (Alat Kontrasepsi Bawah Rahim) (Manuaba,2012:592).

e) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak diduga (Mochtar, 2011:194).

f) Alamat

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

2) Keluhan utama

Keluhan utama pada ibu pasca persalinan menurut Saifuddin (2010:9) adalah :

- a) Usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan.
- b) Usia >35 tahun tidak ingin hamil lagi.

3) Riwayat kesehatan

- a) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke (Affandi, 2012:MK-45).

- b) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin (Affandi, 2012:U-52).

- c) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (*sickle cell*) (Affandi, 2012:MK-66).

4) Riwayat kebidanan

a) Haid

Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalinan insersi implan dapat dilakukan setiap saat.

Bila menyusui penuh, klien tidak perlu memakai metode kontrasepsi lain. Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, insersi dapat dilakukan setiap saat tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja (Affandi, 2012:MK-68). Pada metode KB MAL, ketika ibu mulai haid lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan metode KB lainnya (Saifuddin, 2010:54).

Wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efek estrogen yang rendah (Manuaba, 2010:598). Meskipun beberapa KB mengandung resiko, menggunakan kontrasepsi lebih aman, terutama apabila ibu sudah haid lagi (Saifuddin, 2010:129).

5) Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

6) Pada klien pasca persalinan yang tidak menyusui, masa infertilitasnya rata-rata berlangsung sekitar 6 minggu.

Sedangkan pada klien yang menyusui, masa infertilitasnya

lebih lama. Namun kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan (Affandi.2012:U-52). Riwayat kehamilan ektopik merupakan kontraindikasi penggunaan kontrasepsi mini pil (Affandi,2012:MK-52). Pasien yang tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septik tidak boleh menggunakan kontrasepsi IUD (Affandi:MK-83).

7) Riwayat KB

Ibu perlu menggunakan kontrasepsi lain jika ibu sudah mendapatkan haid lagi, tidak menyusui bayinya secara eksklusif, bayi sudah berumur 6 bulan. Suami atau pasangan beresiko terpapar infeksi menular seksual (IMS) termasuk AIDS harus memakai kondom ketika MAL (Saifuddin,2010:MK-4). Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada akseptor, pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implant, IUD) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2013:168). Pasien yang pernah mengalami problem ekspulsi IUD, ketidakmampuan mengetahui tanda-tanda bahaya dari IUD, ketidakmampuan untuk memeriksa sendiri ekor IUD merupakan kontra indikasi untuk KB IUD (Hartanto, 2013:209).

8) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

DMPA merangsang pusat pengendali nafsu makan di hipotalamus, yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak dari biasanya (Hartanto, 2013:171).

b) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot (Hartanto, 2013:124).

c) Kehidupan seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido (Saifuddin, 2010:MK-42).

d) Istirahat/tidur

Gangguan tidur yang dialami ibu akseptor KB suntik sering disebabkan karena efek samping dari KB suntik tersebut (mual, pusing, sakit kepala) (Saifuddin, 2010:35).

e) Riwayat Ketergantungan

Merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah risiko terjadinya miokard infark, stroke dan keadaan trombo-embolik (Hartanto, 2013:123).

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan umum

Menurut Sulistyawati (2009:121-122) mengamati keadaan umum pasien secara menyeluruh. Hasil pengamatan dilaporkan dengan kriteria :

(1) Baik

pasien di pasukan dalam kriteria baik jika memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain

(2) Lemah

Pasien dimasukkan dalam kriteria lemah jika kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain.

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang pasien dapat dilakukan dengan pengkajian derajat kesadaran dari keadaan *composmentis* (kesadaran maksimal) sampai coma (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati 2010:122)

c) Tanda-tanda Vital

Suntikan progestin dan implan dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah $< 180/110$ mmHg (Affandi, 2012:MK-43).

Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Fraser et al, 2009:657)

d) Pemeriksaan Antropometri

(1) Berat Badan

Umumnya pertambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1 kg sampai 5 kg dalam tahun pertama. Penyebab pertambahan berat badan tidak jelas. Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh (Hartanto, 2013:171). Permasalahan berat badan merupakan efek samping penggunaan kontrasepsi hormonal, terjadi peningkatan atau penurunan berat badan (Affandi, 2012:MK-42, MK-50).

2) Pemeriksaan Fisik

a) Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Affandi, 2012:MK-50).

b) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin (Affandi, 2012:MK-52). Akibat terjadi

perdarahan hebat memungkinkan terjadinya anemia (Affandi, 2012:MK-75).

c) Payudara

Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma seperti karsinoma payudara atau serviks, namun progesteron termasuk DMPA, digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2013:164). Keterbatasan pada penggunaan KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara (Saifuddin, 2010:55). Terdapat benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implant (Affandi, 2012:MK-55).

d) Abdomen

Peringatan khusus bagi pengguna implant bila disertai nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010:MK-58).

e) Genitalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenore (Hartanto, 2013:170). Efek samping yang umum terjadi dari penggunaan AKDR diantaranya mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (*spotting*) antar

menstruasi, dan komplikasi lain dapat terjadi perdarahan hebat pada waktu haid (Affandi, 2012:MK-75).

f) Ekstremitas

Pada pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan (Affandi, 2012:MK-58).

