

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan di lanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila di hitung dari fase fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan berlangsung dalam tiga trimester, trimester satu berlangsung dala 13 minggu, trimester kedua 14 minggu (minggu ke-14 sampai ke 27). Dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 sampai kke-40). (Saifuddin, 2009:213).

2. Proses Kehamilan

a. Ovulasi

Ovulasi adalah proses pelepasan plasenta ovum yang dipengaruhi oleh sistem hormonal yang kompleks. Selama masa subur berlangsung 20-35 tahun, hanya 420 buah ovum yang dapat mengikuti proses pematangan dan terjadi ovulasi. Proses pertumbuhan ovum (oogenesis) asalnya epitel germinal >> oogonium >> folikel primer >> proses pematangan

pertama. Dengan pengaruh FSH, folikel primer mengalami perubahan menjadi folikel de Graaf yang menuju ke permukaan ovarium disertai pembentukan cairan folikel.

Desakan folikel de Graaf ke permukaan ovarium menyebabkan penipisan dan disertai devaskularisasi. Selama pertumbuhan menjadi folikel de Graaf, ovarium mengeluarkan hormon estrogen yang dapat memengaruhi gerak dari tuba yang makin mendekati ovarium, gerak sel rambut lumen tuba makin tinggi, peristaltic tuba makin aktif. Ketiga faktor ini menyebabkan aliran cairan dalam tuba semakin deras menuju uterus. Dengan pengaruh LH yang semakin besar dan fluktuasi yang mendadak, terjadi proses pelepasan ovum yang disebut ovulasi. Dengan gerak aktif tuba yang mempunyai umbai (fimbriae) maka ovum yang telah dilepaskan segera di tangkap oleh fimbriae tuba. Ovum yang telah tertangkap terus berjalan mengikuti tuba menuju uterus, dalam bentuk pematangan pertama, artinya telah siap untuk dibuahi. (Manuaba, 2010:75).

b. Konsepsi atau Fertilisasi

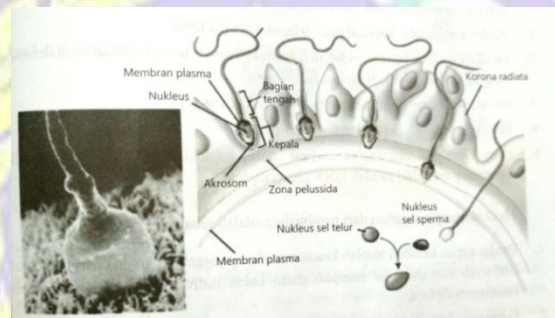
Pada saat kopulasi antara pria dan wanita (senggama/koitus) terjadi ejakulasi sperma dari saluran reproduksi pria di dalam vagina wanita, dimana akan melepaskan cairan mani berisi sel-sel sperma ke dalam saluran reproduksi wanita. Jika senggama terjadi dalam sekitar masa

ovulasi (disebut “masa subur” wanita), maka ada kemungkinan sel sperma di dalam saluran reproduksi wanita akan bertemu dengan sel telur wanita yang baru dikeluarkan pada saat ovulasi. Pertemuan/penyatuan sel sperma dengan sel telur inilah yang disebut pembuahan atau fertilisasi (Dewi,2011:67).

Dalam keadaan normal *in vivo*, umumnya pembuahan terjadi di daerah tuba fallopi, yaitu di daerah ampulla/infundibulum. Perkembangan teknologi kini memungkinkan penatalaksanaan kasus infertilitas (tidak bisa mempunyai anak) dengan cara mengambil oosit wanita dan dibuahi dengan sperma pria di luar tubuh, kemudian setelah terbentuk embrio, embrio tersebut dimasukkan kembali ke dalam rahim untuk pertumbuhan selanjutnya. Teknik ini disebut sebagai pembuahan *in vitro* (*in vitro fertilization-IVF*) dalam istilah awam disebut bayi tabung. Spermatozoa bergerak cepat dari vagina ke dalam rahim masuk ke dalam tuba. Gerakan ini mungkin dipengaruhi juga oleh peranan kontraksi miometrium dan dinding tuba yang juga terjadi saat senggama. Kemudian spermatozoa mengalami peristiwa-peristiwa berikut ini :

- 1) Reaksi kapabilitas : selama beberapa jam, protein plasma dan glikoprotein yang berada dalam cairan mani diluruhkan .

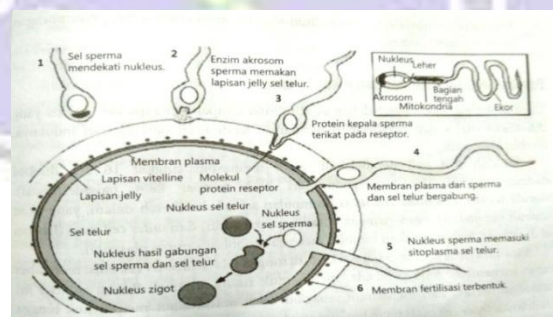
2) Reaksi akrosom : setelah deklat dengan oosit, sel sperma yang telah menjalani kapasitasasi akan terpengaruh oleh zat-zat dari korona radiata ovum sehingga isi akrosom dari daerah kepala sperma akan terlepas dan kontak dengan lapisan korona radiata. Pada saat ini di lepaskan hialuronidase yang dapat melarutkan korona radiata, *trypsine-like* agent dan *lysine-zone* yang dapat melarutkan dan membantu sperma melewati zona pellusida untuk mencapai ovum. (Dewi,2011:69).



Gambar 2.1

Penggabungan nukleus sel telur dan nukleus sel sperma

Sumber : Dewi,2011:69



Gambar 2.2

Proses Fertilisasi

Sumber : Dewi,2011:69

Sekali pembuahan spermatozoa menyuntuh zona pellusida, akan terjadi pelekatan yang kuat dan penembusan yang sangat cepat. Sekali telah terjadi penembusan zona oleh satu sperma, terjadi reaksi khusus di zona pellusida (*zone - reaction*) yang bertujuan mencegah terjadinya penembusan lagi oleh sperma lainnya. Dengan demikian sangat jarang sekali terjadi penembusan zona oleh lebih dari satu sperma.

Setelah sel sperma mencapai oosit ,akan terjadi hal-hal berikut.

- 1) Reaksi zona/reaksi kortikal pada selaput zona pellusida.
- 2) Oosit menyelesaikan pembelahan meosis keduanya, menghasilkan oosit definitif yang kemudian menjadi pronukleus wanita.
- 3) Inti sel sperma membesar membentuk pronukleus pria.
- 4) Ekor sel sperma terlepas dan berdegenerasi.
- 5) Pronukeus pria dan wanita, masing-masing haploid, bersatu dan membentuk zigot yang dimiliki jumlah DNA genap.diploid.

Hasil utama pembuahan adalah sebagai berikut.

- 1) Penggenapan kembali jumlah kromosom dari penggabungan dua paruh haploid dari ayah dan ibu menjadi suatu bakal individu baru dengan jumlah kromosom diploid.

2) Penentuan jenis kelamin bakal individu baru, bergantung pada kromosom X atau Y yang dikandung sperma yang membuahi ovun tersebut.

3) Permulaan pembelahan, serta stadium-stadium pembentukan dan perkembangan embrio (embriogenesis).

(Dewi,2011:70).

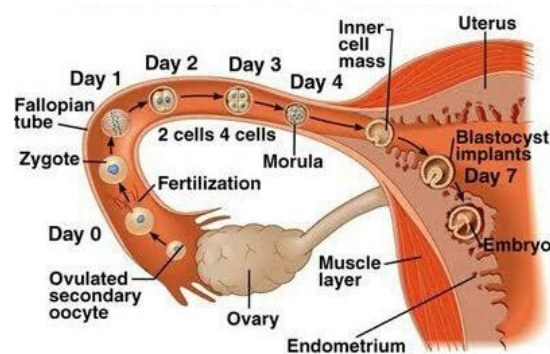
c. Nidasi atau Implantasi

Dengan masuknya inti spermatozoa ke dalam sitoplasma “vitelus” membangkitkan kembali pembelahan dalam inti ovum yang dalam keadaan “metafase”. Proses pemecahan dan pematangan mengikuti bentuk “anafase” dan “telofase” sehingga pronukleusnya menjadi “haploid”. Pronukleus spermatozoa dalam keadaan haploid saling mendekati dengan inti ovum yang kini haploid dan bertemu dalam pasangan pembawa tanda dari pria dan wanita. Setelah pertemuan kedua inti ovum dan spermatozoa, terbentuk zigot yang dalam beberapa jam telah mampu membelah dirinya menjadi dua dan seterusnya. Berbarengan dengan pembelahan inti, hasil konsepsi terus berjalan menuju uterus.

Hasil pembelahan sel memenuhi keseluruhan ruangan di dalam ovum yang besarnya 100 MU atau 0,1 mm dan disebut stadium morula. Selama pembelahan sel di bagian dalam, terjadi pembentukan sel di luar morula yang kemungkinan

berasal dari korana radiata yang menjadi sel trofoblas. Sel trofoblas dalam pertumbuhannya, mampu mengeluarkan hormone korionik gonadropin, yang mempertahankan korpus luteum gravidarum. Pembelahan berjalan terus dan di dalam morula terbentuk ruangan yang mengandung cairan yang disebut blastula.

Perkembangan dan pertumbuhan berlangsung blastula dengan vili korealisnya yang dilapisi sel trofoblas telah siap untuk mengadakan nidasi. Sementara itu, pada fase sekresi, endometrium telah makin tebal dan makin banyak mengandung glikogen yang disebut desidua. Sel trofoblas yang mengikuti “primer vili korealis” melakukan destruksi enzimatik-proteolitik, sehingga dapat menanamkan diri di dalam endometrium, proses penanaman blastula yang di sebut nidasi atau implantasi terjadi pada hari ke 6 sampai ke 7 setelah konsepsi. Pada saat tertanamnya blastula ke dalam endometrium, mungkin terjadi perdarahan yang disebut tanda . (Manuaba, 2010:79).



Gambar 2.3
 Proses Perkembangan dan Perjalanan Ovum dari Ovarium
 sampai Cavum Uteri
 Sumber : Manuaba, 2010: 115

d. Pembentukan Plasenta

Plasenta merupakan organ yang melekatkan embrio ke dinding uterus. Sirkulasi embrio-plasenta-ibu terbentuk pada hari ke-7 saat jantung embrio mulai berdenyut. Pada akhir minggu ketiga, darah embrio bersirkulasi di antara embrio dan vili korion. Darah embrio mengalir melalui dua arteri umbilikalis, lalu ke kapiler-kapiler vili, dan akhirnya kembali melalui sebuah vena umbilikalis menuju ke embrio. Plasenta memiliki lima fungsi utama yaitu respirasi, nutrisi, ekskresi, proteksi, prodks hormon. Penjelasan kelima fungsi tersebut sebagai berikut .

- 1) Plasenta menyerap oksigen dan mengeluarkan karbon dioksida untuk metabolisme janin. Paru janin belum matur sampai menjelang akhir kehamilan, dan belum berfungsi hingga bayi dilahirkan.

2) Plasenta menyerap nutrien yang dibutuhkan janin dan menguraikannya (dengan bantuan enzim) menjadi molekul yang lebih sederhana agar dapat digunakan oleh sel janin. Beberapa nutrien disimpan oleh plasenta untuk dipakaio ketika dibutuhkan. Sebagai contoh, glukosa disimpan oleh plasenta sebagai glikogen.

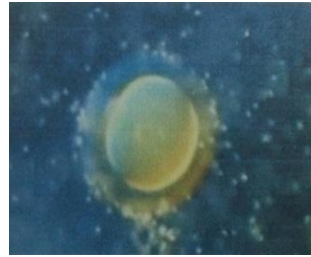
3) Produk sampah yang dihasilkan janin dibuang dari darah janin dan diekskresi oleh organ ibu.

4) Sawar plasenta berfungsi menghalangi masukny sebagian besar bakteri, tetapi mikroorganime kecil (seperti virus) mampu menembusnya dan mempengaruhi perkembangan janin. Sejumlah antibodi protektif, seperti imunoglobulin IgG disalurkan dari darah ibu ke darah janin pada akhir kehamilan dan berfungsi melindungi janin dari berbagai organisme berbahaya sampai beberapa bulan setelah lahir. Sebagian besar obat dapat menembus plasenta dan dapat mencederai janin (Kamariyah, 2014:25).

e. Pertumbuhan dan Perkembangan Janin

1) Bulan ke-0

Sperma membuahi ovum, membelah, masuk di uterus dan menempel pada hari ke-11 (Sulistyawati, 2009:151)



Gambar 2.4
Zigot

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

2) 4-6 minggu

Panjang janin pada usia 4-6 minggu kira-kira 7,5-10 mm (Manuaba, 2010:89). Terjadi pembentukan hidung, dagu, palatum, dan tonjolan paru. Jari-jari telah terbentuk, namun masih terenggam. Jantung telah terbentuk penuh (Saifuddin, 2010:156). Telinga mulai terbentuk (Varney, *et al*, 2007:506).



Gambar 2.5
Janin 4 minggu

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

3) 7-8 minggu

Ukuran janin pada usia 7-8 minggu kira-kira 2,5 cm. Mata tampak pada muka, juga terdapat pembentukan alis dan lidah. Bentuk mirip manusia, dimulai pembentukan

genitalia eksterna dan tulang (Manuaba, 2010:89). Kemudian menurut Saifuddin (2010:158), sirkulasi melalui tali pusat juga sudah dimulai.



Gambar 2.6
Janin 8 minggu

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

4) 9-10 minggu

Genitalia telah menunjukkan karakteristik laki-laki atau perempuan, tetapi masih belum terbentuk sempurna (Varney, *et al*, 2007:507). Kepala meliputi separuh janin, terbentuk muka janin dan kelopak mata yang tak akan membuka sampai usia 28 minggu (Saifuddin, 2010:158).



Gambar 2.7
Janin 10 minggu

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

5) 11-12 minggu

Embrio menjadi janin. Denyut janin terlihat pada USG. Mulai ada gerakan. Sudah ada pusat tulang, kuku, ginjal mulai memproduksi urin. Panjang janin 7-9 cm. Tinggi rahim diatas simpisis (tulang kemaluan) (Salmah dkk, 2006:34).



Gambar 2.8
Janin 12 minggu

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

6) 13-16 minggu

Ini merupakan awal trimester ke-2. Denyut jantung 120-150/menit. Janin bergerak aktif, menghisap dan menelan air ketuban, telah tumbuh lanugo (rambut janin) (Saifuddin, 2010:158). Kulit merah tipis, uterus telah penuh, desidua perietalis dan kapsularis (Manuaba, 2010:89). usia 13-16 minggu, ukuran janin sekitar 15 cm.



Gambar 2.9
Janin 16 minggu

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

7) 17-24 minggu

Sidik jari terbentuk, seluruh tubuh terdapat vernik kaseosa (lemak) dan janin memiliki refleks (Saifuddin, 2010:158).

Janin berukuran sekitar 30-32 cm, dimana kulit menebal, kelopak mata jelas, alis dan bulu mata tampak (Manuaba, 2010:89).



Gambar 2.10
Janin 24 minggu

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

8) 25-28 minggu

Masuk ke trimester ke-3, dimana terdapat perkembangan otak yang cepat, sistem saraf mengendalikan gerakan dan fungsi tubuh, mata mulai membuka (Saifuddin, 2010:158).

Surfaktan mulai dihasilkan di paru-paru pada usia 26 minggu, rambut kepala makin panjang, kuku-kuku jari mulai terlihat (Varneyet al, 2007:511). Kira-kira panjang janin 35 cm, berat badan sekitar 1.000 gram (Manuaba, 2010:98).



Gambar 2.11
Janin 28 minggu

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

9) 29-32 minggu

Bila bayi dilahirkan kemungkinan hidup 50-70% (Saifuddin, 2010:159). Simpanan lemak subkutan mulai memperhalus kerutan, janin telah memiliki kendali terhadap gerak pernapasan yang berirama dan temperatur tubuh, refleks cahaya terhadap pupil muncul pada akhir bulan (Varneyet al, 2007:511).



Gambar 2.12
Janin 32 minggu

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

10) 33-36 minggu

Kulit menjadi halus tanpa kerutan, tubuh menjadi lebih bulat lengan dan tungkai tampak montok. Pada janin laki-laki biasanya testis sudah turun ke skrotum (Varney, *et al*, 2007:551). Berat janin pada usia 33-36 minggu sekitar 1.500-2.500 gram. Lanugo mulai berkurang, saat 35 minggu paru telah matur, janin akan dapat hidup tanpa kesulitan (Saifuddin, 2010:159).



Gambar 2.13
Janin 36 minggu

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

11) 37-40 minggu

Usia 38 minggu kehamilan disebut aterm, dimana bayi akan meliputi seluruh uterus. Ari ketuban mulai berkurang, tetapi masih dalam batas normal (Saifuddin, 2010:159). Panjang janin sekitar 50-55 cm (Manuaba, 2010:89). Janin kini bulat sempurna dengan dada dan kelenjar payudara menonjol pada kedua jenis kelamin, kedua testis telah masuk ke dalam skrotum pada akhir bulan ini, kuku-kuku mulai mengeras. Warna kulit bervariasi mulai dari putih, hingga merah muda hingga merah muda kebiruan tanpa menghiraukan ras (Varney *et al*, 20007:512).



Gambar 2.14
Janin 40 minggu

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

Tabel 2.1
Perkembangan Organ dan Fisiologi Janin

Usia Gestasi (Minggu)	Organ
6	Pembentukan hidung, dagu, palatum dan tonjolan paru. Jari-jari telah berbentuk, namun masih terenggam. Jantung telah terbentuk penuh.
7	Mata tampak pada muka. Pembentukan alis dan lidah.
8	Mirip bentuk manusia, mulai pembentukan genitalia eksterna. Sirkulasi melalui tali pusat dimulai. Tulang mulai terbentuk.
9	Kepala meliputi separuh besar janin, terbentuk muka janin, kelopak mata terbentuk tetapi akan membuka sampai 28 minggu.
13-16	Janin berukuran 15 cm. Ini merupakan awal dari trimester ke-2. Kulit janin masih transparan, telah mulai tumbuh lanugo (rambut janin). Janin bergerak aktif, yaitu menghisap dan menelan air ketuban. Telah terbentuk mekonium (feses) dalam usus. Jantung berdenyut 120-150x/menit.
17-24	Komponen mata terbentuk penuh, juga sidik jari. Seluruh tubuh diliputi oleh verniks kaseosa (lemak). Janin mempunyai refleks.
25-28	Saat itu disebut permulaan trimester ke-3, dimana terdapat perkembangan otak yang cepat. Sistem saraf mengendalikan gerakandan fungsi tubuh, mata sudah membuka. Kelangsungan hidup pada periode ini sangat sulit bila lahir.
29-32	Bila bayi dilahirkan, ada kemungkinan untuk hidup hidup (50-70%). Tulang telah terbentuk sempurna, gerakan nafas telah reguler, suhu relatif stabil.
33-36	Berat janin 1500-2500 gram. Bulu kuli janin (lanugo) mulai berkurang, pada saat 35 minggu paru telah matur. Janin akan dapat hidup tanpa kesulitan.
38-40	Sejak 38 minggu kehamilan disebut aterm, dimana bayi akan memiliki seluruh uterus. Air ketuban mulai berkurang , tetapi masaih dalam batas normal.

Sumber : Saifuddin, 2006:233

3. Tanda-Tanda Kehamilan

a. Tanda Presumptif Kehamilan (Tanda Tidak Pasti)

1) Amenorea (berhentinya menstruasi).

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

2) 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 menghilang dengan makin tuanya kehamilan. (Sari dkk, 2014:3)

3) Mual (nausea) dan Muntah (emesis).

Mual muntah merupakan gejala umum mulai dari rasa tidak enak sampai muntah yang berkepanjangan dalam kedokteran sering dikenal *morning sickness* karena

munculnya sering kali pada pagi hari. Mual dan muntah diperberat oleh makanan yang baunya menusuk dan juga emosi penderita yang tidak stabil. Untuk mengatasinya penderita perlu diberi makanan-makanan yang ringan, mudah dicerna, dan dalam batas tertentu hal ini masih fisiologis, tetapi bila terlampau sering dapat menyebabkan gangguan kesehatan yang disebut dengan *hiperemesis gravidarum* (Romauli, 2011:91).

4) Syncope (pingsan).

Terjadi gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan *syncope* atau pingsan. Hal ini sering terjadi terutama jika berada pada tempat yang ramai, biasanya akan hilang setelah 16 minggu (Sari dkk, 2014:2).

5) Gangguan kencing

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

6) 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 akibat aktivitas metabolisme hasil konsepsi (Kusmiyati, 2008:57).

7) Pigmentasi kulit.

Menurut Hani (2011:74). 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 ini.

- (1) Sekitar pipi : *cloasma gravidarum* (penghitaman pada daerah dahi, hidung, pipi, dan leher).
- (2) Sekital leher : tampak lebih hitam
- (3) Dinding perut : *sriae livide/grsvidsrum* (terdapat pada seorang primigravida, warnanya membiru), *striae nigra,linea alba* menjadi lebih hitam (*linea grisea/nigra*).
- (4) Sekitar payudara, hiperpigmentasi areola mammae sehingga terbentuk areola sekunder. Pigmentasi areola ini berbeda pada tiap wanita, ada yang merah muda pada kulit putih, coklat tua pada wanita kulit

coklat , dan hitam pada wanita kulit hitam. Selain itu, kelenjar Montgomeri menonjol dan pembuluh darah manifes sekitar payudara.

(5) Sekitar pantat dan paha atas : terdapat striae akiabat pembesaran bagian tersebut.

8) Epulsi

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

b. Tanda Tidak Pasti Kehamilan

Tanda kemungkinan kehamilan yaitu :

1) Uterus membesar, terjadi perubahan dalam bentuk besar dan konsistensi dari rahim (Sunarsih, 2011:114).

2) Tanda Hegar.

Pelunakan dan dapat ditekannya isthmus uteri.

3) Tanda Goodell.

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

4) Tanda Chadwicks.

Perubahan warna menjadi keunguan pada vulva dan mukosa vagina termasuk juga porsio dan serviks (Kumalasari, 2015: 3).

5) Tanda Piskaseck.

Yaitu adanya tempat yang kosong pada rongga uterus karena embrio biasanya terletak disebelah atas, dengan bimanual akan terasa benjolan yang asimetris (Sunarsih, 2014:144).

6) Tanda Braxton Hicks.

Merupakan perenggangan sel-sel otot uterus, akibat meningkatnya actomysin di dalam otot uterus. Kontraksi ini tidak beritmik. Sporadis, tidak nyeri, biasanya timbul pada kehamilan delapan minggu, tetapi baru dapat diamati dari pemeriksaan abdominal pada trimester ketiga. Kontraksi ini akan terus meningkat frekuensinya, lamanya, dan kekuatannya sampai mendekati persalinan (Prawiroharjdo, 2008:101).

7) Teraba Ballotement.

Ketukan yang mendadak pada uterus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dapat dirasakan oleh tangan pemeriksa. Hal ini harus ada pada pemeriksaan kehamilan karena perabaan bagian seperti bentuk janin saja tidak cukup karena dapat saja merupakan myomas uteri(Hani, 2011:99).

8) Tes urine kehamilan (tes HCG) positif

Tes urine dilaksanakan minimal 1 minggu setelah terjadi pembuahan. Tujuan dari pemeriksaan ini adalah mengetahui kadar hormone gonadotropin dalam urin. Kadar yang melebihi ambang normal, mengindikasikan bahwa wanita mengalami kehamilan (Meiliya, 2009:15).

c. Tanda Pasti Kehamilan

1) Denyut jantung janin.

Dapat didengar pada usia 12 minggu dengan menggunakan alat fetal electrocardiograf (misalnya dopler). Dengan stetoskop Laenec, DJJ baru dapat didengar pada usia kehamilan 18-20 minggu. (Hani, 2011:75).

2) Kerangka janin.

Kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgen maupun USG. (Hani, 2011:75).

3) Gerakan janin dalam rahim

Gerakan janin dapat diraba dengan jelas oleh pemeriksa. Gerakan janin dapat dirasakan pada usia kehamilan sekitar 20 minggu (Kusmiyati, 2008:79).

4) Melihat, meraba atau mendengar pergerakan saat melakukan pemeriksaan. (Sunarti, 2013:79).

4. Menentukan Usia Periode Kehamilan

Menentukan usia periode kehamilan dapat dilakukan dengan berbagai cara, antara lain

a. Rumus Negele

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

b. Tinggi Fundus Uteri

Pada trimester pertama, ukuran uterus pada minggu ke 8 yang sesuai adalah sebesar bola tenis, sebesar buah jeruk pada minggu ke 10. Pada trimester kedua puncak uterus harus 3-4 lebar jari di bawah umbilicus pada minggu ke 16, 1-2 lebar jari bawah umbilicus pada minggu ke 18, 1-2 lebar jari di atas umbilicus pada minggu ke 22, dan 3-4 lebar jari di atas umbilicus pada minggu ke 24 (Marmi, 2014:169).

c. Tafsiran Berat Janin

Tafsiran ini bila berlaku untuk janin presentasi kepala.

Rumusnya adalah sebagai berikut :

(Tinggi Fundus dalam cm-n) x 155 = berat (Gram). Bila

kepala di atas atau pada spina iskiadika maka n = 12. Bila

kepala dibawah spina iskiadika maka $n = 11$ (Romauli, 2011:71).

d. Persepsi Gerakan Janin Pertama

Gerakan janin pertama biasanya dirasakan pada umur kehamilan 18 minggu pada primigravida dan 16 minggu pada multigravida (Romauli, 2011:71).

e. Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan USG dilakukan secara rutin sebelum usia gestasi mencapai 20 minggu, yakni untuk menentukan taksiran partus dan menentukan taksiran partus dan menentukan apakah terjadi gestasi multipel. Selain untuk menentukan taksiran persalinan, pemeriksaan yang dilakukan pada minggu ke-14 dan ke-16 mengungkap hampir seluruh kehamilan kembar dan pemeriksaan pada minggu ke-18 sampai ke-20 memberi informasi tentang kelainan struktur bayi (Wheeler, 2004:104).

5. Perubahan Anatomis dan Fisiologis Selama Kehamilan

a. Sistem Reproduksi

1) Uterus

a) Ukuran

Ukuran pada kehamilan cukup bulan adalah 30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas lebih dari 4.000 cc (Dewi, 2011:90) .

b) Berat

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

(1) Bulan pertama : Seperti alpukat, isthmus Rahim menjadi hipertropi dan bertambah panjang sehingga bila diraba terasa lunak, keadaan ini yang disebut dengan tanda hegar

(2) 2 bulan : Sebesar telur bebek

(3) 3 bulan : Sebesar telur angsa

(4) 4 bulan : Berbentuk bulat

(5) 5 bulan : Rahim teraba seperti cairan ketuban, rahim terasa tipis, itulah sebabnya mengapa bagian-bagian janin ini dapat dirasakan melalui perabaan dinding uterus (Sulistyawati, 2012:59).

2) Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga di tunda. Hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesteron dalam jumlah yang relatif minimal. Terjadinya kehamilan indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum

akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia 16 minggu (Saifuddin, 2010 : 146).

3) Vagina dan Vulva

Pada kehamilan TM III kadang terjadi peningkatan rabas vagina. Peningkatan cairan vagina selama kehamilan adalah normal. Cairan biasanya jernih. Pada awal kehamilan, cairan ini biasanya agak kental, sedangkan pada saat mendekati persalinan cairan tersebut akan lebih cair (Hutahean, 2012:40)

b. Payudara

Rasa penuh, peningkatan sensitivitas, rasa geli, dan rasa berat di payudara mulai timbul sejak minggu ke-6 gestasi. Puting susu dan areola menjadi lebih berpigmen, terbentuk warna merah muda sekunder, dan puting susu menjadi lebih erektil. Peningkatan suplai darah membuat pembuluh darah di bawah kulit berdilatasi. Selam trimester kedua dan ketiga, pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara meningkat secara progresif. Kadar hormon luteal dan plasenta pada masa hamil meningkatkan proliferasi duktus laktiferus dan jaringan lobulus-alveolar sehingga pada palpasi payudara teraba penyebaran nodul kasar. Walaupun perkembangan kelenjar mammae secara fungsional lengkap pada masa

pertengahan kehamilan, tetapi laktasi terhambat sampai kadar esterogen menurun, yaitu setelah janin dan plasenta lahir. Kolostrum, cairan sebelum susu, berwarna putih kekuningan dapat dikeluarkan dari puting susu selama trimester ketiga. (Kamariyah, 2014:31).

c. Sistem Kardiovaskular

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

2) Penekanan pada vena cava (aliran balik vena) dapat menyebabkan hipotensi arterial dan wanita dapat menjadi pingsan atau kehilangan kesadaran. Hal ini dapat diatasi dengan wanita tersebut berbaring miring atau duduk (Kumalasari, 2015:5).

d. Sistem Pernapasan

Pada kehamilan terjadi juga perubahan sistem respirasi untuk dapat memenuhi kebutuhan O₂. Disamping itu terjadi desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar pada umur hamil 32 minggu. Sebagai kompensasi terjadinya

desakan rahim dan kebutuhan O₂ yang meningkat, ibu hamil akan bernafas lebih dalam sekitar 20-25% dari biasanya (Prawirohardjo, 2008:9).

e. Sistem Perkemihan

Pada awal-awal kehamilan, kandung kencing tertekan sehingga sering timbul kencing. Keadaan ini akan hilang dengan tuanya kehamilan jika uterus gravidus keluar rongga panggul. Laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal meningkat pada kehamilan (Kuswanti, 2014:90).

f. Sistem Muskuloskeletal

- 1) Pembesaran payudara dan rotasi anterior panggul memungkinkan untuk terjadi lordosis.
- 2) Ibu sering mengalami nyeri di bagian punggung dan pinggang karena mempertahankan posisi stabil, beban meningkat pada otot punggung dan columna vertebrae.
- 3) Relaksasi dan hipermobilitas sendi pada masa hamil kembali stabil dan ukuran sama dengan sebelum hamil, kecuali pada kaki (Hutahaean, 2013:45).

g. Sistem Pencernaan

Salivasi meningkat dan pada trimester pertama, mual dan muntah. Tonus-tonus otot saluran pencernaan melemah sehingga motilitas dan makanan akan lebih lama berada dalam saluran makanan. Resorpsi makanan

baik, tetapi akan menimbulkan obstipasi. Gejala muntah (emesis gravidarum) sering terjadi, biasanya pada pagi hari (morning sickness) (Mochtar, 2015:31).

h. Sistem Endokrin

Selama kehamilan normal kelenjar hipofisis akan membesar \pm 135%. Akan tetapi, kelenjar ini tidak begitu mempunyai arti penting dalam kehamilan. Pada perempuan yang mengalami hipofisektomi persalinan dapat berjalan dengan lancar. Hormon prolaktin akan meningkat 10x lipat pada saat kehamilan aterm. Sebaliknya, setelah persalinan konsentrasinya pada plasma akan menurun. Hal ini juga ditemukan pada ibu-ibu yang menyusui. Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi (Sarwono, 2008:186).

6. Perubahan Psikologis Selama Kehamilan

a. Kehamilan Trimester I

Trimester pertama ini sering di rujuk pada masa penentuan yang membuat fakta bahwa wanita itu hamil. Kebanyakan wanita bingung tentang kehamilannya, hampir 80% wanita hamil kecewa, menolak, gelisah, depresi dan murung. Ibu hamil trimester I akan merenungkan dirinya. Hal tersebut akan muncul kebingungan tentang kehamilannya,

kebingungan secara normal berakhir spontan ketika ibu hamil tersebut menerima kehamilannya.

Beberapa ketidaknyamanan pada Trimester I.

- 1) Mual
- 2) Lelah
- 3) Perubahan selera
- 4) Emosional

Trimester I merupakan masa kekhawatiran dari penantian kehamilan menjadi aman. Terutama bagi wanita yang mengalami keguguran sebelumnya dan profesional pelayanan kesehatan wanita yang khawatir terhadap keguguran dan teratogen. Bertambah berat juga menjadi bagian yang signifikan pada wanita pada Trimester I. Wanita hamil juga memiliki perubahan keinginan seksual yang dalam Trimester I. Meskipun beberapa wanita mengalami peningkatan hasrat, umumnya pembicaraan TM I adalah waktu menurunnya libido. Libido dipengaruhi kelelahan, mual, depresi, sakit, dan pembesaran payudara, kekhawatiran, dan keprihatinan yang semuanya merupakan bagian yang normal pada Trimester I (Pantikawati, 2010:72-73).

b. Kehamilan Trimester II

Kehamilan trimester II merupakan periode kesehatan yang baik atau pancaran kesehatan.

- 1) Ibu merasa sehat, tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormone yang tinggi.
- 2) Ibu sudah bisa menerima kehamilannya.
- 3) Merasakan gerakan anak.
- 4) Merasa terlepas dari ketidaknyamanan dan kekhawatiran.
- 5) Libido meningkat.
- 6) Menuntut perhatian dan cinta.
- 7) Merasa bahwa bayi sebagai individu yang merupakan bagian dari dirinya.
- 8) Hubungan sosial meningkat dengan wanita lainnya atau pada orang lain yang baru menjadi ibu.
- 9) Ketertarikan dan aktivitasnya terfokus pada kehamilan, kelahiran dan persiapan untuk peran baru (Kuswanti, 2014:96).

c. Kehamilan Trimester III

Trimester ketiga sering kali disebut periode menunggu/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. Gerakan bayi dan membesarnya perut merupakan dua hal yang mengingatkan ibu akan bayinya. Kadang-kadang ibu merasa khawatir bahwa bayinya akan lahir sewaktu-waktu. Ini

menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaannya akan timbulnya tanda dan gejala terjadinya persalinan. Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ketiga dan banyak ibu yang merasa dirinya aneh dan jelek. Di samping itu mulai merasa sedih karena akan berpisah dari janinnya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama masa hamil. Pada trimester inilah ibu memerlukan penjelasan dan dukungan dari suami, keluarga dan bidan (Kamariyah, 2014:44).

7. Kebutuhan Dasar Selama Kehamilan

a. Nutrisi

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

Kebutuhan gizi ibu hamil

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

Ibu yang cukup makanannya mendapatkan kenaikan BB yang cukup baik. Kenaikan BB selama hamil rata-rata : 9-13,5 kg.

- a) Kenaikan BB selama TM I : min 0,7-1,4 kg
- b) Kenaikan BB selama TM II : 4,1 kg
- c) Kenaikan BB selama TM I : 9,5 kg

Makanan diperlukan antara lain untuk pertumbuhan janin, plasenta, uterus, buah dada dan kenaikan metabolisme .

Uterus dan plasenta masing-masing membutuhkan 550 gr dan 50 gr protein. Kebutuhan total protein 950 gr, Fe 0,8 Gr, dan asam folik 300 μ g perhari.

Sebagai pengawasan, kecukupan gizi ibu hamil dan pertumbuhan kandungannya dapat diukur berdasarkan kenaikan berat badannya. Kenaikan berat badan rata-rata antara 10-12 kg. Kenaikan berat badan yang berlebihan atau bila berat badan ibu turun setelah kehamilan triwulan kedua, haruslah menjadi perhatian. (Pantikawati, 2010:89-90).

Tabel 2.2
Kebutuhan Gizi Pada Ibu Hamil

Bahan Makanan	Ukuran Rumah Tangga	Wanita Tidak hamil	Wanita hamil
Nasi	Piring	3,5	4
Daging	Potong	1,5	1,5
Tempe	Potong	3	4
Sayur berwarna	Mangkuk	1,5	2
Buah	Potong	2	2
Susu	Gelas	-	1
Minyak	Sendok	4	4
Cairan	Gelas	4	6

Sumber : Pantikawati, 2010:90

b. Eliminasi

1) Buang Air Besar (BAB).

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

2) Buang Air Kecil.

Peningkatan frekuensi berkemih pada TM III paling sering dialami oleh wanita primigravida setelah lightening. Lightening menyebabkan bagian presentasi (terendah) janin akan menurun masuk kedalam panggul dan

menimbulkan tekanan lansuing pada kandung kemih (Marmi, 2011:134).

3) Istirahat dan Tidur

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

4) Personal Hygiene

Gunakan pakaian longgar, bersih dan nyaman. Dan hindarkan sepatu bertongkat tinggi (high heels) dan alas kaki yang keras (tidak elastis) serta korset penahan perut (Prawirohardjo, 2014:287).

5) Hubungan Seksual

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

6) Imunisasi

Vaksinasi dengan toksoid tetanus dianjurkan untuk dapat menurunkan angka kematian bayi karena infeksi tetanus.

Vaksinasi toksoid tetanus dilakukan 2 kali selama hamil
(Manuaba, 2010:123).

8. Kehamilan Lebih Bulan (Post Date)

a. Pengertian

Kehamilan lewat waktu atau postdate adalah kehamilan yang berlangsung 41 minggu atau 42 minggu lengkap (Prawiroharjo 2008:148).

Kehamilan post date adalah suatu kehamilan yang berlangsung melebihi 40 minggu ditambah satu atau lebih hari (setiap hari yang melebihi tanggal perkiraan lahir). Nama lain kehamilan lewat waktu yaitu kehamilan serotinus, *prolonged pregnancy*, *postterm pregnancy* (Moctar, 2010:97).

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

b. Etiologi

Seperti halnya teori bagaimana terjadinya persalinan, sampai saat ini sebab terjadinya kehamilan post term belum jelas. Beberapa teori diajukan antara lain sebagai berikut :

1) Saraf Uterus

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

bawah janin masih tinggi, kesemuanya diduga sebagai penyebab dari kehamilan post date ini (Nugroho, 2008:98)

2) Teori Oksitosin

Pemakaian oksitosin pada induksi persalinan pada kehamilan post term memberi kesan atau dipercaya bahwa oksitosin secara fisiologis memegang peranan penting dalam menimbulkan persalinan dan pelepasan oksitosin dari neurohipofisis ibu hamil yang kurang pada usia kehamilan lanjut diduga sebagai salah satu factor penyebab kehamilan post date. (Prawirohardjo,2010:178)

3) Pengaruh Progesteron

Penurunan hormon progesterone dalam kehamilan dipercaya merupakan kejadian perubahan endokrin yang penting dalam memacu proses biomolekular pada persalinan dan meningkatkan sensitivitas pada uterus terhadap oksitosin, sehingga beberapa sumber menduga bahwa terjadinya kehamilan post term adalah karena masih tingginya hormon progesterone, sehingga uterus menjadi kurang sensitive terhadap oksototin (Nugroho, 2012:99).

4) Teori Kortisol/ ACTH janin.

Dalam teori ini diajukan bahwa sebagai “pemberi tanda” untuk dimulainya persalinan adalah janin, diduga akibat peningkatan tiba-tiba kadar kortisol plasma janin. Kortisol

janin akan mempengaruhi plasenta sehingga produksi progesterone akan berkurang dan memperbesar sekresi estrogen, selanjutnya berpengaruh pada meningkatnya produksi prostaglandin. Pada cacat bawaan janin seperti anensefalus, hipoplasia adrenal janin, dan tidak adanya kelenjar hipofisis pada janin akan menyebabkan kortisol janin tidak diproduksi dengan baik sehingga kehamilan dapat berlangsung lewat bulan (Prawirohardjo, 2010:179)

5) Insufisiensi plasenta

Dalam kasus insufisiensi plasenta/adrenal janin, hormon prekursor yaitu *isoandrosteron sulfat* dikeluarkan dalam cukup tinggi konversi menjadi cukup tinggi konversi menjadi estradiol dan secara langsung estriol di plasenta, contoh klinik mengenai defisiensi prekursor estrogen adalah *anencefalus* (Kapita Selekt, 2008:89).

c. Patofisiologi

Fungsi plasenta mencapai puncaknya ada kehamilan 58 minggu dan kemudian mulai menurun terutama setelah 42 minggu. Hal ini dapat dibuktikan dengan penurunan estriol dan plasenta laktogen, rendahnya fungsi plasenta berkaitan dengan peningkatan kejadian gawat janin dengan resiko dengan 3 kali. Permasalahan kehamilan lewat waktu adalah plasenta tidak sanggup memberikan nutrisi dan pertukaran

CO₂ /O₂ akibat tidak timbul his sehingga pemasakan nutrisi dan O₂ menurun menuju janin disamping adanya spasme arteri spiralis menyebabkan janin resiko asfiksia sampai kematian dalam rahim. Makin menurun sirkulasi darah menuju sirkulasi plasenta dapat mengakibatkan pertumbuhan janin makin lambat dan penurunan disebut dismator, sebagian jani bertambah besar sehingga memerlukan tindakan operasi persalinan, terjadi perubahan metabolisme janin, jumlah air ketuban berkurang dan makin kental menyebabkan perubahan abnormal jantung janin (Wiknjastro, 2009:189).

d. Faktor Predisposisi

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

- 1) Cacat bawaan (*anencefalus*)
- 2) Defisiensi *Sulfatase* plasenta
- 3) Pemakaian obat yang berpengaruh pula sebagai tokolitikanti prostaglandin (albutamol, progestin, asam mefenamat dsb)
- 4) Tidak diketahui penyebabnya (Nugroho, 2008:102).

e. Manesfetasi Klinis

- 1) keadaan klinis yang dapat ditemukan jarang ialah gerakan janin yang jarang, yaitu secara subyatif kurang dari 7 kali

per 30 menit atau secara obyektif dengan KTG kurang dari 10 kali per 30 menit.

2) pada bayi ditemukan tanda-tanda waktu yang terjadi menjadi:

a) Stadium I, kulit kehilangan varnik kaseosa dan terjadi maserasi sehingga kulit kering, rapuh dan mudah mengelupas.

b) Stadium II, seperti stadium I disertai pewarnaan mekonium (kehijauan) dikulit.

c) Stadium III, seperti stadium I disertai pewarnaan kekeringan pada kuku, kulit dan tali pusat.

3) Kehamilan dapat dinyatakan sebagai kehamilan *postterm* bila didapat 3 atau lebih 4 kriteria hasil pemeriksaan sebagai berikut :

a) Telah lewat 36 minggu sejak tes kehamilan positif

b) Telah lewat 32 minggu sejak DJJ pertama terdengar dengan *doppler*

c) Telah lewat 24 minggu sejak dirasakan gerak janin pertama kali\

d) Telah lewat 22 minggu sejak terdengarnya DJJ pertama kali dengan stetoskop *leannec*

(Prawirohardjo, 2014:180).

f. Diagnosis

Sering seorang tenaga medis kesulitan untuk menentukan diagnosis kehamilan *postterm* karena diagnosis ditegakkan bukan berdasarkan kondisi kehamilan, melainkan umur kehamilan. Diperkirakan sebesar 22 % kasus kehamilan *postterm* tidak dapat ditegakkan secara pasti (Prawirohardjo, 2014:181).

g. Prognosis

Untuk mengetahui apakah kehamilan matuur atau tidak pemeriksaan yang dapat dilakukan menurut Nugroho (2012:190), antara lain :

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

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

h. Pemeriksaan Penunjang

- 1) USG untuk menilai usia kehamilan, oligidraminan, derajat maturitas plasenta.
- 2) KTG untuk menilai ada atau tidaknya gawat janin.
- 3) Penilaian warna air ketuban dengan amniotomi (tes tanpa tekanan dinilai) apakah reaktif atau tidak dengan tes tekanan oksitosin.
- 4) pemeriksaan sitologi vagina dengan indeks kariopiknotik >20% (kapita selekta, 2008:90).

i. Penatalaksanaan

- 1) Setelah UK > 40 minggu yang penting adalah monitoring janin sebaik – baiknya, monitoring yang dilakukan antara lain monitoring gerak janin dan detak jantung janin.
- 2) Apabila tidak ada tanda – tanda insfusensi plasenta persalinan spontan dapat ditunggu dengan pengawasan ketat.

- 3) Lakukan pemeriksaan dalam untuk menilai kematangan serviks, bila sudah matang boleh dilakukan induksi persalinan dengan atau tanpa amniotomi.
- 4) Ibu dirawat di RS bila :
 - a) Riwayat kehamilan yang lalu ada kematian janin dalam rahim.
 - b) Terdapat hipertensi, pre eklamsi berat atau ringan.
 - c) Kehamilan ini merupakan kehamilan anak pertama karena infertilitas.
 - d) Kehamilan memsuki 40-42 minggu atau lebih tanpa ada tanda persalinan.
- 5) Tindakan operasi Sectio Caesarea dipertimbangkan pada
 - a) Insufisiensi plasenta dengan keadaan serviks belum matang
 - b) Pembukaan yang belum lengkap, persalinan lama, dan terjadi tanda gawat janin
 - c) Primigravida tua, kematian janin dalam kandungan, Pre Eklamsia, Hipertensi menahun, infertilitas dan kesalahan letak janin.

2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari rahim ibu. Persalinan dianggap normal jika proses terjadinya pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37minggu) tanpa disertai dengan penyulit (Depkes RI, 2008).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang di tandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta. (Sulistyawati, dkk 2010:4).

2. Proses Persalinan

a. Tahapan Persalinan

Menurut Mochtar (2012:136). Periode persalinan meliputi 4 fase/kala yaitu :

1) Kala I (Kala Pembukaan)

Pada kala 1 serviks membuka sampai terjadi pembukaan 10 cm. Kala 1 dinamakan pula kala pembukaan. Dapat dikatakan partus apabila timbul his dan mengeluarkan lendir yang bersemu darah dan disertai dengan pendataran (*Effacement*).

Persalinan kala I dibagi menjadi 2 fase, yaitu :

a) Fase laten, dimana pembukaan servikk berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap samapi pembukaan 3 cm, berlangsung 1-8 jam.

b) Fase aktif (pembukaan serviks 4-10 cm), berlansung selama 6 jam dan dibagi dalam sub fase, yaitu :

(1) Fase Akselerasi

Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm

(2) Fase Dilatasi Maksimal

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

(3) Fase Diselerasi

Pembukaan menjadi lambat kembali. Dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm samapi lengkap.

Observasi kala I sangat penting dilakukan untuk mengetahui kekuatan his (kontraksi) rahim, pembukaan,

DJJ, bila mungkin perdengarkan pada ibu.

Tabel 2.3
Diagnosis kala dan fase persalinan

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

Sumber : Sulistyawati, 2009:198

2) Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Kala ini disebut juga kala pengeluaran. Kala ini dimulai dari pembukaan lengkap sampai pengeluaran jani. Kala ini his menjadi kuat dan lebih cepat, kira-kira 2-3 menit sekali. Dalam fase ini dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul yang dapat menimbulkan rasa ingin mengejan. Wanita merasa pula tekanan pada rectum dan hendak buang air besar. Perineum mulai menonjol, dan mulai menjadi lebar dengan

anus membuka. Bila dasar panggul sudah lebih berelaksasi maka kepala janin tampak dalam vulva pada waktu his. Dan dengan his dan kekuatan untuk mengejan maksimal, kepala janin dilahirkan dengan suboksiput dibawah simpisis dan dahi, muka, dagu melewati perineum. Para primigravida kala I berlangsung rata-rata 1,5 jam dan pada multigravida rata-rata 0,5 jam .

Diagnosis kala II ditegakkan atas dasar pemeriksaan dalam yang menunjukkan :

- a) Pembukaan serviks telah lengkap
 - b) Terlihat bagian kepala bayi pada introitus vagina
- (Saifuddin, 2008:59).

Tabel 2.4
Rerata Durasi Kala I dan Kala II Persalinan

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

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

3) Kala III (Pengeluaran Plasenta)

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Proses ini dikenal sebagai kala persalinan plasenta. Seluruh proses biasanya berlangsung 10-30 menit setelah bayi lahir. Resiko

perdarahan meningkat apabila kala III lebih lama dari 30 menit, terutama antara 30 dan 60 menit.(Varney, *et al*, 2007).

a) Tanda-tanda pelepasan plasenta adalah sebagai berikut :

(1) Tali pusat memanjang. Tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva (Tanda Ahfeld).

(2) Semburan darah tiba-tiba. Darah yang terkumpul dibelakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dibantu oleh gaya gravitasi.

(3) Perubahan bentuk dan tinggi fundus. Setelah bayi baru lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus biasanya dibaeah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong kebawah, uterus berbentuk segitiga atau seperti buah pear atau alpukat dan fundus teraba diatas pusat (seringkali mengarah kesisi kanan) (Buku Acuan Pelatihan APN, 2008).

b) Cara - Cara Pelepasan Plasenta

Cara-cara pelepasan plasenta menurut Sari dkk, (2014:9) antara lain :

(1) Metode Ekspulsi Schultze

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.