2. Diagnosa Kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Dengan kriteria :

- a. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- b. Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien
- c. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Diagnosa : P_{APIAH} usia 15-49 tahun, anak terkecil usia tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik, dengan kemungkinan masalah mual, sakit kepala, *amenorhea*, perdarahan/bercak, nyeri perut bagian bawah, perdarahan pervaginam. Prognosa baik (Saifuddin, 2010:MK-76).

3. Intervensi/ Perencanaan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan. Dengan kriteria :

- a. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif
- b. Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga
- c. Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga
- d. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien
- e. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumberdaya serta fasilitas yang ada.

Diagnosa : P_{APIAH} usia 15-49 tahun, anak terkecil usia tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik. Prognosa baik.

Tujuan:

- a. Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif.

- b. Pengetahuan ibu tentang macam-macam, cara kerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah.
- c. Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya.

Kriteria:

- a. Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas.
- b. Ibu memilih salah satu KB yang sesuai.
- c. Ibu terlihat tenang.

Intervensi menurut Affandi (2012:U3) :

- a. Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).

R/Dengan mengetahui informasi tentang diri klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien.

- b. Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontraindikasi.

R/Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang dia inginkan

- c. Bantulah klien menentukan pilihannya.

R/Klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

- d. Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.

R/Penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien.

- e. Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.

R/Penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

- f. Pesankan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang.

R/Kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan alat kontrasepsi.

Potensi Masalah :

- a. Masalah 1 : *Ammenore*

Tujuan :

Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria : Ibu bisa beradaptasi dengan keadaanya

Intervensi menurut Saifuddin (2010:MK-35) :

- 1) Kaji pengetahuan pasien tentang *amenorhea*

R/Mengetahui tingkat pengetahuan pasien

- 2) Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul di dalam rahim

R/Ibu dapat merasa tenang dengan keadaan kondisinya

- 3) Bila terjadi kehamilan hentikan penggunaan KB, bila kehamilan ektopik segera rujuk.

R/Penggunaan KB pada kehamilan dapat mempengaruhi kehamilan dan kehamilan ektopik lebih besar pada pengguna KB.

b. Masalah 2 : Pusing

Tujuan :

Setelah diberika asuhan, pusing dapat teratasi dan ibu dapat beradaptasi dengan keadaan

Kreteria :

Tidak merasa pusing dan mengerti efek samping dari KB hormonal

Intervensi :

- 1) Kaji keluhan pusing pasien

R/Membantu menegakkan diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya

- 2) Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing hanya sementara

R/Akseptor akan mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal

- 3) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

R/Teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif mengurangi nyeri.

c. Masalah 3 : Perdarahan Bercak/*spotting*

Tujuan :

Setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya

Kriteria :

Keluhan ibu terhadap masalah bercak/*spotting* berkurang

Intervensi menurut Affandi (2012:MK-49) adalah:

- a) Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah dan biasanya tidak memerlukan pengobatan.

R/Klien mampu mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek menggunakan KB hormonal adalah terjadinya perdarahan bercak/*spotting*.

- b) Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya

d. Masalah 4 : Perdarahan pervaginam yang hebat

Tujuan :

Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi penggunaan KB

Kriteria :

Perdarahan berkurang dan ibu tidak khawatir dengan kondisinya.

Intervensi menurut Affandi (2012:MK-79) :

1) Lepasakan AKDR jika klien menghendaki

R/Perdarahan yang banyak merupakan komplikasi dari penggunaan AKDR.

2) Berikan terapi ibuprofen (800mg, 3 kali sehari selama 1 minggu) untuk mengurangi perdarahan dan berikan tablet besi (1 tablet setiap hari selama 1-3 bulan).

R/Terapi ibuprofen dapat membantu mengurangi nyeri dan karena perdarahan yang banyak maka diperlukan tablet tambah darah

3) Lakukan kolaborasi dengan dokter

R/ Perdarahan yang tidak berhenti harus dilakukan rujukan ke tempat tenaga kesehatan yang lebih kompeten.

e. Masalah 5 : Kenaikan berat badan

Tujuan :

Setelah diberikan asuhan, ibu tidak khawatir lagi dengan kenaikan berat badanya.

Kreteria :

Keluhan ibu dengan masalah berat badan berkurang.

Intervensi menurut Saifuddin (2010:MK-39)

1) Lakukan penyuluhan dan penjelasan tentang efek samping dari KB

R/ Akseptor akan mengerti dengan efek samping dari penggunaan KB

4. Implementasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI NOMOR 938/Menkes/SK/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, *preventif*, *kuratif*, dan *rehabilitatif*.

Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan kriteria:

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

- i. Melakukan tindakan sesuai standar
- j. Mencatat semua tindakan yang dilakukan.

5. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria:

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

6. Dokumentasi

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

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia
- b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

S : adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa

O : adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan

A: adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P : adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan. Kolaborasi, evaluasi/ *follow up* dan rujukan.