(2) Metode Ekspulsi Matthew-Duncan

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.

c) Cara pemeriksaan pelepasan plasenta dari tempat implantasinya.

Menurut Marmi, (2016:258-259), cara pemeriksaan pelepasan plasenta dari tempat implantasinya, yaitu :

(1) 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

(2) 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

(3) 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.

(4) Crede

Dengan cara memijat uterus seperti memeras jeruk agar plasenta lepas dari dinding uterus. Cara ini dapat dipakai jika keadaan darurat misalnya perdarahan.

Manajemen aktif kala III terdiri dari 3 langkah utama, yaitu:

- a) Pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir.
- b) Melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT).
- c) Masase fundus uterus (Mochtar, 2012:139).

4) Kala IV (Kala Pengawasan)

Dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir 2 jam setelah proses tersebut. Dua jam pertama setelah persalinan merupakan saat paling kritis bagi pasien dan bayinya. Tubuh pasien melakukan adaptasi yang luar biasa setelah kelahiran bayinya agar kondisi tubuh kembali stabil, sedangkan bayi

melakukan adaptasi terhadap perubahan lingkungan hidupnya. Kematian ibu terbanyak terjadi pada kala ini (Sumarah, 2009:132).

Observasi yang harus dilakukan pada kala IV, yaitu :

- a) Tingkat kesadaran.
- b) Pemeriksaan tanda-tanda vital ; tekanan darah, suhu, nadi, pernafasan.
- c) Kontraksi uterus.
- d) Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc (Mochtar, 2012:140).

b. Mekanisme Persalinan

1) Penurunan Kepala

Pada banyak nulipara, masuknya bagian kepala janin ke pintu atas panggul telah mencapai sebelum persalinan normal dan penurunan janin lebih jauh tidak akan terjadi sampai awal persalinan. Sementara itu, pada multipara masuknya kepala janin ke pintu atas panggul mula-mula tidak begitu sempurna, penurunan lebih jauh akan terjadi pada kala I (Saifuddin, 2010).

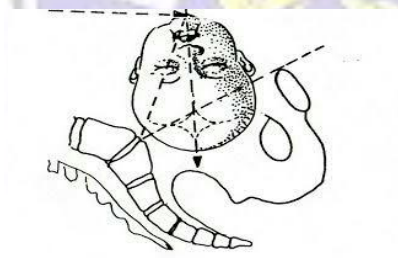
Masuknya kepala ke pintu atas panggul dapat dalam keadaan sinklitismus, ialah bila arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang pintu atas panggul (PAP) (Bandiyah,

2009). Dapat pula dalam keadaan asinklitismus, yaaitu arah sumbu kepala janin miring dengan bidang pintu atas panggul (PAP) (Saifuddin, 2010).

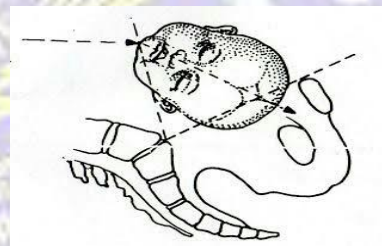
Asinklitismus terbagi dua jenis, yaitu:

- a) Asinklitismus anterior, yaitu arah sumbu kepala membuat sudut lancip kedepan terhadap PAP
- b) Asinklitismus posterior merupakan kebalikan dari Asinklitismus anterior (Bandiyah, 2009).

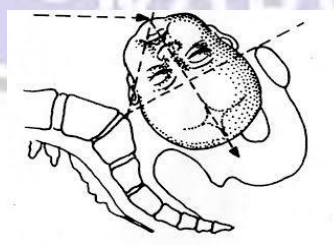
Untuk lebih jelasnya proses masuknya kepala janin ke PAP dapat dilihat pada gambar sebagai berikut :



Gambar 2.15
Asinklitismus Posterior
Sumber : Saifuddin, 2010:311



Gambar 2.16
Asinklitismus Anterior
Sumber : Saifuddin, 2010:311



Gambar 2.17
Sinklitismus
Sumber : Saifuddin, 2010:311

2) Penguncian (engagement)

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

3) Fleksi

Kepala janin memasuki pintu atas panggul dalam keadaan menekuk (fleksi) ringan. Kekuatan his dan bentuk jalan lahir menyebabkan terjadinya fleksi ini yaitu menempelnya dagu di dada janin (Bandiyah, 2009). Dengan fleksi kepala janin memasuki ruang panggul dengan ukuran yang paling kecil, yakni dengan diameter suboksipitobregmatikus (9,5 cm) dan dengan sirkumferensia suboksipitobregmatikus (32 cm) sampai di dasar panggul kepala janin berada di dalam keadaan fleksi maksimal (Saifuddin, 2010).

4) Putaran paksi dalam

Putaran paksi dalam menyebabkan diameter anteroposterior kepala janin menjadi sejajar dengan diameter anteroposterior pelvis ibu (Varney, 2008). Putar paksi dalam adalah usaha menyesuaikan kepala janin dengan jalan lahir sehingga titik putar (hipomoklion) berada tepat dibawah tulang kemaluan (simfisis pubis) (Bandiyah, 2009).

5) Ekstensi

Kepala mengadakan gerakan defleksi untuk dapat dilahirkan. Pada tiap his, vulva lebih membuka dan kepala janin makin

tampak. Perineum menjadi semakin lebar dan tipis, anus membuka dinding rektum (Saifuddin, 2010). Dengan kekuatan his dan refleks mengejan terjadilah ekstensi (defleksi) kepala janin sehingga berturut-turut lahir ubun-ubun, dahi mulut dan dagu. Selanjutnya diikuti oleh persalinan belakang kepala sehingga seluruh kepala janin dapat lahir (Bandiyah, 2009).

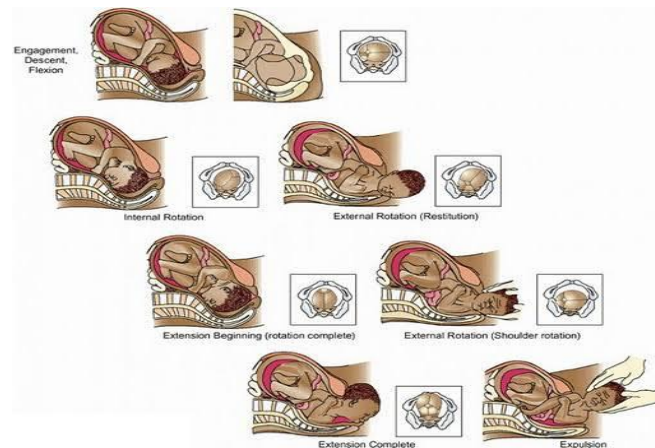
6) Putaran paksi luar

Sesudah kepala lahir, kepala segera mengadakan rotasi, yang disebut putaran paksi luar. Putaran paksi luar ialah gerakan kembali ke posisi sebelum putaran paksi dalam terjadi, untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung anak (Saifuddin, 2010). Rotasi eksternal terjadi pada saat ibu bahu berotasi 45° , menyebabkan diameter bisakromial sejajar dengan diameter anteroposterior pada pintu bawah panggul (Varney, 2008).

7) Lahirnya bahu dan seluruh anggota bada bayi

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

Uraian diatas untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada gambar berikut .



Gambar 2.18
Mekanisme Persalinaan
Sumber : Diah. 2012..<http://jurnalbidandiah.blogspot.com>

3. Lima Benang Merah

Lima benang merah dalam persalinan

a. Membuat keputusan klinik

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

Tujuh langkah dalam membuat keputusan klinik yaitu :

- 1) Pengumpulan data utama relevan untuk membuat keputusan
- 2) Menginterpretasikan data dan mengidentifikasi masalah
- 3) Membuat diagnose atau menentukan masalah yang terjadi/dihadapi

- 4) Menilai adanya kebutuhan dan kesepian intervensi untuk mengatasi masalah
- 5) Menyusun rencana pemberian asuhan atau intervensi untuk solusi masalah
- 6) Melaksanakan asuhan atau intervensi terpilih
- 7) Memantau dan mengevaluasi efektifitas asuhan atau intervensi

(Wiknjosastro, 2008:5-6).

b. Asuhan sayang ibu

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

- 1) Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan
 - a) Panggil ibu sesuai namanya, hargai dan perlakukan ibu sesuai martabatnya
 - b) Jelaskan semua asuhan dan perawatan kepada ibu sebelum memulai asuhan
 - c) Jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarga

- d) Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir
- e) Dengarkan dan tanggapilah pertanyaan ibu dan kekhawatiran ibu
- f) Berikan dukungan, besarkan hatinya dan tentramkan hati ibu beserta anggota keluarganya
- g) Anjurkan ibu untuk ditemani suami dan atau anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya.
- h) Ajarkan suami dan anggota keluarga mengenai cara-cara bagaimana mereka dapat memprihatinkan dan dukungan ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya
- i) Secara konsisten lakukan praktik-praktik pencegahan infeksi yang baik
- j) Hargai privasi klien
- k) Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi
- l) Anjurkan ibu untuk minum dan makan makanan ringan sepanjang ia menginginkannya
- m) Hargai dan perbolehkan praktik-praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu

- n) Hindari tindakan berlebihan dan memungkinkan membahayakan seperti episiotomy, pencukuran, dan klisma
 - o) Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin
 - p) Membantu memulai pemberian ASI dalam satu jam pertama setelah bayi lahir
 - q) Siapkan rencana rujukan bila diperlukan
- 2) Asuhan sayang ibu dan bayi pasca persalinan
- a) Anjurkan ibu untuk selalu berdekatan dengan bayinya (rawat gabung)
 - b) Bantu ibu untuk memulai membiasakan menyusui dan anjurkan pemberian ASI sesuai dengan permintaan
 - c) Anjurkan ibu dan keluarganya untuk memeluk bayi dan mensyukuri kelahiran bayi
 - d) Anjurkan ibu dan keluarganya tentang tanda dan gejala dan tanda bahaya yang mungkin terjadi dan anjurkan mereka untuk mencari pertolongan jika terjadi dan anjurkan mereka untuk mencari pertolongan jika terjadi masalah atau rasa khawatir

(Wiknjosastro, 2008:12-13).

c. Pencegahan infeksi

Tindakan Pencegahan Infeksi (PI) tidak terpisah dari komponen-komponen lain dalam asuhan selama persalinan dan kelahiran

bayi. Tindakan ini harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan, dan tenaga kesehatan lainnya dengan mengurangi infeksi karena bakteri, virus, dan jamur. Dilakukan pula upaya untuk menurunkan resiko penularan penyakit berbahaya yang hingga kini belum ditemukan pengobatannya seperti hepatitis dan HIV/AIDS.

1) Beberapa definisi dalam pencegahan infeksi antarlain:

a) Dekontaminasi

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

(1) Rumus untuk membuat Larutan Klorin 0,5% dari larutan konsentrat berbentuk cair yaitu :

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

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

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

b) Antisepsis

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

c) Teknik aseptik atau aseptis

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

d) Cuci tangan

Cuci tangan adalah prosedur yang paling penting dari pencegahan infeksi.

Cuci tangan dilakukan :

- (1) Segera setelah tiba di tempat kerja
- (2) Sebelum melakukan kontak fisik secara langsung dengan ibu dan bayi baru lahir
- (3) Setelah kontak fisik langsung dengan ibu dan bayi baru lahir
- (4) Setelah melepas sarung tangan
- (5) Setelah ke kamar mandi
- (6) Sebelum pulang kerja (Azwar, 2009:98-101).

e) Desinfeksi

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

f) Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT)

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

g) Sterilisasi

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

h) 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).

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 (stenlisteel).

(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 didekontaminasi (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:

i. Gunakan sikat dengan air dan sabun untuk menghilangkan sisa darah dan kotoran.

ii. Buka engsel gunting dan klem.

iii. Sikat dengan seksama terutama dibagian sambungan dan pojok peralatan.

iv. Pastikan tidak ada sisa darah dan kotoran yang tertinggal di peralatan.

v. Cuci setiap benda setidaknya 3 kali (lebih jika perlu). Dengan air mengalir sabun atau detergen.

vi. 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) Rendam 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.
 - i. Rebus selama 20 menit.
 - ii. Catat lama waktu perebusan peralatan di dalam buku khusus.
 - iii. Biarkan peralatan kering dengan cara diangin-anginkan sebelum digunakan atau disimpan.
 - iv. 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 susun 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 selam 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. Pencatatan

Menurut JNKP-KR (2008), Catat semua asuhan yang telah diberikan kepada ibu atau bayinya. Jika asuhan tidak dicatat, dapat dianggap bahwa hal tersebut tidak dilakukan.

Yang diperhatikan dalam pencatatan adalah :

- 1) Kelengkapan status klien

- 2) Anamnesis, prosedur dan hasil pemeriksaan fisik, laboratorium, dan uji atau penapisan tambahan lainnya
- 3) Partograf sebagai instrumen membuat keputusan dan dokumentasi klien
- 4) Kesesuaian kondisi klien dan prosedur klinik terpilih
- 5) Upaya tata laksana rujukan yang diperlukan

e. Rujukan

Jika ditemukan suatu masalah dalam persalinan, sering kali sulit untuk melakukan upaya dengan cepat, hal ini karena banyak faktor yang memengaruhi. Penundaan dalam membuat keputusan dan pengiriman ibu ke tempat rujukan akan menyebabkan tertundanya ibu mendapatkan penatalaksanaan yang memadai, sehingga akhirnya dapat menyebabkan tingginya angka kematian ibu. Rujukan tepat waktu merupakan bagian dari asuhan sayang ibu dan menunjang terwujudnya program *Safe Motherhood*. Dibawah ini merupakan akronim yang dapat digunakan petugas kesehatan dalam mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi sebagai berikut :

1) B (Bidan)

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

2) A (Alat)

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

3) K (Keluarga)

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

4) S (Surat)

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

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 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 selama ibu dan bayi baru lahir tinggal di fasilitas kesehatan.

8) Da (Donor dan Doa)

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

(Sari, 2014:28-29).

4. Tanda-Tanda Persalinan

a. Lightening

Lightening, yang dimulai kira-kira 2 minggu sebelum persalinan, adalah penurunan bagian presentasi bayi kedalam pelvis minor (Varney *et al*, 2007:672)

b. Pembukaan mulut rahim

Adanya pembukaan mulut rahim biasanya ditandai dengan keluarnya lendir (mucus) berwarna kemerahan atau kecoklatan. Teksturnya seperti lendir ingus yang kental, karena lendir ini

bercampur darah dan terjadi karena pada masa ini terjadi pelunakan, pelebaran, dan penipisan mulut rahim (Triyana 2013:189).

c. Ketuban pecah

Pada kondisi normal, ketuban pecah pada akhir kala I persalinan. Apabila terjadi sebelum awitan persalinan, disebut ketuban pecah dini. Kurang lebih 80% wanita yang mendekati usia kehamilan cukup bulan dan mengalami KPD mulai mengalami persalinan spontan mereka dalam waktu 24 jam (Asri, 2012:62)

d. Blood Show

Plak lendir disekresi serviks sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan. Plak ini menjasi sawar pelindung dan menutup jalan lahir selama kehamilan. Pengeluaran plak inilah yang disebut sebagai blood show. Blood show merupakan tanda persalinan yang akan terjadi, biasanya dalam 24 sampai 48 jam (Sari, 2014:86).

e. Tekanan pada panggul dan rektum meningkat

Wanita hamil akan merasakan sakit berlebihan pada panggul dan bagian tulang belakang. Rasa sakit ini disebabkan oleh pergeseran dan pergerakan janin yang mulai menekan tulang belakang (Triyana, 2013:190).

f. Lonjakan Energi

Banyak wanita sebelum 24-48 jam sebelum persalinan merasakan diri mereka kuat dan bersemangat sehingga semua pekerjaan rumah dikerjakannya yang sebelumnya mereka tidak mampu untuk mengerjakannya. Tapi saat ini mereka harus diberi konseling agar mengurangi aktivitas tersebut, beristirahat dan makan teratur guna bisa mengumpulkan tenaga menghadapi proses persalinan (Wiknjosastro, 2006:236).

5. Faktor-Faktor Persalinan

Ada beberapa faktor yang penting harus diperhatikan dalam proses persalinan, yaitu :

a. Passage (Jalan lahir)

Menurut Rohani dkk (2011:21-23), jalan lahir terdiri atas panggul ibu, yakni tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus, janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku, oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai. Jalan lahir terbagi atas :

- 1) Bagian keras : tulang-tulang panggul.
- 2) Bagian lunak : uterus, otot dasar panggul, dan perineum.

Ruang panggul (Pelvic Cavity) dibagi menjadi 2 yaitu :

- 1) Pelvis Mayor (false pelvic), diatas linea terminalis.
- 2) Pelvis Minor (true pelvic), dibawah linea terminalis.

Bidang-bidang panggul

Bidang hodge adalah bidang semua sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan, yaitu seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam/vagina toucher (VT). Bidang hodge terbagi menjadi 4, antara lain :

1) Bidang hodge I

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

2) Bidang hodge II

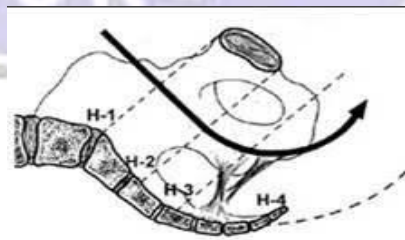
Bidang setinggi pinggir bawah simfisi pubis, berhimpit dengan PAP (Hodge I).

3) Bidang hodge III

Bidang setinggi ischiadica berhimpit dengan PAP (Hodge I).

4) Bidang hodge IV

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



Gambar 2.19
Bidang Hodge
Sumber : Rohan dkk, 2011

b. Power

Menurut Rohani, dkk (2011:16-17) :

1) His (kontraksi otot rahim)

Kontraksi otot-otot rahim pada persalinan. Pada bulan terakhir dari kehamilan dan sebelum persalinan dimulai, sudah ada kontraksi rahim yang disebut his. His dibedakan menjadi 2, yaitu :

a) His pendahuluan atau his his palsu

Yang sebetulnya hanya merupakan peningkatan dari kontraksi dari braxton hicks. His pendahuluan ini bersifat tidak teratur dan menyebabkan nyeri di perut bagian bawah dan lipatan paha, tidak menyebabkan nyeri yang memancar dari pinggang ke perut bagian bawah seperti his persalinan.

b) His persalinan

Walaupun his merupakan suatu kontraksi dari otot-otot rahim yang fisiologis, akan tetapi bertentangan dengan kontraksi fisiologis lainnya bersifat nyeri. Perasaan nyeri tergantung juga pada ambang nyeri dari penderita, yang ditentukan oleh kondisi jiwanya. Kontraksi rahim bersifat otonom, artinya tidak dipengaruhi oleh kemauan, namun dapat dipengaruhi oleh luar, misalnya rangsangan oleh jari-jari tangan.

- 2) Kontraksi dinding rahim
 - 3) Kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan
 - 4) Ketegangan dan kontraksi ligamentum retundum.
- c. Passanger (Isi kehamilan)

Menurut Marmi, (2012). faktor passanger terdiri atas 3 komponen yaitu janion, air ketuban dan plasenta.

1) Janin

Janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yaitu ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kehamilan normal.

2) Plasenta

Karena plasenta juga harus melalui jalan lahir, ia dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada persalinan normal.

Plasenta adalah bagian dari kehamilan yang penting. Dimana plasenta memiliki peranan berupa transport zat dari ibu ke janin, penghasil hormon yang berguna saat kehamilan, serta sebagai barrier. Melihat pentingnya peranan dari plasenta akan menyebabkan kelainan pada janin ataupun mengganggu proses persalinan.

3) Air Ketuban

Waktu persalinan air ketuban membuka servik dengan mendorong selaput janin kedalam ostium, bagian selaput anak yang di atas ostium uteri yang menonjol waktu his tersebut ketuban. Ketuban inilah yang membuka servik. Cairan ini penting untuk melindungi pertumbuhan dan perkembangan janin, yaitu : menjadi bantalan untuk melindungi janin terhadap trauma luar, menstabilkan perubahan suhu, pertukaran cairan, sarana yang meyakinkan janin bergerak bebas, sampai mengatur tekanan rahim.

d. Posisi Ibu

Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Posisi tegak memberi sejumlah keuntungan. Mengubah posisi membuat rasa letih hilang, memberi rasa nyaman dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak meliputi posisi berdiri, berjalan, jongkok. Posisi tegak memungkinkan gaya gravitasi membantu penurunan janin. Kontraksi biasanya lebih kuat dan lebih efisien untuk membantu penipisan dan dilatasi serviks sehingga persalinan menjadi lebih cepat. Selain itu posisi tegak dianggap mengurangi insiden penekanan tali pusat. Posisi tegak juga menguntungkan curah jantung ibu yang dalam kondisi normal meningkat selama persalinan seiring kontraksi uterus mengembalikan darah ke anyaman pembuluh darah. Peningkatan

curah jantung memperbaiki aliran darah ke unit uteroplasenta dan ginjal ibu. (Sari dkk, 2014:68-69).

6. Sebab Mulainya Persalinan

a. Teori Penurunan Hormon

Saat 1-2 minggu sebelum proses melahirkan dimulai, terjadi penurunan kadar esterogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otol polos rahim, jika kadar progesteron turun akan menyebabkan tegangnya pembuluh darah dan menimbulkan his (Kuswanti, 2014:4).

b. Teori Plasenta Menjadi Tua

Menurut teori ini, plasenta yang menjadi tua dapat menyebabkan menurunnya kadar esterogen dan progesteron yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah pada vili chorialis di plasenta, sehingga menyebabkan kontraksi pada rahim (Sari dkk, 2014:9).

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

d. 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 ok di fisik meningkatkan aktivitasnya dalam merangsang otot rahim untuk berkontraksi, dan akhirnya persalinan dimulai (Kuswanti, 2010:5)

e. Teori Hipotalamus-Pituitari Dan Glandula Suprenlis

Teori ini menunjukkan, pada kehamilan dengan bayi anensefalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuknya hipotalamus (Manuaba, 2010:168).

f. 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 (Setyorini, 2010:6).

7. Jenis Persalinan

a. Jenis persalinan berdasarkan teknik

1) Persalinan Spontan

Persalinan spontan adalah persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibunya sendiri dan melalui jalan lahir (Maryunani, 2016:268).

2) Persalinan Buatan

Persalinan buatan adalah proses persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar, misalnya ekstraksi dengan forceps atau dilakukan operasi *sectio caesarea* (Sari, 2014:84).

3) Persalinan Anjuran

Pada umumnya persalinan terjadi bila bayi sudah cukup besar untuk hidup diluar, tetapi tidak sedemikian besarnya sehingga menimbulkan kesulitan dalam persalinan. Kadang-kadang persalinan tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian potocin atau prostaglandin (Sumarah, 2009:67).

b. Jenis Persalinan Mernurut lama Kehamilan dan Berat Janin

1) Abortus

Abortus merupakan terputusnya kehamilan, fetus belum sanggup hidup diluar uterus, berat janin 400-1000 gram, umur kehamilan kurang dari 28 minggu (Sari, 2014:84).

2) Partus Immaturus

Pengeluaran buah kehamilan antara 22-28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500-999 gram (Marmi, 2016:4).

3) Partus Prematurus

Persalinan dari hasil konsepsi pada umur kehamilan 28-36 minggu. Janin dapat hidup, tetapi prematur, berat janin antara 1000-2500 gram (Sujiati, 2009:6).

4) Persalinan Aterm

Persalinan yang terjadi antara umur kehamilan 37-42 minggu dengan berat janin di atas 2500 gram (Sari, 2014:84).

5) Partus Serotinus atau Postmaturus

Persalinan yang terjadi 2 minggu atau lebih dari waktu partus yang ditaksir, janin tersebut postmatur (Marmi, 2016:4). Menurut Sari, (2010:85), kehamilan yang melewati lebih dari 294 hari atau lebih dari 42 minggu lengkap yang ditandai dengan bertambahnya berat janin dan tanda-tanda postmaturitas.

6) Partus Presipitatus

Persalinan yang berlangsung sangat cepat, berlangsung kurang dari 3 jam, dapat disebabkan oleh abnormalitas, kontraksi uterus dan rahim yang terlalu kuat atau pada keadaan yang sangat jarang dijumpai, tidak adanya rasa nyeri pada saat his

sehingga ibu tidak menyadari adanya proses persalinan yang sangat kuat (Maryunani, 2016:267).

8. Perubahan Fisiologi Persalinan

a. Uterus

Menurut Saifuddin, (2010:301) :

- 1) Pengurangan diameter horisontal menimbulkan pelurusan columna vertebralis janin, dengan menekan kutub atasnya rapat-rapat terhadap fundus uteri, sementara kutub bawah di dorong lebih jauh ke bawah dan menuju ke panggul. Pemanjangan janin berbentuk ovoid yang ditimbulkannya diperkirakan telah mencapai antara 5-10 cm.
- 2) Dengan memanjangnya uterus, serabut longitudinal ditarik tegang dan karenasegmen bawah rahim dan serviks merupakan satu-satunya bagian uterus yang fleksibel, bagian ini ditarik ke atas pada kutub bawah janin.

b. Kardiovaskular

Selama persalinan, curah jantung meningkat 40%-50% dibandingkan dengan kadar sebelum persalinan sekitar 80%-100%. Peningkatan curah jantung ini terjadi karena pelepasan katekolamin akibat nyeri karena kontraksi otot abdomen dan uterus. Seiring dengan kontraksi uterus, sekitar 300-500 ml darah dipindahkan ke volume darah sentral (Reeder, 2011:604).

c. Serviks

Sebelum proses persalinan, serviks mempersiapkan kelahiran dengan berubah menjadi lembut. Saat persalinan mendekat, serviks mulai menipis dan membuka (Sulistyawati, 2010:63).

d. Pernapasan

Kenaikan pernafasan dapat disebabkan karena adanya rasa nyeri, kekhawatiran serta penggunaan teknik pernafasan yang benar (Rohani dkk, 2011:176).

e. Tekanan Darah

Tekanan darah akan meningkat selama kontraksi, disertai peningkatan sistol rata-rata 15-20 mmHg dan diastol rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu tertentu diantara kontraksi, tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan (Sulistyawati, 2010:63).

f. Suhu

Sedikit meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Yang dianggap normal ialah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5 sampai 1°C, mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan (Varney *et al*, 2008:244).

g. Denyut nadi (Frekuensi jantung)

Penurunan yang mencolok selama acme kontraksi uterus tidak terjadi jika ibu berada dalam posisi miring bukan posisi telentang. Denyut jantung diantaranya kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode persalinan atau belum masuk persalinan.

Hal ini mencerminkan kenaikan dalam metabolisme yang terjadi selama persalinan. Denyut jantung yang sedikit naik merupakan hal yang normal, meskipun normal perlu dikontrol secara periode untuk mengidentifikasi infeksi (Wiknjosastro, 2006:165).

h. Perubahan pada ginjal

Poliuri sering terjadi selama persalinan, hal ini disebabkan oleh kardiak output yang meningkat serta glomerulus serta aliran plasma ke renal. Poliuri tidak begitu kelihatan dalam posisi terlentang yang mempunyai efek mengurangi aliran urine selama persalinan. Protein dalam urine (+1) selama persalinan merupakan hal yang wajar, tetapi proteinuri (+2) merupakan hal yang tidak wajar, keadaan ini lebih sering pada ibu primipara, anemia, persalinan lama atau pada kasus pre eklamsia (Nanny, 2011:121).

9. Kebutuhan Dasar Selama Persalinan

a. Makan Dan Minum Per Oral

Pemberian makanan padat pada pasien yang kemungkinan sewaktu-waktu memerlukan tindakan anestesi tidak disetujui, karena makanan yang tertinggal di lambung akan menyebabkan aspirasi pneumonia (tersedak dan masuk ke dalam saluran pernapasan). Alasan ini cukup logis karena pada proses persalinan, motilitas lambung, absorpsi lambung, dan sekresi asam lambung menurun. Sedangkan cairan tidak terpengaruh dan akan meninggalkan lambung dengan durasi waktu yang biasa, oleh

karena bidan itu pasien sangat di anjurkan untuk minum cairan yang manis dan berenergi sehingga kebutuhan kalorinya tetap terpenuhi (Sulistyawati, dkk 2010:41).

b. Kehadiran Pendamping

Menurut Sari dkk, (2014:126-131), pendampingan adalah perbuatan mendampingi, menemani dan menyertai dalam suka dan duka.

Dukungan pendamping persalinan :

1) Dukungan Fisik

Adalah dukungan langsung berupa pertolongan langsung yang diberikan oleh keluarga atau suami kepada ibu bersali.

2) Dukungan Emosional

Adalah dukungan berupa kehangatan, kepedulian maupun ungkapan empati yang akan menimbulkan keyakinan bahwa ibu merasa di cintai dan diperhatikan oleh suami, yang pada akhirnya dapat berpengaruh kepada keberhasilan.

Dukungan suami dalam proses persalinan akan membuat efek pada ibu yaitu dalam hal emosi, emosi ibu yang tenang akan menyebabkan sel-sel sarafnya mengeluarkan hormon oksitosin yang reaksinya akan menyebabkan kontraksi pada rahim di akhir kehamilan untuk mengeluarkan bayi.

c. istirahat

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

d. Akses Intravena

Ada 2 tujuan pemasangan infus, yakni :

- 1) Sebagai jalur obat, cairan atau darah untuk mempertahankan keselamatan ketika terjadi kegawatdaruratan obstetric
- 2) Sebagai cara mempertahankan hidrasi maternal (Varneyet al, 2008:698).

e. Posisi dan Ambulasi

Posisi yang aman selama persalinan sangat diperlukan bagi pasien. Selain mengurangi pada ketegangan dan rasa nyeri, posisi tertentu justru akan membantu proses penurunan kepala janin sehingga persalinan akan berjalan lebih cepat (selama tidak ada kontra indikasi dari keadaan pasien). Beberapa posisi dapat diambil antara lain Rekumben Lateral (miring), lutut-dada, duduk, berdiri, berjalan, dan jongkok (Nugraheny, 2010:43).

f. Eliminasi

1) Buang Air Besar

Pasien akan merasa sangat tidak nyaman ketika merasakan dorongan untuk BAB. Namun rasa khawatir kadang lebih mendominasi daripada rasa tidak nyaman. Hal ini terjadi karena pasien tidak tahu mengenai caranya serta khawatir akan respon orang lain terhadap kebutuhannya ini (Sulistyawati, 2010:46).

2) Buang Air Kecil

Selama proses persalinan, pasien akan mengalami poliuri sehingga penting untuk difasilitasi agar kebutuhan eliminasi dapat terpenuhi (Sulistyawati, 2010:46).

10. Sectio Caesarea

a. Pengertian

Sectio Caesarea merupakan prosedur bedah untuk kelahiran janin dengan insisi melalui abdomen dan uterus. Masalah yang menyertai kelahiran pervaginam seperti inkontinensia rektal dan urine. Peningkatan keamanan seksio cesarea semakin besarnya jumlah ibu tua yang mengandung dan kesiapan penolong terhadap legitasi untuk komplikasi kelahiran operatif per vaginam merupakan faktor-faktor yang menyebabkan peningkatan angka seksio cesarea (Liu, 2008:227).

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

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

b. Indikasi

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

Indikasi *seksio cesarea* dapat dibagi ke dalam kategori efektif, darurat terencana, darurat yang tidak terencana dan kategori peri-mortem serta post mortem untuk memudahkan audit. Komplikasi dan mortalitas yang jelas akibat prosedur bedah harus

dibedakan dari akibat adanya komplikasi obstetric dan masalah medis ibu. Sectio Caesarea dilakukan untuk :

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

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

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

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

c. Tipe-Tipe Sectio Caesarea

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

1) Segmen Bawah : Insisi Melintang

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

2) Segmen Bawah : Insisi Membujur

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

3) Sectio Caesarea Ekstraperitoneal

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

4) Sectio Caesarea Klasik

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

d. Komplikasi

Menurut Mochtar, (2010: 121) yaitu:

- 1) Komplikasi *Sectio Caesarea*
 - a) Infeksi puerperal (nifas)
 - b) Kenaikan suhu beberapa hari saja (komplikasi ringan)
 - c) Kenaikan suhu lebih tinggi, disertai dehidrasi, perut sedikit kembung (komplikasi berat)
 - d) Perinotis dan sepsis, hal ini sering dijumpai pada partus terlantar, dimana sebelumnya telah terjadi infeksi intrapartal karena ketuban yang telah pecah terlalu lama, penanganannya adalah pemberian cairan elektrolit dan antibiotik yang ada dan tepat (komplikasi berat)
- 2) Perdarahan, disebabkan karena :
 - a) Banyak pembuluh darah terputus dan terbuka
 - b) Atonia Uteri

- c) Perdarahan pada plasenta bed
- d) Luka kandung kemih
- e) Kemungkinan ruptur uteri pada kehamilan mendatang

2.1.3 Konsep Dasar Nifas

1. Pengertian Nifas

Masa nifas (puerperium) adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu (Saleha, 2009:2).

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 keadaan sebelum hamil (Maritalia, 2014:11).

Menurut Cocad dan Dunstall (2006), masa nifas (puerperium) dimaknai sebagai periode pemulihan segera setelah lahirnya bayi dan plasenta serta mencerminkan keadaan fisiologi ibu, terutama sistem reproduksi kembali mendekati keadaan sebelum hamil. Periode ini berlangsung 6 minggu atau berakhir saat kembalinya keseburan.

2. Proses Masa Nifas

- a. Pengecilan rahim atau involusi

Rahim adalah organ tubuh 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. Di antaraotot-otot itu ada pembuluh darah yang mengalirkan darah ke plasenta. Setelah plasenta lepas, otot rahim akan berkontraksi atau mengerut, sehingga pembuluh darah terjepit dan perdarahan berhenti. Setelah bayi lahir, umumnya berat rahim menjadi sekitar 1.000 gram dan dapat diraba kira-kira 2 jari dibawah umbilikus. Setelah 1 minggu kemudian beratnya berkurang jadi sekitar 500 gram. Sekitar 2 minggu beratnya sekitar 300 gram dan tidak dapat diraba lagi. Jadi, secara alamiah rahim akan kembali mengecil perlahan-lahan kebentuk semula. Setelah 6 minggu beratnya sudah sekitar 40-60 gram. Pada saat ini dianggap bahwa masa nifas sudah selesai. Namun, sebenarnya rahim akan kembali keposisi yang normal dengan berat 30 gram dalam waktu 3 bulan, ini bukan hanya rahim saja yang kembali normal, tapi juga tubuh secara keseluruhan (Saleha, 2009:2).

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 hemoglobinnya 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 ke-15 pascasalin (Saleha, 2009:3).

c. Proses laktasi dan menyusui

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

3. Tahapan Masa Nifas

Tahapan masa nifas dibagi menjadi 3 tahap, yaitu :

a. Puerperium dini

Kepulihan ketika ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari (Ambarwati, 2010:3).

b. Puerperium intermedial

Kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu (Suherni, 2010:2).

c. Remote puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulanan tahunan (Walyani, 2015:121).

4. Perubahan Fisiologi Masa Nifas

a. Perubahan Sistem Reproduksi

1) Uterus

Uterus secara berangsur mengecil kembali 2 hari setelah melahirkan. Akhirnya setelah 2 bulan, keadaan akan kembali seperti keadaan sebelum hamil (Ambarwati, 2008:55).

Tabel 2.5
Proses Involusi Uteri

Involusi	TFU	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat, 2 jari dibawah pusat	1000 gr
1 minggu	Pertengahan pusat simfisis	750 gr
2 minggu	Tidak teraba diatas simfisis	500 gr
6 minggu	Normal	50 gr
8 minggu	Normal tapi sebelum hamil	30 gr

Sumber : Manuaba, 2012:56

2) Lochea

Menurut Ambarwati, (2010:78-79). Lochea adalah eksresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea ini 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 vagina normal.

Tabel 2.6
Macam-macam Lochea

Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari darah
Sanguinolenta	4-7 hari	Merah kecoklatan dan berlendir	
Serosa	7-14 hari	Kucing kecoklatan	
Alba	lebi dari 14 hari postpartum	Putih	
Lochea Purulenta		Putih	
Lokiastasis			

Sumber : Ambarwati, 2010:78

3) Serviks

Segera setelah berakhirnya kala TU, serviks menjadi lembek, kendur dan terkulai. Serviks tersebut bisa melepuh dan lecet, terutama di bagian anterior. Serviks akan terlihat padat yang mencerminkan vaskularitasnya yang tinggi, lubang serviks lambat laun mengecil, beberapa setelah persalinan diri retak karena robekan dalam persalinan. Rongga lehert serviks bagian luar akan membentuk seperti keadaan sebelum hamil pada 4 minggu postpartum (Saleha, 2009:57).

4) Payudara (mamae)

ASI di hasilkan oleh kerja gabungan antara hormone prolactin akan membuat sel kelenjar payudara menghasilkan ASI. Prolactin adalah hormone pertama yang bertanggung jawab dalam proses laktasi. Dengan rangsangan hisapan bayi

mengeluarkan prolactin dari adeno hipofise dan oksitosin dari neurohipofise. Pada saat yang sama akan menstimulasi saraf melalui tulang belakang ke hipotalamus untuk menekan pengeluaran faktor penghambat terhadap laktasi.

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

5) Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6-8 minggu postpartum. Penurunan hormon estrogen pada masa postpartum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Rugae akan terlihat kembali pada sekitar minggu keempat (Kumalasari, 2015:157-158)

b. Perubahan Sistem Pencernaan

1) Nafsu Makan

Rasa lelah yang amat berat setelah proses persalinan dapat mempengaruhi nafsu makan ibu. Sebagian ibu tidak

merasakan lapar sampai rasa lelah itu hilang. Ada juga yang merasakan lapar segera setelah persalinan.

2) Mortilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Pada persalinan bedah sesar kelebihan analgesik dan anestesi bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

3) Pengosongan Usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa nifas, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid, ataupun laserasi jalan lahir. (Marliandiani, 2015:13).

c. Perubahan Sistem Perkemihan

Pelvis ginjal dan ureter yang teregan dan berdilatasi selama kehamilan kembali normal pada akhir minggu ke-4 setelah melahirkan. Pemeriksaan sistopik segera setelah melahirkan menunjukkan tidak saja edema dan hiperemia kandung kemih, tetapi sering kali terdapat ekstrasvasasi darah pada submokusa.

Diuresis yang normal dimulai segera setelah bersalin sampai hari ke-5 setelah persalinan. Jumlah urine yang keluar dapat melebihi 3000 ml/hari. Hal ini diperkirakan merupakan bagian normal dari

kehamilan. Selain itu juga di dapati adanya keringat yang banyak pada beberapa hari pertama setelah persalinan (Saleha, 2009:59).

d. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Setelah poses persalinan selesi, dinding perut akan menjadi longgar, kendur dan melebar selama beberapa minggu atau bahkan sampai beberapa bulan akibat perenggangan yang begitu lama selama hamil. Ambulasi dini, mobilisasi dan senam nifas sangat dianjurkan untuk mengatasi hal tersebut. Pada wanita yang asthenis terjadi diastatis dari otot-otot rectus abdominalis sehingga seolah-olah sebagian dari dinding perut di garis tengah hanya terdiri dari peritoneum, fascia tipis dan kulit. Tempat yang lemah ini menonjol kalau berdiri atau mengejan (Maritalia, 2014:29-30).

e. Perubahan Tanda-Tanda Vital

1) Suhu

Suhu tidak lebih dari $37,2^{\circ}\text{C}$. Sesudah partus naik kurang lebih $0,5^{\circ}\text{C}$ dari keadaan normal, namun tidak akan melebihi 38°C . Sesudah 2 jam suhu kembali normal. Bila suhu lebih dari 38°C mungkin terjadi infeksi (Kumalasari, 2015:159).

2) Nadi dan pernapasan

Nadi berkisan antara 60-80 denyutan/menit setelah partus dan dapat terjadi bradikardi. Bila terdapat takikardi dan suhu tubuh tidak panas mungkin ada perdarahan berlebihan atau ada

vitium kordis pada penderita. Pada masa nifas denyut nadi labil dibandingkan suhu tubuh, sedangkan pernapasan akan sedikit meningkat dan kembali seperti semula setelah partus (Saleha, 2009:61).

3) Tekanan darah

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

d. Perubahan Sistem Kardiovaskular

Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300-400 cc. Bila kelahiran melalui section caesarea kehilangan darah dapat 2 kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah dan hemokonsentrasi. Apabila pada persalinan pervaginam haemokonsentrasi akan naik pada section caesarea haemokonsentrasicenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu.

Setelah melahirkan shunt akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menimbulkan beban pada jantung dan dapat menimbulkan dekomposisi kodis pada penderita vitium cordia. Untuk keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya haemokonsentrasi sehingga volume darah kembali

seperti sediakala. Umumnya hal ini terjadi pada hari ke-3 sampai ke-5 postpartum (Ambarwati, 2010:85-86).

e. Perubahan Sistem Endokrin

a) Hormon plasenta

Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. HCG (Human Chorionic Gonadotropin) menurun dengan cepat dan menetap 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).

b) Hormon pituitary

Prolaktin darah akan meningkat dengan cepat. Pada wanita yang tidak menyusui, prolaktin menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH akan meningkat pada fase konsentrasi *folikuler* (minggu ke-3) dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi (Marliandiani, 2015:17).

c) Hypotalamik pituitary ovarium

Lamanya seorang wanita mendapat menstruasi juga dapat dipengaruhi oleh faktor menyusui. Seringkali menstruasi pertama ini bersifat anovulasi karena rendahnya kadar estrogen dan progesteron (Marliandiani, 2015:17).

d) Kadar estrogen

Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktivitas prolaktin yang juga sedang

meningkat dapat memengaruhi kelenjar *mammae* dalam menghasilkan ASI (Sulistiyawati, 2009:80).

f. Perubahan Integumen (kulit)

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 dinding perut (*striae gravidarum*). Setelah persalinan, hormonal berkurang dan hiperpigmentasi menghilang. Pada dinding perut akan menjadi putih mengkilap (*striae albican*) (Kumalasari, 2015: 160).

5. Perubahan Psikologi Masa Nifas

Menurut, adaptasi psikologis dalam masa nifas yaitu :

1) Fase taking in

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakannya. Kelelahan membuat ibu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya. Oleh karena itu kondisi ibu perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik. Pada fase ini perlu diperhatikan pemberian

ekstra makanan untuk pemulihan. Disamping nafsu makan ibu memang meningkat (Ambarwati, 2010:88).

2) Fase taking hold

Fase kedua masa nifas adalah fase taking hold berlangsung antara 310 hari setelah melahirkan. Pada fase komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan atau pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya. Penuhi kebutuhan ibu tentang cara perawatan bayi, cara menyusui yang baik dan benar, cara perawatan luka jalan lahir, mobilisasi postpartum, senam nifas, nutrisi, istirahat, dan kebersihan diri (Maritalia, 2014:31).

3) Fase letting go

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini. Dukungan suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi. Kebutuhan akan istirahat masih dibutuhkan ibu untuk menjaga kondisi fisiknya (Reni, 2010:50).

6. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

a. Nutrisi dan Cairan

Perubahan pola hidup semasa hamil yang wajib dipertahankan dimasa postpartum adalah pola makan yang baik dan benar. Makanan “tidak asal masuk”, dan “tidak asal

mengenyangkan”, nutrisi yang baik dan penting untuk pemulihan pasca persalinan, menjaga kesehatan yang optimal agar dapat menjalankan tugas sebagai ibu, menjaga produksi dan kualitas ASI. Makanan yang dikonsumsi ibu harus mengandung karbohidrat, tinggi protein, zat besi, vitamin, dan mineral untuk mengatasi anemia, cairan dan serat untuk memperlancar sekresi. Ibu nifas dan menyusui membutuhkan tambahan kalori ± 700 kalori pada 6 bulan pertama untuk memberikan ASI eksklusif dan bulan selanjutnya kebutuhan kalori menurun ± 500 kalori, karena bayi telah mendapatkan makanan pendamping ASI.

Berikut zat-zat yang dibutuhkan dalam diet ibu pasca persalinan.

- 1) Penuhi diet berimbang, terdiri atas protein, kalsium, mineral, vitamin, sayuran hijau, dan buah.
- 2) Mengonsumsi tambahan kalori sesuai kebutuhan. Menyusui 500-700 kalori.
- 3) Kebutuhan cairan sedikitnya 3 liter/hari yang dapat diperoleh dari air putih, sari buah, susu, atau sup.
- 4) Vitamin A (200.000 unit) selain untuk ibu, vitamin A dapat diberikan kepada bayi melalui ASI.
- 5) Untuk mencegah anemia konsumsi tablet zat besi selama masa nifas (Marliandiani, 2015:38).

b. Eliminasi

1) Buang air kecil

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

2) Buang air besar

Buang air besar (BAB) biasanya tertunda selama 2-3 hari setelah melahirkan karena edema prapersalinan, dikit 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).

c. Personal Hygiene

Pada masa post partum, seorang ibu sangat rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu, kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan lingkungan sangat penting untuk tetap dijaga.

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

- 1) Anjurkan kebersihan seluruh tubuh, terutama perineum.
- 2) Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air.
- 3) Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya 2 kali sehari
- 4) Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.
- 5) Jika ibu luka episiotomi atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah tersebut (Saleha, 2009:73-74)

d. Ambulasi Dini (Early Ambulation)

Membimbing ibu secepat mungkin turun dari tempat tidur setelah persalinan akan membantu ibu cepat pulih asal dilakukan secara bertahap, hati-hati, dan seizin dokter. Ambulasi dini tidak wajib dilakukan pada ibu yang mengalami komplikasi nifas dan riwayat persalinan patologis.

Penelitian membuktikan bahwa ambulasi dini dapat mencegah terjadinya sumbatan pada aliran darah. Tersumbatnya aliran darah bisa menyebabkan terjadinya trombosis vens dalam (deep vein thrombosis) dan dapat menimbulkan infeksi pada pembuluh darah. Adapun keuntungan dari ambulasi dini, antara lain :

- 1) Ibu merasa lebih sehat dan lebih kuat.
- 2) Faal usus dan kandung kemih menjadi lebih baik.
- 3) Memungkinkan bidan untuk memberikan bimbingan maupun pendidikan kepada ibu mengenai cara perawatan bayi sehari-hari.
- 4) Lebih sesuai dengan keadaan Indonesia (lebih ekonomis).

Langkah- langkah mobilisasi dini yang dapat dilakukan untuk turun dari tempat tidur adalah sebagai berikut.

- 1) Awali dengan mengatur panas, miring kiri, miring kanan, dan duduk.
- 2) Duduk dengan tubuh di tahan dengan tangan, geserkan kaki ke sisi ranjang dan biarkan kaki menggantung sebentar.
- 3) Dengan bantuan orang lain, perlahan- lahan ibu berdiri dan masih berpegangan pada tempat tidur.
- 4) Jika terasa pening, duduklah kembali. Stabilkan diri beberapa menit sebelum melangkah (Marliandiani, 2015: 38-39).

e. Istirahat dan Tidur

Menurut Maritalia, (2012:52-53), kebutuhan istirahat sangat diperlukan ibu beberapa jam setelah melahirkan. Proses persalinan yang lama dan melelahkan dapat membuat ibu frustrasi bahkan depresi apabila kebutuhan istirahatnya tidak terpenuhi. Masa nifas sangat erat kaitannya dengan gangguan pola tidur yang dialami ibu, terutama segera setelah melahirkan. Pada 3 hari

pertama dapat merupakan hari yang sulit bagi ibu akibat menumpuknya kelelahan karena proses persalinan dan nyeri yang timbul pada luka perineum, dan akan kembali mendekati normal dalam 2-3 minggu setelah persalinan.

Pada ibu nifas kurang tidur mengakibatkan :

- 1) Berkurangnya produksi ASI.
- 2) Memperlambat proses involusi uterus dan meningkatkan perdarahan.
- 3) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri

f. Seksual

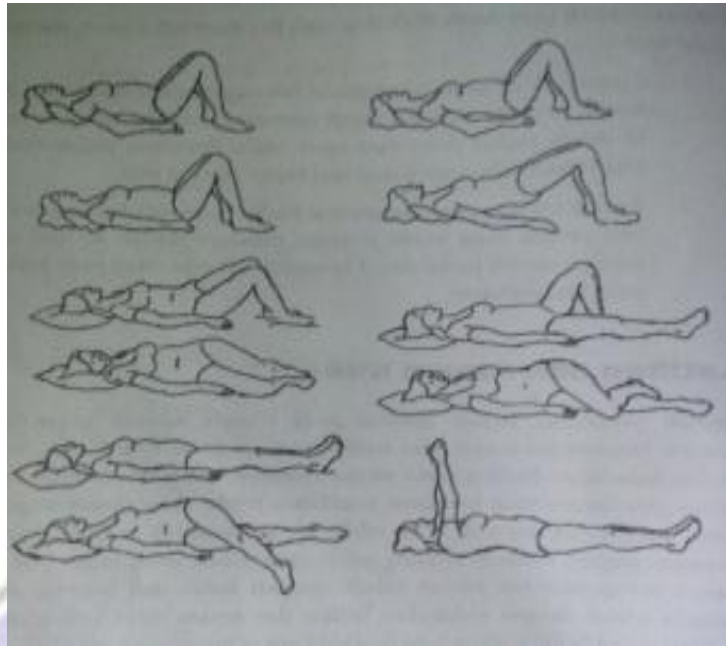
Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya dan agama yang melarang untuk melakukan hubungan seksual sampai masa waktu tertentu, misalnya 40 hari atau 6 minggu setelah kelahiran. Keputusan bergantung pada pasangan yang bersangkutan (Sulistyawati, 2009:103).

g. Latihan/Senam Nifas

Menurut Saleha, (2009:75-76), setelah persalinan terjadi involusi pada hampir seluruh organ tubuh wanita. Involusi ini sangat jelas terlihat pada alat-alat kandungan. Sebagai akibat kehamilan dinding perut menjadi lembek dan lemas disertai

adanya striae gravidarum yang membuat keindahan tubuh akan sangat terganggu. Oleh karena itu, mereka akan selalu berusaha untuk memulihkan dan mengencangkan keadaan dinding perut. Cara untuk mengembalikan bentuk tubuh seperti semula adalah dengan melakukan latihan dan senam nifas. Untuk itu beri penjelasan pada ibu tentang beberapa hal berikut.

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



Gambar 2.2
Senam Nifas
Sumber : Siti Saleha, 2009:76

- 3) Berdiri dengan tungkai dirapatkan. Kencangkan otot bokong dan pinggul, tahan sampai 5 hitungan. Relaksasi otot dan ulangi latihan sebanyak 5 kali.
- 4) Mulai mengerjakan 5 kali latihan untuk setiap gerakan. Setiap minggu naikkan jumlah latihan 5 kali lebih banyak. Pada minggu ke-6 setelah persalinan ibu harus mengerjakan setiap gerakan sebanyak 30 kali.

7. Kunjungan 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, tida ada bau.
- 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
- 3) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan cairan dan istirahat.
- 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan 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 ib selama masa nifas
- 2) Memberikan konseling untuk KB secara dini, imunisasi, senam nifas, dan tanda-tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi.

8. 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 penjalaran infeksi melalui vena. Hal ini terjadi pada masa nifas karena terbukanya

vena-vena selama proses persalinan sehingga memudahkan masuknya mikroorganisme patogen. Trombophlebitis sering menyebabkan kematian karena mikroorganisme dapat dengan mudah dan cepat menjalar ke seluruh tubuh melalui sistem peredaran darah dan menyebabkan infeksi pada organ tertentu.

b. 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.

2.1.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

1. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ektrauterin.(Nanny, 2011:1).

Menurut M.Sholeh Kosim (2007, neonatus atau bayi baru lahir normal 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 (Kumalasari, 2015:209).

2. Fisiologi Bayi Baru Lahir

a. Proses Bayi Baru Lahir

Perode Transisi

Pada saat lahir, bayi baru lahir akan mengalami masa yang paling dinamis dari seluruh siklus kehidupan. Bayi mengalami suatu proses perubahan dikenal sebagai periode transisi yaitu periode yang dimulai ketika bayi keluar dari tubuh ibu harus beradaptasi dari keadaan yang sangat bergantung menjadi mandiri secara fisiologis, selama beberapa minggu untuk sistem organ tertentu. Adaptasi ini merupakan suatu penyesuaian bayi baru lahir dari dalam uterus ke luar uterus, prosesnya disebut periode transisi atau masa transisi.

Secara keseluruhan, adaptasi diluar uterus merupakan proses berkesinambungan yang terjadi pada bayi baru lahir (Setyorini, 2015:28-30).

b. Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir

Menurut Nanny, (2011:2), ciri-ciri bayi baru lahir normal antara lain:

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

- 15) Refleksi *rooting* (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik.
 - 16) Refleksi *sucking* (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik.
 - 17) Refleksi *morro* (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik.
 - 18) Refleksi *grapsing* (menggenggam) sudah baik.
 - 19) Genetalia.
 - 20) Testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang (laki-laki).
 - 21) Vagina dan uretra yang berlubang, serta adanya labia minora dan mayora.
 - 22) Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan.
- c. Tahapan Bayi Baru Lahir
- 1) Tahap I terjadi segera setelah lahir, selamas menit-menit pertama kelahiran. Pada tahap ini digunakan sistem scoring apgar untuk fisik dan scoring gray untuk interaksi bayi dan ibu.
 - 2) Tahap II disebut tahap transisional reaktivitas. Pada tahap II dilakukan pengkajian sela 24 jam pertama terhadap adanya perubahan perilaku.

3) Tahap III disebut tahap periodik, pengkajian setelah 24 jam pertama yang meliputi pemeriksaan seluruh tubuh. (Nanny, 2011:3).

d. Penilaian Awal Bayi Baru Lahir Normal

Segera setelah lahir, letakkan bayi diatas kain bersih dan kering dan disiapkan pada perut bagian bawah ibu. Segera lakukan penilaian awal meliputi :

- 1) Apakah bayi menangis atau bernafas ?
- 2) Apakah tonus otot bayi baik ?

Jika bayi tidak menangis atau tidak bernafas atau megap-megap dan tonus otot tidak baik lakukan langkah resusitasi (JNPK-KR, 2008).

e. Penilaian APGAR SKOR

Menurut penilaian bayi baru lahir dilakukan dengan menggunakan sistem Apgar Skor. Dalam melakukan pertolongan persalinan merupakan kewajiban untuk melakukan : Pencatatan (jam dan tanggal kelahiran, jenis kelamin bayi, pemeriksaan tentang cacat bawaan). Identifikasi bayi (rawat gabung, identifikasi sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepaskan sampai penyerahan bayi). Pemeriksaan ulang setelah 24 jam pertama sangat penting dengan pertimbangan pemeriksaan saat lahir belum sempurna (Manuaba, 2010).

Tabel 2.7
Apgar Skor

Tampilan		0	1	2
A	<i>Appearance</i> (Warna Kulit)	Pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
P	<i>Pulse Rate</i> (Frekuensi Nadi)	Tidak ada	Kurang dari 100x/menit	Lebih dari 100x/menit
G	<i>Grimace</i> (Reaksi Terhadap Rangsangan)	Tidak ada	Sedikit gerak mimik, menyeringai	Batuk dan bersin
A	<i>Activity</i> (Tonus Otot)	Tidak ada	Ekstremitas dalam sedikit fleksi	Gerakan aktif
R	<i>Respiration</i> (Pernafasan)	Tidak ada	Lemah/ tidak teratur	Baik/menagis kuat

Sumber : Prawirohardjo, 2011

Keterangan :

- 1) Asfiksia Berat : Jumlah nilai 0-3
- 2) Asfiksia Sedang : Jumlah nilai 4-6
- 3) Vigerious baby : jumlah nilai 7-10

3. Perubahan Fisiologi Bayi Baru Lahir

a. Perubahan Pernafasan

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

rangsangan hipoksemia, sentuhan dan perubahan suhu di dalam uterus dan di luar uterus (Lenovo, 2009:281).

b. Sistem Pengaturan Tubuh

1) Pengaturan suhu

Suhu dingin lingkungan luar menyebabkan air ketuban menguap melalui kulit sehingga mendinginkan darah bayi. Pembentukan suhu tanpa mengigil merupakan usaha utama seorang bayi yang kedinginan untuk mendapatkan kembali panas tubuhnya melalui penggunaan lemak coklat untuk produksi panas (Wiknjosastro, 2006:224).

2) Mekanisme kehilangan panas

a) Evaporasi

Kehilangan panas berlebihan melalui evaporasi sering kali terjadi di ruang bersalin ketika bayi baru lahir basah, tetapi kehilangan panas juga dapat terjadi ketika bayi baru lahir dimandikan. Kehilangan panas melalui evaporasi juga terjadi pada paru saat bayi baru lahir mengalami takipnea atau jika kelembapan rendah (Muslihatun, 2010:13).

b) Konduksi

Kehilangan panas melalui konduksi meliputi transfer panas dari suatu benda yang lebih hangat ke benda

yang lebih dingin melalui kontak langsung. Hal ini dapat terjadi ketika bayi baru lahir ditaruh di atas permukaan yang dingin atau saat dipakaikan selimut dingin atau pakaian dingin (Marmi, 2012:24).

c) Konveksi

Melalui konveksi, transfer panas adalah dari tubuh ke udara sekelilingnya. Suhu bayi baru lahir dipengaruhi oleh aliran udara di lingkungannya, seperti yang disebabkan oleh terpasangnya alat pendingin ruangan (Muslihatun, 2010:13).

d) Radiasi

Radiasi terjadi ketika panas ditransfer dari benda yang hangat ke benda yang lebih dingin saat benda tersebut tidak kontak secara langsung. Tipe kehilangan panas ini dapat terjadi pada bayi baru lahir jika dinding inkubator dingin atau jila tempat tidur bayi ditaruh di dekat jendela (Reeder, 2011:76).

c. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Berkembangnya paru-paru, tekanan oksigen didalam alveoli meningkat. Sebaliknya, tekanan karbondioksida turun. Hal-hal tersebut mengakibatkan turunnya resistensi pembuluh-pembuluh darah paru, sehingga aliran darah ke alat tersebut meningkat. Ini menyebabkan darah dari arteri pulmonalis

mengalir ke paru-paru dan duktus arteriosus menutup. Dengan menciutnya arteri dan vena umbilikus dan kemudian dipotongnya tali pusat, aliran darah dari plasenta melalui vena kava inferior dan foramen ovale ke atrium kiri terhenti. Dengan diterimanya darah oleh atrium kiri dari paru-paru, tekanan di atrium kiri menjadi lebih tinggi dari pada tekanan di atrium kanan, ini menyebabkan foramen ovale menutup. Sirkulasi janin sekarang berubah menjadi sirkulasi bayi yang hidup di luar badan ibu (Manuaba, 2007:324).

d. Sirkulasi Peredaran Darah

Pada masa fetus, peredaran darah, dimulai dari plasenta melalui vena umbilikalis lalu sebagian ke hati dan sebagian lainnya langsung keserambi kiri jantung, kemudian ke bilik kiri jantung. Dari bilik kiri darah dipompa melalui aorta ke seluruh tubuh, kemudian melalui duktus arteriosus darah dari bilik kanan dipompa ke paru-paru. Setelah bayi lahir, paru akan berkembang yang mengakibatkan tekanan arteriol dalam paru menurun yang diikuti dengan menurunnya tekanan pada jantung kanan. Kondisi ini menyebabkan tekanan pada jantung kiri lebih besar dibandingkan dengan tekanan jantung kanan, dan hal tersebut menyebabkan foramen ovale menutup (Dewi, 2012).

e. Perubahan Fungsi Ginjal dan Eksresi Urine

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

Dalam 24 jam kelahiran, 92% bayi baru lahir yang sehat berkemih, tetapi berkemih pertama kali diamati. Berkemih selama beberapa hari pertama setelah dilahirkan mungkin sangat sedikit dan agak jarang kecuali bayi baru lahir tersebut mengalami edema pada saat lahir. Seiring dengan asupan cairan meningkat maka haluarannya juga meningkat. (Reeder, 2011:78).

f. Gastrointestinal

Sebelum lahir, janin cukup bulan mempraktikkan perilaku menghisap dan menelan. Reflek muntah dan batuk pada bayi lahir matur telah terbentuk baik pada saat lahir (Varney *et al*, 2007).

Setelah bayi lahir gerakan usus mulai aktif sehingga memerlukan enzim pencernaan dan kolonisasi bakteri diusus positif. Syarat pemberian minum kepada bayi adalah sirkulasi

baik, bising usus positif, tidak ada kembung, pasase mekonium positif, tidak ada muntah dan sesak nafas (Deslidel dkk, 2012).

g. Neurologis

Pemeriksaan neurologis merupakan indikator integritas sistem saraf. Baik respon yang menurun (hipo) maupun yang meningkat (hiper) merupakan penyebab masalah. Respon yang menurun dapat muncul akibat tidak adanya suatu saraf secara kongenital atau akibat kerusakan pada jalur motorik dan sensorik. Respon yang menurun atau meningkat terhadap stimulasi juga dapat merefleksikan adan defisit neurologi. Selama pemeriksaan neurologis, harus melakukan pengkajian terhadap indera bayi baru lahir. Melihat mendengar, dan mencium dapat dievaluasi pada bayi baru lahir (Varney *et al*, 2007:923).

Dalam pemeriksaan neurologis yang harus dimunculkan antara lain.

1) Refleks menggenggam (*grasping reflex*)

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

2) Refleks berkedip (*glabellar reflex*)

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

3) Refleks babinsky

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

4) Refleks mencari (*rooting reflex*)

Bayi akan menoleh ke arah akan diberikan minum dan dia sudah siap untuk menghisap dengan menyentuh pipi bayi, akab menyebabkan bayi memberi respons ini (Yunanto, 2010:66).

5) Refleks terkejut (*morro reflex*)

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

6) Refleks menghisap (*suckling reflex*)

Bila diletakkan sebuah benda di mulut bayi, maka bayi secara alami sudah siap untuk menghisap (Yunanto, 2010:66).

7) Refleks menoleh (*tonikneck reflek*)

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

8) Refleks menelan (*Swallowing reflex*)

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

9) Refleks merangkak (*crawling reflex*)

Bayi akan berusaha merangkak ke depan dengan kedua tangan dan kaki bila diletakkan telungkup pada permukaan datar (Marmi, 2012:102).

10) Reflek melangkah (*stepping reflex*)

Bayi akan menggerak-gerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan

cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan datar (Marmi, 2012:102).

4. Kebutuhan Bayi Baru Lahir

a. Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua energi berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih dari hari ke-6. Secara umum selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energi serbesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marmi, 2012:102).

Tabel 2.8
Kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonatus

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

Sumber : Saifuddin, 2009:136

b. Istirahat dan Tidur

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

c. Eliminasi

Pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama. Fase pertama ini berwarna hijau kehitaman, lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel. Sejak hari ketiga hingga hari kelima kelahiran, fases mengalami tahap transisi dan menjadi berwarna kuning kecoklatan. Urine pertama dikeluarkan dalam 24 jam pertama dan setelahnya dengan frekuensi yang semakin sering seiring meningkatnya asupan cairan. Urine encer, berwarna kuning dan tidak berbau (Freser, 2009:26).

d. Personal Hygiene

Bayi dimandikan sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya. Mandi selanjutnya 2-3 kali sehari. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mengering. Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urine dan fases membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah (Walsh, 2007:103).

e. Aktifitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal,

tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu pemeriksaan lebih lanjut (Saifuddin, 2006).

5. Kunjungan Neonatal

Berikut merupakan jadwal dan pelayanan yang dilakukan saat kunjungan neonatal :

a. Kunjungan Neonatal Ke-1 (KN 1) dilakukan pada kurung waktu 6-48 jam setelah lahir. Hal yang dilaksanakan :

- 1) Jaga kehangatan bayi.
- 2) Anjurkan ASI Eksklusif.
- 3) Rawat tali pusat.

b. Kunjungan Neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke-3 sampai hari ke-7 setelah lahir.

- 1) Jaga kehangatan bayi.
- 2) Anjurkan ASI Eksklusif.
- 3) Cegah infeksi.
- 4) Rawat tali pusat.

c. Kunjungan Neonatal ke-3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke-8 sampai dengan hari 28 setelah lahir.

- 1) Periksa ada/tidak tanda bahaya dan atau gelala sakit.
- 2) Lakukan :
 - a) Jaga kesehatan tubuh
 - b) Beri ASI Eksklusif

c) Rawat tali pusat (Walyani, 2014:84).

6. Penyuluhan Sebelum Bayi Pulang

Menurut Marmi (2012:355), penyuluhan sebelum bayi pulang yaitu :

- a. Tidak mau minum dan menyusui
- b. Pemberian ASI
- c. Jaga kehangatan bayi
- d. Tanda-tanda bahaya
- e. Imunisasi
- f. Perawatan harian atau rutin
- g. Pencegahan infeksi dan kecelakaan.

7. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

- a. Pernafasan sulit atau lebih dari 60 kali
- b. Terlalu panas/dingin
- c. Isapan lemah (tidak mau mengisap)
- d. Warna kulit biru, kuning atau pucat
- e. Infeksi (suhu meningkat, pernafasan sulit)
- f. Mengantuk berlebihan (banyak muntah)
- g. Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah
- h. Feses/kemih (tidak berkemih dalam 24 jam, feses lembek, kering, hijau tua, ada lendir atau darah)

- i. Aktivitas : menggigil (tangis tidak bisa, sangat mudah tersinggung, lemas, terlalu mengantuk, lunglai, kejang, tidak tenang, menangis terus-menerus) (Deslidel dkk, 2011:98).

8. Komplikasi pada Bayi Baru Lahir

a. Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

Bayi BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan lahir kurang dari 2.500 gram tanpa memandang masa kehamilan. Penyebabnya secara umum bersifat multifactorial. Namun penyebab terbanyak yang mempengaruhi adalah kelahiran prematur (Sulistyorini,2010).

b. Asfiksia

Asfiksia pada bayi baru lahir atau asfiksia neonatorum adalah suatu keadaan bayi baru lahir yang gagal bernafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir. Asfiksia dapat mengakibatkan kematian dan diperkirakan 1 juta anak yang bertahan setelah mengalami asfiksia saat lahir hidup dengan morbiditas jangka panjang seperti cereblal palsy, retardasi mental, dan gangguan belajar faktor-faktor resiko terjadinya asfiksia neonatorum adalah faktor ibu, faktor plasenta, faktor janin, dan faktor persalinan (Rahma, 2014).

c. Infeksi/Sepsis

Sepsis neonatorum merupakan penyebab tersering dari perawatan di rumah sakit dan kematian neonatus baik di negara

berkembang maupun negara maju. Faktor resiko sepsis neonatorum adalah ketuban pecah dini dan air ketuban berbau. Selain itu, ibu pasien menderita infeksi saluran kemih dan flour albus pada saat kehamilan (Salendu,2012).

d. Ikterus

Ikterus adalah suatu gejala yang sering ditemukan pada bayi baru lahir. Semua bayi baru lahir akan mengalami proses “menjadi kuning” yang disebut sebagai ikterus neonatorum. Ikterus yang dialami oleh sebagian besar bayi baru lahir ini merupakan ikterus yang fisiologis, memiliki derajat ringan, yang terjadi karena adanya peningkatan bilirubin bebas (indirect) di dalam darah neonatus (Puspitasari, 2006).

e. Hipotermi/hipertermi

Bayi baru lahir kehilangan panas 4 kali lebih besar dari pada orang dewasa, sehingga mengakibatkan terjadinya penurunan suhu. Pada 30 menit pertama bayi dapat mengalami penurunan suhu 3-4°C. Pada ruangan dengan suhu 20-25°C suhu kulit bayi turun sekitar 0,30°C per menit. Penurunan suhu diakibatkan oleh kehilangan panas secara konduksi, konveksi, evaporasi dan radiasi. Kemampuan bayi yang belum sempurna dalam memproduksi panas maka bayi sangat rentan untuk mengalami hipotermia (Hutagaoul, 2014).

f. Gangguan nafas

Kegawatan nafas pada neonatus merupakan masalah yang dapat menyebabkan henti nafas bahkan kematian sehingga dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas pada bayi baru lahir. Banyak faktor resiko kegawatan nafas neonatus baik faktor bayi, ibu, tali pusat, plasenta dan persalinan (Marfuah, 2013).

g. Tetanus neonatorum

Tetanus neonatorum adalah penyakit yang disebabkan *Clostridium tetani*. Penyakit yang terjadi pada masa neonatal (bayi usia < 28 hari) masih merupakan penyebab utama kematian neonatal di negara berkembang termasuk Indonesia. Penyakit ini merupakan kausa kedua kematian penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (Tantijati, 2006).

2.1.5 Konsep Keluarga Berencana KB

1. Pengertian Keluarga Berencana

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

Kontrasepsi berasal dari kata kontra yang berarti mencegah atau melawan, sedangkan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur yang matang dan sel sperma yang mengakibatkan kehamilan. Maksud dari kontrasepsi adalah menghindari/mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel spermisida. Pemilihan jenis kontrasepsi didasarkan pada tujuan penggunaan, yaitu :

- a) Menunda kehamilan
- b) Menjarangkan kehamilan (mengatur kesuburan)
- c) Mengakhiri kesuburan (tidak ingin hamil lagi). (Sukarni K, I 2013:366).

2. Macam – macam Alat Kontrasepsi

a. Kontrasepsi Alamiah

Dalam menggunakan kontrasepsi alamiah. Dianjurkan untuk tidak menggunakan salah satu metode, tetapi dengan mengkombinasikan keduanya.

1) Metode Amenore Laktasi (MAL)

(Hidayati, 2012:1-8).

a) Definisi

Metode Amenore Laktasi (MAL) merupakan alat kontrasepsi yang mengandalkan pemberian air susu ibu (ASI). Metode Amenore Laktasi dapat dijadikan sebagai alat kontrasepsi bila memenuhi syarat berikut.

- (1) Menyusui secara penuh (*full breast feeding*).
- (2) Belum menstruasi.
- (3) Usia bayi kurang dari 6 bulan.
- (4) Metode ini efektif sampai 6 bulan.
- (5) Harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya.

Penggunaan MAL bagi ibu-ibu postpartum sebagai metode kontrasepsi dapat diandalkan sepanjang ibu tidak mengalami ovulasi. Hanya saja yang menjadi persoalannya adalah menentukan kapan ovulasi akan kembali. Kebanyakan (tetapi tidak semua) ibu-ibu yang sedang menyusui tidak akan mengalami ovulasi untuk 4-24 minggu setelah melahirkan, sedangkan ibu-ibu yang tidak menyusui ovulasi lebih dini, yaitu 1-2 bulan setelah melahirkan.

b) Cara kerja

Konsentrasi prolaktin meningkat sebagai respons terhadap stimulus pengisapan 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. Kadar prolaktin yang tinggi

menyebabkan ovarium menjadi kurang sensitif terhadap perangsangan gonadotropin yang memang sudah rendah, dengan akibat timbulnya inaktivasi ovarium, kadar estrogen yang rendah dan an-ovulasi. Bahkan pada saat aktivitas ovarium mulai pulih kembali, kadar prolaktin yang tinggi menyebabkan fase luteal yang singkat dan fertilitas menurun. Jadi, intinya cara kerja Metode Amenore Laktasi (MAL) ini adalah dengan *penundaan atau penekanan ovulasi*.

c) Keuntungan

- (1) Efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada 6 bulan pascapersalinan).
- (2) Segera efektif
- (3) Tidak mengganggu senggama.
- (4) Tidak ada efek samping secara sistemik.
- (5) Tidak perlu pengawasan medis.
- (6) Tidak perlu obat atau alat.
- (7) Tanpa biaya.

d) Keterbatasan

- (1) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pascapersalinan.
- (2) Mungkin sulit hanya sampai kembalinya menstruasi atau sampai dengan 6 bulan. Hanya wanita amenore

yang memberikan ASI secara eksklusif dengan interval teratur, termasuk pada waktu malam hari, yang selama 6 bulan pertama mendapatkan perlindungan kontraseptif sama dengan perlindungan yang diberikan oleh kontrasepsi oral. Dengan munculnya menstruasi atau setelah 6 bulan, risiko ovulasi meningkat.

- (3) Tidak melindungi terhadap infeksi menular seksual (IMS) termasuk HbV dan HIV.

e) Indikasi

- (1) Ibu yang sudah menyusui secara eksklusif dan bayinya berusia kurang dari 6 bulan.
- (2) Belum mendapat menstruasi setelah melahirkan.
- (3) Kita dapat mendorong ibu untuk memilih metode lain dengan tetap menganjurkan untuk melanjutkan ASI, saat terjadi keadaan-keadaan seperti :
 1. Bayi mulai diberikan makanan pendamping secara teratur (menggantikan satu kali menyusui),
 2. Menstruasi sudah mulai kembali,
 3. Bayi sudah tidak terlalu sering menyusu (*on demand*),
 4. Bayi sudah berusia 6 bulan atau lebih.

f) Kontra indikasi

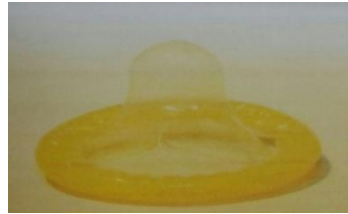
- (1) Sudah mendapat menstruasi setelah persalinan.

- (2) Tidak menyusui secara eksklusif.
- (3) Bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan.
- (4) Bekerja dan terpisah dari bayi lebih lama dari 6 jam.

2) Kondom

Kondom merupakan alat kontrasepsi yang bisa melindungi pemakainya dari penyakit menular seksual (misalnya AIDS) dan dapat mencegah perubahan *prekanker* tertentu pada sel-sel leher rahim. Ada kondom yang ujungnya memiliki penampung semen, jika tidak ada penampung semen sebaiknya kondom disisakan sekitar 1 cm didepan penis. Kondom harus dilepaskan secara perlahan karena jika semen tumpah maka sperma bisa masuk ke vagina sehingga terjadi kehamilan.

Untuk menambah efektivitas pemakaian kondom bisa ditambahkan *spermisida* (biasanya terkandung di dalam pelumas kondom atau dimasukkan secara terpisah ke dalam vagina).Kondom wanita merupak alat kontrasepsi penghalang yang dipasang di vagina dengan bantuan sebuah cincin. (Sukarni, 2013:369).



Gambar 2.21
Kondom

Sumber : <https://www.google.co.id/kontrasepsi+kondom.com>

b. Kontrasepsi Mekanis (AKDR/IUD)

1) Pengertian

AKDR atau IUD atau spiral adalah suatu benda kecil yang terbuat dari plastik yang lentur, mempunyai lilitan tembaga atau juga mengandung hormon dan dimasukkan ke dalam rahim melalui vagina serta mempunyai benang (Handayani, 2010).

AKDR atau IUD adalah suatu alat kontrasepsi modern yang telah dirancang sedemikian rupa (baik bentuk, ukuran, bahan, dan masa aktif fungsi kontrasepsinya), diletakkan dalam kavum uteri sebagai usaha kontrasepsi, menghalangi fertilisasi, dan menyulitkan telur berimplantasi dalam uterus (Hidayati, 2009)

2) Jenis AKDR atau IUD

a) AKDR Nonhormonal

Pada saat ini AKDR telah memasuki generasi keempat.

Oleh karena itu, berpuluh-puluh macam AKDR telah

dikembangkan. Mulai dari generasi pertama yang terbuat dari benang sutra logam sampai generasi plastik (polietilen) baik yang ditambah obat atau tidak.

b) AKDR yang mengandung hormonal

(1) Progestasert – T = Alza T

Panjang 36 mm, lebar 32 mm, dengan dua lembar benang ekor warna hitam, mengandung 38 mg progesteron dan barium sulfat, melepaskan 65 µg progesteron setiap hari, tabung insersinya berbentuk lengkung daya kerja 18 bulan, teknik insersi *plunging (modified withdrawal)*.

(2) LNG-20

Mengandung 46-60 mg lenovorgestrel, dengan pelepasan 20 µg per hari, angka kegagalan/kehamilan angka terendah yaitu <0,5 per 100 wanita per tahun. Pengehentian pemakainya karena persoalan-persoalan perdarahannya ternyata lebih tinggi dibandingkan IUD lainnya, karena 25% mengalami amenorea atau perdarahan haid yang sangat sedikit (Handayani, 2010).

c) Jenis-jenis IUD di Indonesia

1) Copper-T

IUD berbentuk T, terbuat dari bahan *polyethelene* di mana pada bagian vertikalnya diberi lilitan kawat tembaga halus. Lilitan kawat tembaga halus ini mempunyai efek antifertilisasi (anti pembuahan) yang cukup baik. IUD bentuk T yang baru. IUD ini melepaskan lenovorgestrel dengan konsentrasi yang rendah selama minimal lima tahun. Kerugian metode ini adalahn tambahan terjadinya efek samping hormonal dan amenorhea.

2) Copper-7

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

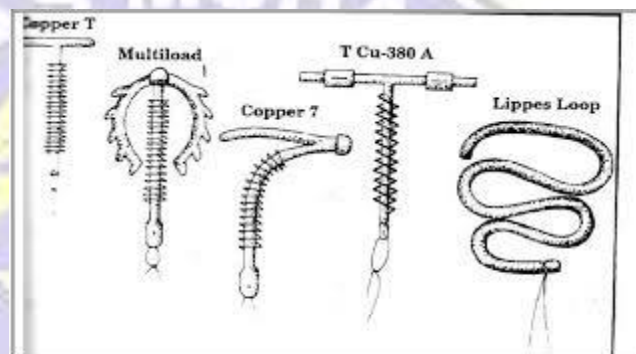
3) Multi Load

IUD ini terbuat dari plastik (*polyethelene*) dengan dua tangan kiri dan kanan berbentuk sayap yang fleksibel. Ada 3 ukuran multi load, yaitu standar, small (kecil), dan mini.

4) Lippes Loop

IUD ini terbuat dari bahan *polyethelene*, bentuknya seperti spiral atau S bersambung. Untuk memudahkan

kontrol, dipasang benang pada ekornya. Lippes Loop mempunyai angka kegagalan rendah. Keuntungan lain dari pemakaian spiral jenis ini ialah bila terjadi perforasi jarang menyebabkan luka atau penyumbatan usus, sebab terbuat dari bahan plastik. (Sukarni, 2013.:371-372).



Gambar 3: Jenis alat Kontrasepsi AKDR

Gambar 2.22

Jenis alat kontrasepsi AKDR

Sumber : <https://www.google.co.id/macam+macam+kontrasepsi+iud&client.com>

3) Mekanisme Kerja

- a) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopii
- b) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri
- c) IUD bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun IUD membuat sperma sulit masuk ke

dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi sperma untuk fertilisasi. (Sukarni K. Dkk, 2013. hal 372)

4) Efektivitas

Efektivitas dari macam-macam IUD bergantung pada beberapa hal berikut.

a) IUD-nya : bentuk, ukuran, dan mengandung CU atau progesteron.

b) Akseptor

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

(2) Paritas : makin muda usia, terutama pada nuligravida, makin tinggi angka ekspulsi dan pengangkatan/pengeluaran IUD.

(3) Frekuensi sanggama.

c) Sebagai kontrasepsi, efektivitasnya tinggi. Sangat efektif 0,6-0,8 kehamilan per 100 perempuan dalam satu tahun pertama (satu kegagalan dalam 125-170 kehamilan).

(Handayani, 2010)

5) Keuntungan

a) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan.

b) Metode jangka panjang (sepuluh tahun proteksi dari CuT-308 A dan tidak perlu diganti).

- c) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat.
 - d) Tidak memengaruhi hubungan seksual.
 - e) Meningkatkan kenyamanan seksual, karena tidak perlu takut hamil lagi.
 - f) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (CuT-380A).
 - g) Tidak mempengaruhi kualitas ASI.
 - h) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortys (apabila tidak ada infeksi).
 - i) Dapat digunakan sampai menopause (satu tahun atau lebih setelah haid terakhir).
 - j) Tidak ada interaksi dengan obat-obatan.
 - k) Membantu mencegah kehamilan ektopik. (Handayani, 2010).
- 6) Kerugian
- a) Efek samping yang umum terjadi yaitu sebagai berikut.
 - (1) Perubahan siklus haid (umumnya pada tiga bulan pertama dan akan berkurang setelah tiga bulan).
 - (2) Haid lebih lama dan banyak.
 - (3) Perdarahan (*spotting*) antar menstruasi.
 - (4) Saat haid lebih sakit (dismenore).

b) Komplikasi lain sebagai berikut.

(1) Merasakan sakit dan kejang selama tiga sampai lima hari setelah pemasangan.

(2) Perdarahan hebat di waktu haid ataudi antaranya dapat memungkinkan penyebab anemia.

(3) Perforasi dinding uterus (sangat jarang apabila pemasangan benar).

c) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS.

d) Tidak dapat digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan.

e) Penyakit radang panggul dapat terjadi setelah wanita IMS memakai AKDR. PRP dapat memicu infertilitasi.

f) Kien tidak dapat melepas AKDR sendiri. Petugas Kesehatan terlatih yang harus melepas AKDR.

g) Tidak mencegah terjadinya kehamilan ektopik karena fungsi AKDR untuk mencrgah kehamilan normal.

7) Indikasi

a) Usia reproduksi.

b) Keadaan nulipara.

c) Menginginkan kontrasepsi jangka panjang.

d) Perempuan menyusui yang menginginkan kontrasepsi.

e) Setelah menyusui dan tidak ingin menyusui bayinya.

f) Setelah abortus dan tidak ada infeksi.

- g) Perempuan dengan resiko rendah IMS.
 - h) Tidak menghendaki metode hormonal.
 - i) Tidak perlu mengingat-ingat minum pil setiap hari,
 - j) Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari senggama
- (Handayani, 2010).

AKDR dapat digunakan pada ibu dalam segala kemungkinan, misalnya sebagai berikut. (Hidayati, 2009).

- a) Perokok.
- b) Pascaabortus.
- c) Perempuan yang sedang memakai obat antibiotik dan anti kejang.
- d) Pasien obesitas/kurus.
- e) Penderita tumor jinak payudara.
- f) Penderita Ca payudara.
- g) Pusing-pusing atau nyeri kepala.
- h) Varises kaki dan vulva.
- i) Pernah menderita penyakit seperti stroke, DM, liver, dan empedu.
- j) Menderita hipertensi, jantung, malaria, skistomiasis (tanpa anemia).
- k) Pasca-KET
- l) Pasca pembedahan pelvis.

8) Kontraindikasi

a) Kontraindikasi Mutlak

- (1) Diketahui atau dicurigai hamil.
- (2) Alergi terhadap tembaga.
- (3) Memiliki IMS yang aktif atau baru terjadi dalam tiga bulan terakhir.
- (4) Perdarahan vaginal abnormal yang belum didiagnosis.
- (5) Rongga uterus mengalami distorsi hebat sehingga pemasangan atau penempatan sulit dilakukan, fibroid besar (Uliyah, 2010)
- (6) Penyakit trofoblas ganas.
- (7) TBC pelvis (Hidayati, 2009).

b) Kontraindikasi Relatif

- (1) Usia pemakai yang masih muda dan sangat rawan terjangkit IMS, karena tingkat aktivitas seksual yang masih sangat tinggi.
- (2) Memiliki banyak pasangan seksual.
- (3) Menoragia dan anemia. (Uliyah, 2010).
- (4) Kelainan uterus (mioma. Polip, jaringan parut bekas SC).
- (5) Insufisiensi serviks.
- (6) Tumor ovarium.
- (7) Gonorea.

(8) Dismenore.

(9) Stenosis kanalis servikalis.

(10) TFU <6,5 (Indonesia <5 cm) (Hidayati, 2009).

9) Waktu 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

10) Pemasangan AKDR

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.

c. Kontrasepsi Hormonal

1) Pil

Pil kontrasepsi mencakup pil kombinasi yang berisi hormone esterogen dan progesteron yang biasa oleh wanita disebut dengan “pil” sedangkan yang hanya berisi progestin biasa di sebut denga “pil mini”. Semua pil kontrasepsi ini disingkat dengan COC dan POP oleh tenaga kesehatan.

a) Pil kombinasi

(1) Pengertian

Pil kombinasi (combinated oral contraceptive, COC) berisi hormone esterogen dan progesteron. Pil ini mencegah kehamilan dengan cara :

(a) Menghambat ovulasi.

(b) Membuat endometrium tidak mendukung untuk implantasi.

(c) Membuat serviks tidak dapat ditembus oleh sperma.

Pada pemakaian yang seksama efektivitas 99% mencegah kehamilan, pada pemakaian yang kurang seksama efektivitasnya 93%. (Sukarni K, I 2013:376).



Gambar 2.23
Pil Kombinasi

Sumber : <https://www.google.co.id/kontrasepsi+pil+kombinasi&client.com>

(2) Kerugian

- (a) Perlu diminum secara teratur, cermat, dan konsisten.
- (b) Tidak ada perlindungan terhadap penyakit menular seksual (PMS) danm HIV.
- (c) Peningkatan resiko gangguan sirkulasi seperti hipertensi, penyakit arteri dan tromboembolisme vana.
- (d) Peningkatan risiko adenoma hati, ikterus kolestasik, batu ginjal.
- (e) Efek COC pada kanker payudara.

(f) Tidak cocok untuk perokok berusia diatas 35 tahun.

(Sukarni K, I 2013:376)

(3) Keuntungan

(a) Dapat diandalkan dan reversible.

(b) Meredakan dismenorea dan menoragi.

(c) Mengurangi resiko anemia.

(d) Mengurangi resiko penyakit payudara jinak.

(e) Meredakan gejala pramenstruasi.

(f) Kehamilan ektopik sedikit.

(g) Menurunkan kista ovarium.

(h) Penyakit radanf panggul lebih sedikit.

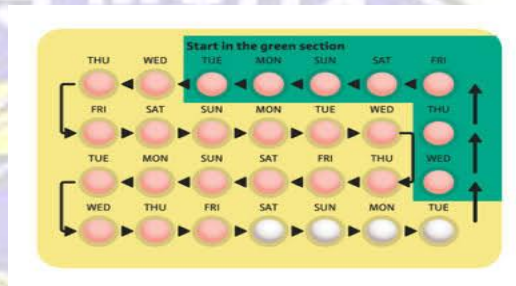
(i) Melindungi terhadap kanker endometrium dan ovarium. (Sukarni, 2013:377)

b) Pil mini

(1) Pengertian

Mini pil merupakan alat kontrasepsi oral yang kurang digunakan secara luas karena hanya mengandung progesteron saja dan tidak mengandung estrogen dan sedikit kurang efektif jika di bandingkan dengan pil kombinasi. Efektifitas mini pil bergantung pada kemampuan wanita minum satu pil setiap hari, mini pil yang terlupa lebih besar kemungkinannya menyebabkan kehamilan dari pada pil kombinasi yang

terlupa. Pemakai yang terlupa minum mini pil sampai 3 jam atau lebih harus menggunakan metode cadangan selama 7 hari. Pemakai mini pil memiliki resiko kehamilan ektopik yang lebih besar daripada pemakai kontrasepsi oral kombinasi, tetapi resiko ini masih lebih rendah daripada resiko pada wanita yang tidak menggunakan kontrasepsi. (Sukarni, 2013:377).



Gambar 2.24
Pil Progestin

Sumber: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commos/1/18/Blausen_0585_KB_pil.

(2) Kerugian

- (a) Kurang efektif dalam mencegah kehamilan di bandingkan pil kombinasi.
- (b) Karena tidak mengandung estrogen, mini pil menambah insidens dari perdarahan bercah (spotting), perdarahan menyeruapi haid, (breakthrough bleeding), variasi dalam panjang siklus haid, kadang-kadang amenorhe.

(c) Kurang efektif dalam mencegah kehamilan ektopik.

(d) Lupa minum 1 atau 2 tablet mini pil, atau kegagalan dalam absorbs mini pil oleh sebab muntah atau diare, sudah cukup untuk meniadakan proteksi kontraseptifnya. . (Sukarni, 2013:378)

(3) Keuntungan

(a) Dapat diberikan pada wanita yang menderita kadaan tromboembolik.

(b) Dapat di berikan pada wanita yang sedang menyusui.

(c) Cocok untuk wanita dengan keluhan efek samping yang disebabkan oleh eastrogen (sakit kepala, hipertensi, nyeri tungkai bawah, chloasma, BB bertambah dan mual) (Sukarni, 2013:377)

(4) Mekanisme kerja

(a) Mencegah terjadinya ovulasi dari beberapa siklus.

Pencegahan ovulasi di sebabkan gangguan pada sekresi hormone LH oleh kelenjar hypophyse, sehingga tidak terjadi puncak mid siklus.

(b) Perubahan dalam motilitas tuba.

Transportasi ovum melalui saluran tuba mungkin dipercepat sehingga mengurangi kemungkinan terjadinya fertilisasi.

(c) Perubahan lendir serviks, yang mengganggu motilitas atau daya hidup spermatozoa.

(d) Progesterin mencegah penipisan lendir serviks pada pertengahan siklus sehingga lendir serviks tetap kental dan sedikit, yang memungkinkan penetrasi spermatozoa.

(e) Perubahan dalam endometrium sehingga implantasi ovum yang telah dibuahi tidak mungkin terjadi.

(f) Perubahan dalam fungsi corpus luteum.

Corpus luteum berfungsi abnormal dimana sekresi progesteron sangat sedikit sekali sehingga tidak dapat terjadi konsepsi normal dan implantasi. .

(Sukarni, 2013:378).

2) Suntik

a) Suntikan Kombinasi

Menurut Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi, 2010.

(1) Pengertian

Jenis suntikan kombinasi adalah 25 mg Depo Medroksiprogesteron Asetat dan 5 mg Estradiol Sipionat yang diberikan injeksi IM. Sebulan sekali (Cyclofem), dan 50 mg Noretindron Enantat dan 5 mg Estradiol Valerat yang diberikan injeksi IM. sebulan sekali.



Gambar 2.25
Suntik Kombinasi

Sumber : https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commos/1/18/Blausen_0585_KB_pil.

(2) Cara Kerja

- (a) Menekan ovulasi.
- (b) Membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu.
- (c) Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu.
- (d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba.

(3) Efektivitas

- (a) Sangat efektif (0,1 - 0,4 kehamilan per 100 perempuan) selama tahun pertama penggunaan.

(4) Yang Boleh Menggunakan Suntikan Kombinasi

- (a) Usia reproduksi.
- (b) Telah memiliki anak, ataupun yang belum memiliki anak.
- (c) Ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektivitas yang tinggi.

(d) Menyusui ASI pascapersalinan > 6 bulan.

(e) Pascapersalinan dan tidak menyusui.

(f) Anemia.

(g) Nyeri haid hebat.

(h) Haid teratur.

(i) Riwayat kehamilan ektopik.

(j) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi.

(5) Yang Tidak Boleh Menggunakan Suntikan Kombinasi

(a) Hamil atau diduga hamil.

(b) Menyusui di bawah 6 minggu pascapersalinan.

(c) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.

(d) Penyakit hati akut (virus hepatitis).

(e) Usia > 35 tahun yang merokok.

(f) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau dengan tekanan darah tinggi (> 180/110 mmHg).

(g) Riwayat kelainan tromboemboli atau dengan kencing manis > 20 tahun.

(h) Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migrain.

(i) Keganasan pada payudara.

b) Kontrasepsi Progestin (Kontrasepsi Suntikan Progestin)

(1) Profil

(a) Sangat efektif.

(b) Aman.

(c) Dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi.

(d) Kembalinya kesuburan lebih lambat, rata-rata 4 bulan.

(e) Cocok untuk masa laktasi karena tidak menekan produksi ASI.



Gambar 2.26
Suntik Progestin

Sumber : <https://www.google.co.id/kontrasepsi+suntik+progestin&client.com>

(2) Jenis

Tersedia 2 jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin, yaitu:

(a) Medroksiprogesteron Asetat (Depoprovera), mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuskular (di daerah bokong).

(b) Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat), yang mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik intramuskular

(3) Cara Kerja

(a) Mencegah ovulasi.

(b) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma.

(c) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi.

(d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba.

(4) Yang Boleh Menggunakan Suntikan Progestin

(a) Usia reproduksi.

(b) Nulipara dan yang telah memiliki anak.

(c) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi.

(d) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai.

(e) Setelah melahirkan dan tidak menyusui.

(f) Setelah abortus atau keguguran.

(g) Telah banyak anak, tetapi belum menghendaki tubektomi.

(h) Perokok.

(i) Tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit.

(j) Menggunakan obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat) atau obat tuberkulosis (rifampisin).

(k) Tidak dapat memakai kontrasepsi yang mengandung estrogen.

(l) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi.

(m) Anemia defisiensi besi.

(n) Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi.

(5) Yang Tidak Boleh Menggunakan Suntikan Progestin

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

(b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.

(c) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenorea.

(d) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara.

(e) Diabetes mellitus disertai komplikasi.

3) Alat Kontrasepsi Implan (AKBK)

a) Pengertian

Kontrasepsi implan adalah metode kontrasepsi yang diinersikan pada bagian subdermal, yang hanya mengandung progesterin dengan masa kerja panjang, dosis rendah, dan reversibel untuk wanita.

Implan merupakan salah satu jenis kontrasepsi dengan lama kerja 3 tahun. Terdiri atas 2 batang kapsul silastik, yang mengandung 75 mg Levonorgestrel. Lokasi pemasangan dibagian dalam lengan atas melalui suatu tindakan operasi kecil. Khasiat kontraseptif jenis implan ini timbul beberapa jam setelah insersi, sedangkan tingkat kesuburan atau fertilitas akan kembali segera setelah pencabutan implan. (Kumalasari, 2015:278).



Gambar 2.27
Implant

Sumber : https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commos/1/18/Blausen_0585_KB_pil.

b) Cara kerja

(1) Lendir serviks menjadi kental

Kadar levonorgestrel yang konstan mempunyai efek nyata terhadap mukus serviks. Mukus tersebut menebal dan jumlahnya menurun, yang membentuk sawar untuk penetrasi sperma.

(2) Menekan ovulasi

Levonorgestrel menyebabkan supresi terhadap lonjakan *Luteinizing Hormone* (LH), baik pada hipotalamus maupun hipofisis yang penting untuk ovulasi.

(3) Mengurangi transportasi sperma

Perubahan lendir serviks menjadi lebih kental dan sedikit, sehingga menghambat pergerakan sperma.

(4) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi.

(5) Lenovorgestrel menyebabkan supresi terhadap maturasi siklik endometrium yang diinduksi estradiol, dan akhirnya menyebabkan atrofi.

(Kumalasari, 2015:278).

c) Jenis-jenis kontrasepsi implan

(1) *Norplant*

Terdiri atas 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, dengan diameter 2,4 mm, yang diisi dengan mg levonorgestrel dan lama kerjanya lima tahun. Pelepasan hormon setiap harinya berkisar antara 50-85 mcg pada tahun pertama penggunaan, kemudian menurun sampai 30-35 per hari untuk lima tahun berikutnya.

(2) *Implanon*

Terdiri atas satu batang putih lentur yang berisi progestin generasi ketiga, yang dimasukkan ke dalam inserter steril dan sekali pakai (*disposable*), dengan panjang kira-kira 40 mm, dan diameter 2 mm, terdiri atas suatu inti *Ethylene Vinyl Acetate* (EVA) yang berisi 68 mg 3-keto-desogestrel, dan lama kerjanya 3 tahun. Pada permulaan kecepatan pelepasan hormonnya adalah 60 mcg per hari, yang perlahan-

lahan turun menjadi 30 mcg per hari selama masa kerjanya.

(3) *Jadena dan Indoplant*

Terdiri atas dua batang yang isinya dengan 75 mg levonorgestrel dengan lama kerja 3 tahun.

(4) *Uniplant*

Terdiri atas satu batang putih silastik dengan panjang 4 cm, yang mengandung 38 mg norgestrel asetat dengan kecepatan pelepasan sebesar 100 µg per hari dan lama kerja satu tahun

(5) *Capronor*

Terdiri atas satu kapsul *biodegradable*. *Biodegradable* implan melepaskan progestin dari bahan pembawanya/pengangkut yang secara perlahan-lahan larut dalam jaringan tubuh.

(Kumalasari, 2015:279)

d) Waktu pemasangan

Waktu yang optimal untuk memasang implan *norplant* adalah :

- (1) Selama haid (dalam waktu 7 hari pertama siklus haid)
- (2) Pascapersalinan (3-4 minggu), bila tidak menyusukan bayinya

(3) Pasca keguguran (segera atau dalam 7 hari pertama),
atau

(4) Ibu yang sedang menyusukan bayinya secara eksklusif (lebih dari 6 minggu pascapersalinan dan sebelum 6 bulan pascapersalinan).

(Kumalasari, 2015:279)

e) Indikasi

(1) Usia reproduksi

(2) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang

(3) Ibu menyusui

(4) Pasca keguguran/ abortus

(5) Tidak menginginkan anak ladi, tetapi tidak mau menggunakan metode kontrasepsi mantap (vasektomi/tubektomi)

(6) Wanita dengan kontraindikasi hormon esterogen\

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

f) Kontraindikasi

(1) Hamil / diduga hamil

(2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya

(3) Kanker payudara atau riwayat kanker payudara

(4) Tidak dapat menerima perubahan pola menstruasi yang terjadi

(5) Diabetes melitus

(6) Penyakit jantung / darah tinggi

(7) Varises. (Kumalasari, 2015:280).

g) Keuntungan

(1) Daya guna tinggi

Efektivitas penggunaan implan sangat mendekati efektivitas teoritis. Efektivitas 0,2-1 kehamilan per 100 perempuan.

(2) Perlindungan jangka panjang.

Masa kerja paling pendek yaitu satu tahun dan jangka panjang sampai 5 tahun.

(3) Pengembalian kesuburan yang cepat.

Kadar levonorgestrel yang bersirkulasi menjadikannya terlalu rendah untuk dapat diukur dalam 48 jam setelah pengangkatan implan. Sebagian besar wanita memperoleh kembali siklus ovulatorik normalnya dalam bulan pertama setelah pengangkatan.

(4) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam.

Implan diinsersikan pada bagian subdermal di bagian dalam lengan atas.

(5) Bebas dari pengaruh estrogen.

Tidak mengandung hormon estrogen. Kontrasepsi implan mengandung hormon progestin dosis rendah.

Wanita dengan kontraindikasi hormon estrogen, sangat tepat dalam penggunaan kontrasepsi implan.

- (6) Tidak mengganggu kegiatan senggama.

Karena diinsersikan pada bagian subdermal di bagian dalam lengan atas.

- (7) Tidak mengganggu ASI

Implan merupakan metode yang paling baik untuk wanita menyusui. Tidak ada efek terhadap kualitas dan kuantitas air susu ibu, dan bayinya tumbuh secara normal.

- (8) Pasien hanya kembali ke klinik bila ada keluhan.

- (9) Dapat dicabut setiap saat.

- (10) Mengurangi jumlah darah menstruasi, terjadi penurunan dalam jumlah rata-rata darah menstruasi yang hilang.

- (11) Mengurangi/memperbaiki anemia.

Meskipun terjadi peningkatan dalam jumlah *spotting* dan hari perdarahan di atas pola menstruasi prapemasangan, konsentrasi hemoglobin para pengguna implan meningkat karena terjadi penurunan dalam jumlah rata-rata darah menstruasi yang hilang.

(Kumalasari, 2015:280-281)

h) Kerugian

Pada kebanyakan klien dapat menyebabkan perubahan pola menstruasi berupa bercak darah (*spotting*), hipermenorea, atau meningkatkan jumlah darah menstruasi, serta amenorea. Sejumlah perubahan pola menstruasi akan terjadi pada tahun pertama penggunaan, itu terjadi pada sekitar 80 % pengguna.

Selain itu juga menimbulkan keluhan-keluhan, seperti sebagai berikut.

(1) Nyeri kepala

Sebagian besar efek samping yang dialami oleh pengguna adalah nyeri kepala. Kira-kira 20% wanita menghentikan penggunaan karena nyeri kepala.

(2) Peningkatan berat badan

Wanita yang menggunakan implan lebih sering mengeluhkan peningkatan berat badan dibandingkan penurunan berat badan. Penilaian perubahan berat badan pada pengguna implan dikacaukan oleh perubahan olahraga, diet, dan penuaan. Walaupun peningkatan nafsu makan dapat dihubungkan dengan aktivitas androgenik levonorgestrel, kadar rendah implan agaknya tidak mempunyai dampak klinis apapun.

(3) Jerawat

Jerawat, dengan atau tanpa peningkatan produksi minyak, merupakan keluhan kulit yang paling umum diantara pengguna implan. Jerawat disebabkan oleh aktivitas androgenik levonorgestrel yang menghasilkan suatu dampak langsung dan juga menyebabkan penurunan dalam kadar globulin pengikat hormon seks (*Sex Hormone Binding Globulin* [SHBG]), menyebabkan peningkatan kadar steroid bebas (baik levonorgestrel maupun testoteron).

(4) Perubahan perasaan (mood) atau kegelisahan (nervousness).

Pemasangan dan pengangkatan implan menjadi pengalaman baru bagi sebagian besar wanita. Sebagaimana dengan pengalaman baru manapun, wanita akan menghadapinya dengan berbagai derajat keprihatinan serta kecemasan. Walaupun ketakutan akan rasa nyeri saat pemasangan implan merupakan sumber utama banyak wanita, nyeri yang sebenarnya dialami tidak separah yang dibayangkan. Pada kenyataannya, sebagian besar pasien mampu menyaksikan dengan santai proses pemasangan atau pengangkatan implannya. Wanita harus diberitahu

bahwa insisi yang di buat untuk prosedur tersebut kecil dan mudah sembuh, meninggalkan jaringan parut kecil yang biasanya sukar dilihat karena lokasi dan ukurannya.

- (5) Membutuhkan tindak pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan.

Implan harus di pasang (diinsersikan) dan diangkat melalui prosedur pembedahan yang dilakukan oleh personel terlatih. Wanita tidak dapat memulai atau menghentikan metode tersebut tanpa bantuan klinis.

Insiden pengangkatan yang mengalami komplikasi adalah kira-kira 5%, suatu insiden yang dapat dikurangi paling baik dengan cara pelatihan yang baik dan pengalaman dalam melakukan pemasangan dan pencabutan implan.

- (6) Tidak memberikan efek protektif terhadap infeksi menular seksual termasuk AIDS

Implan tidak diketahui memberikan perlindungan terhadap penyakit menular seksual seperti herpes, human papiloma virus, HIV AIDS, gonore, atau klamidia.

- (7) Klien tidak dapat menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi.

Dibutuhkan klinis terlatih dalam melakukan pengangkatan implan.

- (8) Efektivitas menurun bila menggunakan obat-obat tuberkulosis (rifampisin) atau obat epilepsi (fenitoin dan barbiturat).

Obat-obatan ini sifatnya menginduksi enzim mikrosom hati. Pada kasus ini, penggunaan implan tidak dianjurkan karena cenderung meningkatkan risiko kehamilan akibat kadar levonorgestrel yang rendah dalam darah.

- (9) Insiden kehamilan ektopik sedikit lebih tinggi

Angka kehamilan ektopik selama menggunakan kontrasepsi implan adalah 0,28 per 1.000 wanita per tahun. Walaupun risiko terjadinya kehamilan ektopik selama menggunakan implan rendah, jika kehamilan memang terjadi, kehamilan ektopik harus dicurigai karena kira-kira 30% kehamilan pada saat menggunakan implan merupakan kehamilan ektopik.

(Kumalasari, 2015:281-283)

i) Cara pemasangan implan

- (1) Setiap saat selama siklus haid hari ke -2 sampai hari ke tujuh, tidak perlu metode kontrasepsi tambahan

- (2) Inseri dapat dilakukan setiap saat, dengan syarat diyakini tidak terjadi kehamilan . Apabila inseri setelah -7 hari siklus haid, klien dianjurkan untuk tidak melakukan hubungan seksual, atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk tujuh hari saja.
- (3) Apabila klien tidak haid, inseri dapat dilakukan setiap saat, dengan syarat diyakini tidak terjadi kehamilan, klien dianjurkan tidak melakukan hubungan seksual atau menggunakan metode kontrsepsi lain untuk tujuh hari saja.
- (4) Apabila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalinan, inseri dapat dilakukan setiap saat.
- (5) Apabila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, inseri dapat dilakukan setiap saat, klien dianjurkan untuk tidak melakukan hubungan seksual selama tujuh hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk tujuh hari.
- (6) Apabila klien menggunakan kontrasepsi hormonal dan ingin menggantinya dengan implan, inseri dapat dilakukan setiap saat, dengan syarat diyakini klien tersebut tidak hamil, atau klien menggunakan kontrsepsi dengan benar.

(7) Apabila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi suntik, implan dapat diberikan pada saat jadwal kontrasepsi suntik, tidak perlu metode kontrasepsi lain.

(8) Apabila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi hormonal (kecuali AKDR) dan klien ingin menggantinya dengan norplant, insersi dapat dilakukan setiap saat, dengan syarat diyakini klien tidak hamil. Tidak perlu menunggu sampai datangnya haid berikutnya.

(9) Apabila kontrasepsi sebelumnya adalah AKDR dan klien ingin menggantinya dengan implan, maka dapat diinsersikan pada saat haid hari ke-7 dan klien dianjurkan tidak melakukan hubungan seksual selama tujuh hari atau gunakan metode kontrasepsi lain untuk tujuh hari saja. AKDR segera dicabut.

(10) Pasca keguguran, implan dapat segera di insersikan.

(Sulistyawati, 2014:135)

j) Teknik pengeluaran dan pengangkatan

Mengeluarkan implan umumnya lebih sulit dari pada insersi. Persoalan dapat timbul bila implant di pasang terlalu dalam atau timbul jaringan fibrous sekeliling implant. Cara mengeluarkan implant:

- (1) Cuci lengan akseptor, lakukan tindakan antiseptis
- (2) Tentukan lokasi dari implan 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 kapul 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 kearah 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)

d. Kontap (kontrasepsi mantap)

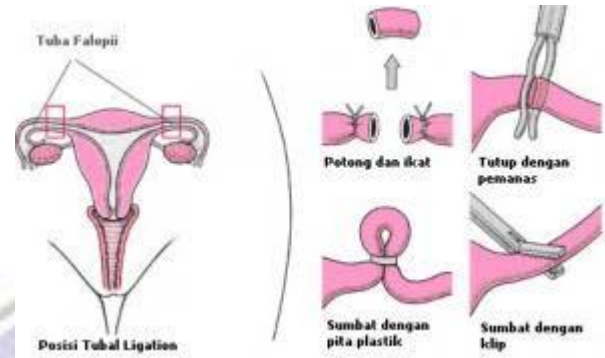
1) Tubektomi

a) Definisi

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

Metode kontrasepsi permanen yang hanya diperuntukkan bagi mereka yang memang tidak ingin atau tidak boleh memiliki anak (karena kesehatan). Disebut permanen karena metode kontrasepsi ini hampir tidak dapat dibatalkan (reversal) bila kemudian anda ingin punya anak lagi. Pembatalan masih mungkin dilakukan, tetapi

mempunyai risiko yang lebih tinggi untuk memerlukan operasi besar dan tidak selalu berhasil. (Sukarni, 2013:389).



Gambar 2.28
Tubektomi

Sumber : https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commos/1/18/Blausen_0585_KB_pil.

b) Tujuan tubektomi

Para ahli kebidanan banyak merekomendasikan sterilisasi pada wanita yang beresiko tinggi untuk hamil dan melahirkan lagi. Namun, tidak pada mereka yang belum berusia 35 tahun. Pengalaman menunjukkan banyak perempuan yang disterilkan lalu menyesali keputusannya.

c) Macam sterilisasi berdasarkan tujuannya

- (1) Sterilisasi hukuman (compulsary sterilization).
- (2) Sterilisasi eugenik, yaitu mencegah berklembangnya kelainan mental secara turun temurun.
- (3) Sterilisasi medis, yaitu dilakukan berdasarkan indikasi medis demi keselamatan wanita tersebut karena kehamilan berikutnya dapat membahayakan jiwanya.

(4) Sterilisasi sukarela, yaitu bertujuan ganda dari sudut kesehatan, sosial ekonomi, dan kependudukan.

(Sukarni, 2013:389-390)

d) Cara melakukan tubektomi

Ada beberapa cara melakukan teknik tubektomi atau sterilisasi. (Sukarni, 2013:390-392)

(1) Dengan memotong saluran telur (tubektomi).

(a) Cara Pomeroy

Cari tuba lalu angkat pada pertengahannya sampai membentuk lengkungan. Bagian yang berada dibawah klem, diikat dengan benang yang dapat diserap oleh jaringan. Lakukan pemotongan (tubektomi) pada bagian atas ikatan, setelah luka sembuh dan benang ikatan diserap, kedua ujung tuna akan berpisah satu dengan lainnya.

(b) Cara Kroener

Cari tuba lalu angkat pada fimbria dengan klem, buatlah dua ikatan, lakukan fimbriektomi pada ujung yang tidak diikat.

(c) Cara Madiener

Cari tuba, angkat pada pertengahannya dan klem, bagian bawah klem diikat dengan benang yang

mudah diserap oleh jaring, kemudian klem dilepas dan dibiarkan tanpa dilakukan pemotongan.

(d) Cara Aldridge

Buat insisi kecil pada peritonium, buka sedikit dengan klem tangkap fimbria, lalu tanamkan kedalam atau di bawah ligamentum. Luka dijahit dengan beberapa jahitan.

(e) Cara Uchida

Tuba dicari dan dikait keluar, kemudian sekitar ampula tuba disuntikkan larutan salin-adrenalin. Didaerah ini dilakukan insisi kecil, tuba diikat kemudian dipotong (tubektomi).

(f) Cara Irving

Tuba diikat pada dus tempat dengan benang yang dapat diserap, lalu dilakukan tubektomi diantara kedua ikatan. Dibuat insisi kecil kedalam miometrium pada sudut tuba fundus uteri. Ujung sebelah peoksimal dibenamkan kedalam insisi miometrium tadi. Ujung bagian distal boleh pula dibenamkan ke ligamentum latu.

e) Indikasi

(1) Indikasi medis umum

Apabila adanya gangguan fisik atau psikis yang akan menjadi lebih berat bila wanita ini hamil lagi.

(a) Gangguan fisik : tuberculosis, penyakit jantung, ginjal, kanker payudara, dan sebagainya.

(b) Gangguan psikis : skizofrenia, dan lain sebagainya.

(2) Indikasi medis obstetrik

Toksemia gravidarum yang berulang, seksio sesarea berulang, abortus berulang dan sebagainya.

(3) Indikasi medis ginekologik

Disaat melakukan operasi ginekologik dapat pula dipertimbangkan untuk sekaligus melakukan sterilisasi.

(4) Indikasi sosial-ekonomi

Indikasi berdasarkan banyaknya anak dengan sosial-ekonomi yang rendah. (Sukarni, 2013:393)

f) Kontraindikasi

(1) Hamil

(2) Perdarahan vagina yang belum terjelaskan

(3) Infeksi sistematik atau pelvik yang akut

(4) Tidak boleh menjalani proses pembedahan

- (5) Kurang pasti mengenai keinginannya untuk fertilisasi di masa depan
- (6) Ibu dalam keadaan menstruasi dengan usia reproduksi
- (7) Belum memberikan persetujuan tertulis. (Sukarni, 2013:394)

g) Kelebihan

- (1) Sangat efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan).
- (2) Tidak mempengaruhi proses menyusui.
- (3) Tidak bergantung pada faktor senggama, baik bagi klien yang apabila kehamialn akan menjadi faktor risiko kesehatan yang serius.
- (4) Pembedahan sederhana, dapat dilakukan dengan anestesi lokal.
- (5) Tidak ada efek samping jangka panjang.
- (6) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual (tidak ada efek pada produksi hormon ovarium).
- (7) Berkurangnya risiko kanker ovarium. (Sukarni, 2013:394)

h) Kekurangan

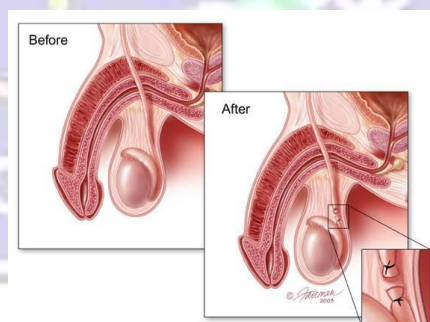
- (1) Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini (tidak dapat dipulihkan kembali).
- (2) Klien dapat menyesal dikemudian hari.

- (3) Risiko komplikasi kecil (meningkat apabila digunakan anestesi umum).
- (4) Rasa sakit/ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan.
- (5) Dilakukan oleh dokter yang terlatih (dibutuhkan dokter spialis ginekologi atau bedah untuk proses laparoskopi).
- (6) Tidak melindungi dari PMS, termasuk HIV/AIDS.
(Sukarni, 2013:394).

2) Vasektomi

a) Definisi

Vasektomi merupakan suatu metode kontrasepsi operatif minor pada pria yang sangat aman sederhana dan sangat efektif, memakan waktu operasi yang singkat dan tidak memerlukan anestesi umum.



Gambar 2.29
Vasektomi

Sumber : https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commos/1/18/Blausen_0585_KB_pil.

b) Dasar dari vasektomi

Okulasi Vasdiferen, sehingga menghambat perjalanan spermatozoa dan tidak didapatkan spermatozoa di dalam semen/ejakulat (tidak ada penghantar spermatozoa dari testis ke penis). (Sukarni, 2013:396)

c) Keuntungan

- (1) Efektif.
- (2) Aman, morbiditas rendah dan hampir tidak ada mortalitas.
- (3) Sederhana.
- (4) Cepat, hanya memerlukan waktu 5-10 menit.
- (5) Menyenangkan bagi aseptor karena memerlukan anestesi lokal saja.
- (6) Biaya rendah. (Sukarni, 2013:396)

d) Kerugian

- (1) Diperlukan tindakan operatif.
- (2) Kadang kadang menyebabkan komplikasi seperti perdarahan atau infeksi .
- (3) Kontak-pria belum memberikan perlindungan total sampai semua spermatozoa, yang sudah ada didalam sistem reproduksi distal dari tempat okulasi vasdiferens, dikeluarkan.

(4) Problem psikologis yang berhubungan dengan perilaku seksual mungkin bertambah parah setelah tindakan operatif yang menyangkut sistem reproduksi pria. (Sukarni, 2013:397)

e) Kontraindikasi

- (1) Infeksi kulit lokal, misalnya scabies.
- (2) Infeksi traktus genitalia.
- (3) Kelainan skrotum dan sekitarnya.
- (4) Penyakit sistematik misalnya penyakit-penyakit perdarahan, DM.
- (5) Riwayat perkawinan, psikologis atau seksual yang tidak stabil. (Sukarni, 2013:397)



2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.2.1. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan

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 (Eny, 2010:131).

b) Umur

Dalam kurun reproduksi sehat dikenal usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia di bawah 20 tahun ternyata 2-5 kali lebih tinggi dari pada kematian maternal yang terjadi pada usia 20-29 tahun. Kematian maternal meningkat kembali setelah usia 30-35 tahun (Winkjosastro, 2005:23)

c) Agama

Informasi mengenai agama dapat digunakan untuk menuntun diskusi tentang tradisi keagamaan dalam kehamilan dan persalinan (Dewi, 2016).

d) Pekerjaan

Gunanya untuk mengetahui dan mengukur tingkat social ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut (Eny, 2010:132).

e) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Diah, 2010:132).

f) Alamat

Ibu yang tinggal di daerah yang terkena radiasi dapat berpengaruh pada janin, kerusakan otak, mikrosefali, atau cacat bawaan lainnya (Ngastiyah, 2005:3).

2) Keluhan Utama

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

a) 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 dan tekanan yang terjadi pada usus akibat

pembesaran uterus atas bagian presentasi juga dapat menyebabkan konstipasi (Varney *et al*, 2007:540-543).

b) Sesak nafas

Uterus telah mengalami pembesaran hingga terjadi penekanan diafragma. Selain itu diafragma akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan (Morgan, 2009:289).

c) Nyeri punggung bawah

Nyeri punggung bawah merupakan nyeri punggung yang terjadi pada area lumbosakral. Nyeri ini akibat pergeseran pusat gravitasi dan terjadi perubahan yang disebabkan karena berat uterus yang semakin membesar (Varney *et al*, 2007:540-543).

d) Nokturia

Terjadi peningkatan frekuensi berkemih. Aliran balik vena dari ekstremitas difasilitasi saat wanita sedang berbaring pada posisi lateral rukemben karena uterus tidak lagi menekan pembuluh darah panggul dan vena cava inferior (Benson *et al*, 2013:243).

e) Kram tungkai

Disebabkan oleh gangguan asupan kalsium atau yang tidak adekuat dan ketidakseimbangan rasio kalsium dan fosfat dalam tubuh (Varney *et al*, 2007:540-543).

3) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat kesehatan yang lalu

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

b) Riwayat kesehatan yang sekarang

(1) Dibetes Millitus

Pengaruh penyakit diabetes mellitus dapat terjadi gangguan pertumbuhan janin dalam rahim, lahir mati, bayi besar, persalinan prematur, keguguran, hidramnion, kematian janin dalam rahim, dan dapat menimbulkan pre-eklamsi (Varney *et al*, 2007:636).

(2) Infeksi ginjal saluran kemih

Akibat demam yang tinggi dan menyebabkan terjadi kontraksi otot rahim sehingga dapat menimbulkan

keguguran, persalinan prematur dan memudahkan infeksi pada neonatus. Kehamilan dapat menurunkan daya tahan tubuh sehingga makin meningkatnya infeksi menjadi sepsis yang menyebabkan kematian ibu dan janin (Manuaba, 2010:245)

(3) Hipertensi

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

(4) Penyakit Jantung

Penyakit tidak dapat menyesuaikan diri terhadap segala perubahan sistemjantung dan pembuluh darah yang disebabkan oleh kehamilan yaitu, dorongan diafragma oleh besarnya kehamilan sehingga dapat menubah posisi jantung dan pembuluh darah serta terjadi perubahan dari kerja jantung karena pengaruh peningkatan hormon tubuh karena hamil, terjadi hemodilusi darah dengan puncaknya pada kehamilan 28-32 minggu (Manuaba, 2010:335).

(5) Penyakit Asma

Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin melalui O₂ dan CO₂ di dalam rahim (Bandiyah, 2007:23).

(6) HIV/AIDS

Kehamilan dapat memperberat kondisi klinik wanita dengan infeksi HIV. Transmisi vertikal virus AIDS dari ibu kepada janinnya terjadi melalui plasenta. pengobatan infeksi HIV dan penyakit oportunistiknya dalam kehamilan merupakan masalah, karena banyak obat belum diketahui dampak buruknya pada kehamilan (Winkjosastro. 2005:556).

(7) Anemia

Pengaruh anemia dalam kehamilan adalah dapat terjadi abortus, persalinan prematur, mudah terkena infeksi, hambatan pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim, hiperemesis gravidarum, perdarahan antepartum, ketuban peyah dini (KPD), molahidatidosa, dan ancaman dekomposisi (Hb<6gr%) (Marmi, 2011:108-109).

(8) Infeksi TORCH

Semua infeksi TORCH meliputi komponen rubella, toksoplasmosis, dan herpes simpleks dapat menimbulkan kelainan kongenital dalam bentuk yang hampir sama yaitu kebutaan, abortus prematuritas, mikrosefalus, pertumbuhan janin terhambat dan ketulian (Manuaba, 2010:340).

c) Riwayat kesehatan keluarga

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

4) Riwayat kebidanan

a) Menstruasi

Riwayat menstruasi dikaji untuk menentukan tanggal taksiran partus (TP). Taksiran partus dihitung dengan menambahkan 9 bulan 7 hari pada tanggal hari pertama haid terakhir yang dialami ibu. Metode ini mengkonsumsikan bahwa :

- (1) Konsepsi terjadi 14 hari setelah hari pertama haid terakhir, hal ini dianggap benar hanya jika ibu memiliki siklus menstruasi yang teratur.
- (2) Periode perdarahan yang terakhir merupakan menstruasi yang sebenarnya, implantasi ovum dapat menyebabkan sedikit perdarahan. (Freser, 2009:251).

Gambaran riwayat haid klien yang akurat biasanya membantu penerapan tanggal pemikiran kelahiran. Dengan menggunakan rumus Neagele $h+1$ $b-3$ $th+1$ (Marmi, 2014:137).

Menurut Walyani, (2015:120-121) :

- (1) Menarche (Usia pertama datang haid)

Usia pertama bervariasi, antara 12-16 tahun. Hal ini dipengaruhi oleh keturunan, keadaan gizi, bangsa, lingkungan, iklim dan keadaan umum.

- (2) Siklus

Siklus haid dihitung mulai dari 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 haid.

(3) Lamanya

Lamanya haid yang normal adalah ± 7 hari. Apabila sudah mencapai 15 hari berarti sudah abnormal dan kemungkinan adanya gangguan ataupun penyakit yang mempengaruhinya.

(4) Banyaknya

Normalnya yaitu 2 kali ganti pembalut dalam sehari. Apabila darahnya terlalu berlebih, itu berarti telah menunjukkan gejala banyaknya darah haid.

(5) Disminorhea

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

b) Riwayat kehamilan yang lalu

Bila kehamilan dan persalinan yang lampau dijumpai keadaan kehamilan dengan komplikasi atau penyakit, pernah mengalami keguguran, persalinan premature, kehamilan mati dalam rahim, persalinan dengan tindakan operasi, persalinan lama lebih 24 jam, atau kehamilan lewat waktu. Dapat disimpulkan bahwa kehamilan mempunyai resiko yang lebih tinggi,

sehingga persalinnya perlu dikirim ke rumah sakit (Manuaba, 2012:125).

c) Riwayat persalinan yang lalu

Pada setiap persalinan terdapat 5 faktor (5P) yang harus diperhatikan yaitu passage (jalan lahir), passanger (janin), power (tenaga), psikis dan penolong (Mochtar, 2012:58).

d) Riwayat nifas yang lalu

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan post partum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui sampai anak usia 2 tahun. Terdapat pengeluaran lokia yang normal. Ibu dengan riwayat pengeluaran lokian purulenta, lokian statis, infeksi uteri, 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, 2012:125).

e) Kehamilan sekarang

Menurut Saifuddin (2006:60) jadwal pemeriksaan hamil dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan yaitu : 1x pada triwula pertama, 1x pada triwulan kedua, 2x pada triwulan ketiga. Pelayanan asuhan kebidanan

standar minimal 7T yaitu : timbang, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, pemberian imunisasi TT lengkap (5x TT yaitu TT5), pemberian tablet zat besi minimum 90 tablet selama kehamilan, tes terhadap penyakit menular seksual, dan temu wicara dalam rangka persiapan rujukan.

5) Riwayat KB

Kontrasepsi pasca salin yang tidak berpengaruh terhadap produksi ASI yaitu MAL (Metode Amenore 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 (Saifuddin, 2012:51).

Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi *Estimated Date of Delivery* (EDD) dan karena metode lain dapat membantu “menanggali kehamilan”. Riwayat penggunaan IUD terdahulu meningkatkan resiko kehamilan ektopik, dan tanyakan kepada klien lamanya pemakaian alat kontrasepsi dan jenis kontrasepsi yang digunakan serta keluhan yang dirasakan (Marmi, 2010:158).

6) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

(1) Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2.500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas dan hal ini merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya preeklamsia (Saifuddin, 2014:286).

(2) Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otak dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, keju, yogurt, dan kalsium bikarbonat. Defisiensi kalsium dapat menyebabkan rikestia pada bayi atau osteomalsia pada ibu (Saifuddin, 2014:286).

(3) Protein

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) (Varney *et al*, 2008:543).

(4) Asam Folat

Selain zat besi, sel-sel darah merah juga memerlukan asam folat bagi pematangan sel. Jumlah asam folat yang dibutuhkan oleh ibu hamil adalah 400 mikrogram perhari. Sumber makanan yang mengandung asam folat diantaranya produk sereal dan biji-bijian misalnya, sereal, roti, nasi dan pasta. Kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil (Saifuddin, 2014:286).

(5) Zat Besi

Zat besi digunakan untuk membuat hemoglobin, yang menstansportasi oksigen ke seluruh jaringan tubuh. Makanan yang mengadung zat besi antara lain adalah produk susu dan sereal yang difortifikasi, minyak, hati, ikan, kuning telur. Asam folat berfungsi sebagai koenzim dalam metabolisme asam nukleat, mencegah anemia megaloblastik (Varney *et al*, 2007:98-99).

Berikut tabel 2.9 akan ditampilkan contoh nutrisi

pada ibu hamil :

Tabel 2.9
Nutrisi pada ibu hamil

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

Sumber : (Permenkes RI No.41, 2014)

b) Eliminasi

(1) Buang Air Besar

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

Konstipasi juga dapat terjadi sebagai akibat dari efek samping penggunaan zat besi, hal ini akan memperberat masalah pada wanita hamil (Marmi, 2011:134).

(2) Buang Air Kecil

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

c) Personal Hygiene

Menurut Mochtar (2015:47), 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 dipersiapkan untuk memberikan ASI , terutama bagi ibu hamil pertama harus diperhatikan karena biasanya puting susu masih tenggelam, sehingga dapat mengalami kesulitan saat laktasi. Harus dilakukan perawatan payudara dengan cara membersihkan 2 kali sehari selama kehamilan.

d) Istirahat

Wanita hamil harus mengurangi semua kegiatan yang melelahkan. Wanita hamil juga harus menghindari posisi

dusuk, berdiri dalam waktu yang sangat lama. Ibu hamil tidur malam \pm 8 jam dan tidur siang \pm 1 jam (Marmi, 2011:124).

e) Aktivitas

Kita perlu mengkaji kebiasaan sehari-hari pasien karena data ini memberikan gambaran tentang seberapa berat aktifitas yang biasa dilakukan oleh pasien dirumah (Romauli, 2011:171).

Jangan melakukan pekerjaan rumah tangga yang berat dan hindarkan kerja fisik yang dapat menimbulkan kelelahan yang berlebihan (Saifuddin, 2014:120).

f) Riwayat Seksual

Menurut Saifuddin (2009:160), pada umumnya koitus diperbolehkan pada masa kehamilan jika dilakukan dengan hati-hati. Pada akhir kehamilan jika kepala sudah masuk rongga panggul, koitus sebaiknya dihentikan karena dapat menimbulkan perasaan sakit dan perdarahan.

Menurut Manuaba (2010:120), hubungan seksual dihentikan bila terdapat tanda infeksi dengan pengeluaran cairan disertai rasa nyeri atau panas, terjadi perdarahan saat berhubungan, terdapat pengeluaran yang

mendadak, sering mengalami keguguran, persalinan preterm, dan kematian dalam kandungan.

g) Riwayat ketergantungan

(1) Merokok

Wanita yang merokok selama masa hamil juga meresikokan janinnya mengalami penurunan perfusi uteroplasenta dan penurunan oksigenasi. Bayi yang lahir dari wanita yang merokok lebih dari ½ pak per hari cenderung lebih kurung daripada bayi yang lahir dari wanita bukan perokok. Selain itu, bayi yang lahir dari lingkungan rumah yang penghuninya merokok mengalami efek jangka panjang. Peningkatan insiden *Sudden Infant Death Syndrome (SIDS)*, penyakit meningokokus, pneumonia, asma, bronkitis, demam dan infeksi telinga (Manuaba, 2010:201).

(2) Alkohol

Alkohol adalah teratogen, dan sindrom alkohol janin (*Fetal Alcohol syndroma [FAS]*), digunakan untuk menggambarkan malforasi kongenital yang berhubungan dengan asupan alkohol yang berlebihan selama hamil (Saifuddin, 2014).

(3) Obat Terlarang

Penggunaan obat seperti heroin, kemudian metadon, kanabis, kokain, dan amfetamin bila digunakan secara berlebihan pada kehamilan berkaitan dengan keguguran, persalinan prematur, berat badan lahir rendah, lahir mati, dan abnormalitas (Freser dan Cooper, 2009:167).

7) Latar belakang sosial budaya

Hal penting yang biasanya berkaitan dengan masa hamil yaitu menu untuk ibu hamil, misalnya ibu hamil harus pantang terhadap makanan yang bersala dari daging, ikan, telur, dan goreng-gorengan karena kepercayaan akan menyebabkan kelainan pada janin. Adat ini akan sangat merugikan pasien dan janin karena hal tersebut akan membuat pertumbuhan janin tidak optimal dan pemulihan kesehatannya akan lambat. Dengan banyaknya jenis makanan yang harus ia pantangi, maka akan mengurangi juga nafsu makannya, sehingga asupan makanan malah jadi semakin berkurang, produksi ASI juga akan berkurang (Romauli, 2011:169-160).

8) Psikososial dan spiritual

Pada primigravida terdapat kecemasan dalam menghadapi persalinan penyebabnya adalah wanita tersebut merasa

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

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

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

a) Tanda-tanda vital

(1) Tekanan darah

Tekanan darah dalam batas normal yaitu, 100/70-130/90 mmHg. Wanita yang tekanan darahnya

sedikit meningkat di awal pertengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika nulipara dengan sistolik > 120 mmHg, berisiko mengalami preeklamsia (Marmi, 2011:163).

(2) Nadi

Denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100x/menit. Curigai hipotiroidisme jika denyut nadi >100x/menit (Marmi, 2011:163).

(3) Suhu

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

(4) Pernafasan

Pada pernafasan normalnya 16-24 x/menit. Frekuensi pernafasan hanya mengalami sedikit perubahan pada kehamilan lanjut seperti volume tidal, volume ventilasi per menit dan pengambilan oksigen per menit akan bertambah secara signifikan (Saifuddin, 2009:185).

b) Antropometri

(1) Berat badan

Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5-15 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar 0,5 kg/minggu (Manuaba, 2012:95).

Ibu yang menurut kategori BMI berada pada rentang obesitas lebih beresiko mengalami komplikasi kehamilan. Komplikasi tersebut antara lain diabetes gestasional, hipertensi akibat kehamilan, dan distosia bahu (Freser *et al*, 2009:254).

Menurut Cunningham dalam Saifuddin (2010:180) rekomendasi penambahan berat badan selama kehamilan berdasarkan indeks massa tubuh yaitu dapat dilihat dalam tabel 2.10 :

Tabel 2.10
Rekomendasi penambahan berat badan berdasarkan indeks massa tubuh

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

Sumber : Saifuddin, 2010:180

Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sementara pada

perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg (Saifuddin, 2010:180). Kenaikan berat badan $> 0,57$ kg/minggu merupakan faktor resiko timbulnya hipertensi dalam kehamilan. Sedangkan primigravida yang mempunyai kenaikan berat badan rendah, yaitu $>0,34$ kg/minggu, menurunkan resiko hipertensi tetapi menaikkan resiko berat badan bayi rendah (Saifuddin, 2009:532).

(2) Tinggi badan

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

(3) Lingkar lengan atas

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika LILA kurang dari 23,5 maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronis (KEK) (Jannah, 2012:136). Selain itu merupakan indikator kuat status gizi ibu

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

2) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Kulit pucat dan rambut rapuh dapat mengindikasikan kekurangan nutrisi. Adanya parasit berhubungan dengan kondisi tempat tinggal yang buruk (Walsh, 2007:256).

b) Rambut

Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli, 2011:174).

c) Muka

Edema pada wajah merupakan salah satu gejala preeklamsi (Manuaba, 2010:229).

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

conjunctivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeklamsi (Romauli, 2011:99).

e) Mulut dan Gigi

Saat hamil sering terjadi karies yang berkaitan dengan emesis-hiperemesis gravidarum, hipersalivasi dapat menimbulkan timbunan kalsium di sekitar gigi.

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

f) Telinga

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

g) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011:100).

h) Dada

Bentuk dada, pemeriksaan paru harus mencakup observasi sesak nafas, nafas dangkal, nafas cepat, pernafasan yang tidak teratur, batuk, dispne, penurunan bunyi nafas (Marmi, 2011:71).

i) Payudara

Bentuk buah dada, hiperpigmentasi areola, puting susu bersih dan menonjol (Romaui, 2011: 101). Payudara harus kembali diperiksa pada usia kehamilan 36 minggu untuk memastikan perlunya tindakan untuk mengeluarkan puting yang datar atau masuk ke dalam (Varney *et al*, 2007:108).

j) Abdomen

Didaerah perut sering terdapat hiperpigmentasi yang disebabkan oleh pengaruh Melanophore Stimulating Hormone (MSH) yang meningkat. Linea alba pada kehamilan menjadi hitam, dikenal sebagai linea nigra. Tidak jarang dijumpai kulit perut seolah-olah retak, warnanya berubah agak hiperemik dan kebiru-biruan, disebut striae livida. Setelah partus, striae livide ini berubah warnanya menjadi putih dan disebut striae albikan (Wiknjosastro, 2010:278).

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

k) Genetalia

Pemeriksaan genetalia dilakukan dengan mencari adanya lesi, eritema, perubahan warna, pembengkakan, ekskoriasi dan memar. Bila ada lesi kemungkinan difilis atau herpes (Marmi, 2011:80).

Pada primipara labia mayora bersatu, himen koyak beberapa tempat, vagina sempit dengan rugae utuh, perineum utuh sedangkan pada multipara labia mayora agak terbuka, karunkula himenalis, vagina lebar dengan rugae berkurang dari perineum terdapat luka bekas episiotomi (Manuaba, 2010:231).

l) Anus

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

m) Ekstremitas

Normal bila tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon di tekuk, bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungkin tanda preeklamsi. Pasien yang reflek patella negatif kemungkinan mengalami kekurangan vitamin B1. Kekurangan B1 mempengaruhi

saraf tulang belakang dapat berdampak pada reflek tubuh (Romauli, 2011:112).

Menurut Manuaba (2010:231), varises terjadi karena pengaruh dari estrogen dan progesteron, terutama bagi mereka yang mempunyai bakat. Varises terjadi di kaki dan betis. Ditambahkan oleh Saifuddin (2009:194) tidak terjadi edema pada ekstremitas atas dan bawah.

3) Pemeriksaan Khusus

a) Palpasi Leopold

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

(1) Leopold I

Untuk menentukan usia kehamilan dan juga untuk mengetahui bagian janin apa yang terdapat di fundus uteri (Mochtar, 2008:213).

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold I menurut Marmi (2011:167) yaitu :

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

(b) Pemeriksa berdiri di sebelah kanan penderita dan melihat kearah muka penderita.

(c) Rahim dibawa ketengah.

(d) Tinggi fundus uteri ditentukan

TFU berdasarkan Leopold pada trimester III dapat dicermati pada tabel 2.11 :

Tabel 2.11
TFU berdasarkan Leopold pada Trimester III

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

Sumber : Jannah, 2012: 84

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

Sifat kepala ialah keras, bundar dan melenting. Sifat bokong lunak, kurang bundar dan kurang melenting.

Pada letak lintang fundus uteri kosong. Pemeriksaan tuanya kehamilan dari tingginya fundus uteri.

Menurut Manuaba (2010:118), variasi Knebel digunakan untuk menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan yang lain di atas simfisis.

(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 menurut Marmi (2011:167-168) yaitu :

- (a) Kedua tangan di pindah kesamping
- (b) Tentukan dimana punggung anak. Punggung anak terdapat di pihak yang memberikan rintangan yang besar, 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.

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

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

(3) Leopold III

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

- (a) Dipergunakan satu tangan saja
- (b) Bagian bawah ditentukan antara ibu jari dan jar 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).

(4) Leopold IV

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

- (a) Pemeriksa mengubah sikapnya menjadi ke arah kaki penderita.
- (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 luar.

Jadi, Leopold IV untuk menentukan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul.

Menurut Romauli (2011), jika kita rapatkan kedua tangan pada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar :

- (a) Kedua tangan itu konvergen, hanya bagian kecil dari kepala turun ke dalam rongga.
- (b) Jika kedua tangan itu sejajar, maka separuh dari kepala masuk ke dalam rongga panggul.
- (c) Jika kedua tangan divergen, maka bagian terbesar dari kepala masuk ke dalam rongga panggul dan ukuran terbesar dari kepala sudah melewati pintu atas panggul.

b) Pemeriksaan 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 pertambahan usia kehamilan ukuran kepala diharapkan bisa menyesuaikan ukuran panggul (Moulase).

Cara lain untuk melakukan pemeriksaan osborn test yaitu :

- (1) Pegang kepala janin dan diupayakan untuk masuk ke PAP
- (2) Jika tidak dapat masuk karena masih tinggi, harus diukur dengan jari untuk mengetahui seberapa tingginya simpisis
- (3) Jika tingginya sekitar 3 jari diatas simpisis atau lebih berarti osborn test + (kepala janin belum masuk PAP = kemungkinan ada cephalopelvic disporption) (Winkjosastro, 2007:231).

c) Menurut Winkjosastro (2008:84). Penurunan bagian terbawah janin dengan metode lima jari atau perlimaan adalah :

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

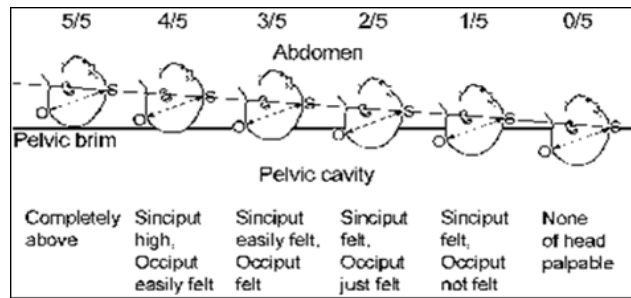
(2) 4/5 jika sebagian 1/5 bagian terbawah janin memasuki PAP.

(3) 3/5 jika sebagian 2/5 bagian terbawah janin sudah masuk rongga panggul.

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

Penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian yang masih berada diatas tepi atas simpisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan (perlimaan).



Gambar 2.30

Proses Penurunan Kepala berdasarkan sistem perlimaann

Sumber : Wiknjosastro, 2008:84

Tabel 2.12

Penurunan Kepala Janin Menurut Sistem Perlimaann

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

Sumber : (Saifuddin, 2013:10)

d) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Usia kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri Mc Donald dengan memodifikasikan cara spigelbreg yaitu jarak fundus – simpisis dalam cm dibagi 3,5 merupakan patokan tuanya kehamilan dalam bulan (Mochtar, 2012:41).

Berikut disajikan tabel 2.13 mengenai perkiraan usia kehamilan dalam minggu dan cm :

Tabel 2.13
Perkiraan Usia Kehamilan Dalam Minggu Dan TFU
Dalam Cm

Usia Kehamilan	TFU
22-28 minggu	24-25 cm
28 minggu	26,7 cm
32 minggu	29,5-30 cm
34 minggu	31 cm
36 minggu	32 cm
38 minggu	33 cm
40 minggu	37,7 cm

Sumber : Sunarti, 2013: 65

e) Tafsiran Berat Janin (TBJ)

Tafsiran ini bila berlaku untuk janin presentasi kepala.

Rumusnya adalah sebagai berikut :

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

Bila kepala di atas atau pada spina iskiadika maka $n =$

12. Bila kepala dibawah spina iskiadika maka $n = 11$

(Romauli, 2011).

f) Auskultasi

Junlah denyut jantung janin normal antara 120-140 permenit. (Manuaba, 2012:116). Bila bunyi jantung kurang dari 120 permenit atau lebih dari 160 permenit atau tidak teratur, maka janin dalam keadaan asfiksia (kekurangan oksigen) (Marmi, 1011:188). Cara menghitung bunyi jantung ialah dengan mendengarkan 3 kali 5 detik. Kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan 4, misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga, dan 5 detik kelima dalam satu menit :

- (1) (11-12-11) kesimpulannya teratur, frekuensi 132 permenit, DJJ normal.
- (2) (10-14-9) kesimpulannya tak teratur, frekuensi 132 Permenit, janin dalam keadaan asfiksia.
- (3) (8-7-8) kesimpulannya teratur, frekuensi 92 permenit, janin dalam keadaan asfiksia.

Jadi, kesimpulannya interval DJJ antara 5 detik pertama, ketiga, dan kelima dalam 1 menit tidal lebih dari 2.

4) Pemeriksaan panggul

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

meramalkan apakah persalinan dapat berlansung biasa, pengukuran panggul diperlukan. Pemeriksaan panggul dibagi menjadi 2, yaitu :

a) Pemeriksaan panggul luar

(1) Distansia spinarum, jarak antara spina iliaca anterior superior kiri dan kanan (normalnya $\pm 23-26$ cm).

(2) Distansia cristarum, jarak antara crista iliaca kanan dan kiri (normalnya $\pm 26-29$ cm).

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

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

b) Pemeriksaan panggul dalam

Dilakukan pemeriksaan pada usia kehamilan 36 minggu.

Kita dapat kesan mengenai bentuk panggul dengan pemeriksaan dalam. Didapatkan hasil normal bila promontorium tidak teraba, tidak ada tumor (exostose), linea innomiata teraba sebagian, spina ischiadica tidak

teraba, os sacrum mempunyai inklinasi ke belakang dan sudut arkus pubis $>90^\circ$.

5) Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan darah

(1) Pemeriksaan Hemoglobin

Pemeriksaan Hb pada kunjungan pertama dan pada kehamilan 28 minggu atau lebih sering jika ada tanda-tanda anemia. Hb dibawah 11 gr% pada kehamilan termasuk anemia ringan, dibawah 8 gr% adalah anemia berat (Wiknjosastro, 2006:30)

(2) Pemeriksian Golongan Darah

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

(3) Pemeriksaan Urine

(a) Reduksi Urine

Untuk mengetahui kadar glukosa dalam urine, dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan.

Cara menilai hasilnya yaitu Hijau jernih atau biru (-), Hijau keruh (+), Hijau keruh kekuningan (++) , Jingga atau kuning keruh (+++), Merah kekuningan, Keruh atau merah bata (++++)
(Romauli, 2011:189).

(b) Protein Urin

Pemeriksaan urin dilakukan pada kunjungan pertama dan setiap kunjungan trimester III. Diperiksa dengan cara dibakar, dilihat warnanya, kemudian ditetesi asam asetat 2-3 tetes, lalu dilihat warnanya lagi. Cara menilai hasil yaitu tidak ada keruhan (-). Ada keruhan ringan tanpa butir-butir (+). Keruhan mudah terlihat dengan butir-butir (++) . Keruhan jelas berkeping-keping (+++). Sangat keruh besar atau bergumpal (++++)
(Romauli, 2011:187)

(c) Keton

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, 2009:255).

b) Ultrasonografi

Pemeriksaan USG dilakukan secara rutin sebelum usia gestasi mencapai 20 minggu, yakni untuk menentukan taksiran partus dan menentukan taksiran partus dan menentukan apakah terjadi gestasi multipel. Selain untuk menentukan taksiran persalinan, pemeriksaan yang dilakukan pada minggu ke-14 dan ke-16 mengungkap hampir seluruh kehamilan kembar dan pemeriksaan pada minggu ke-18 sampai ke-20 memberi informasi tentang kelainan struktur bayi (Wheeler, 2004:104).

c) Kartu Skor Poedji Rochyati

Untuk mendeteksi risiko ibu hamil dapat menggunakan kartu Skor Poedji Rochyati. Terdiri dari kehamilan resiko rendah (KKR) dengan skor 2 ditolong oleh bidan. Kehamilan Risiko tinggi (KRT) dengan skor 6-10 ditolong oleh bidan atau dokter dan Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan skor >12 ditolong oleh dokter (Kemenkes RI, 2014:12).

d) Non Stress Test (NST)

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai hubungan gambaran DJJ dan aktivitas janin. Penilaian dilakukan terhadap frekuensi dasar DJJ, variabilitas dan timbulnya akselerasi yang menyertai gerakan janin (Marmi, 2011:190)

Pemeriksaan NST dilakukan secara tidan rutin, paling sering digunakan pada trimester III dan diatas indikasi seperti insufisiensi plasenta atau peningkatan resiko insufisiensi Uteroplasenta (UPI). Selain itu indikasi obstetri lainnya adalah IUGR, Diabetes sebelum kehamilan dan saat kehamilan , hipertensi kronis dan saat kehamilan, preeklamsi, kehamilan kembar, oligohidramnion, kehamilan pascamatur, isoimunisasi Rh, ketuban pecah dini, penurunan gerakan janin, dan kelahiran mati pada kehamilan sebelumnya (Varney *et al*, 2007: 580).

2. Diagnosa Kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 938/Menkes.SK/VIII/2007 tentas Standar Asuhan Kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan

diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat dengan kriteria sebagai berikut :

- a. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan.
- b. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien

Dapat diselesaikan sendiri dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Menurut Depkes RI (1995:9), unsur-unsur dalam diagnosa kebidanan yaitu :

- a. Kondisi pasien/klien yang terkait dengan masalah
- b. Masalah utama dan penyebab utama
- c. Masalah potensial
- d. Prognosa

Langkah merumuskan diagnosa kebidanan ini berlaku untuk semua asuhan.

Diagnosa : G1/>1PAPIAH. Usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka atau puki, presentasi kepala atau bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2012:123). Dengan kemungkinan masalah : edema dependen, hemoroid, nokturia, kram pada tungkai, pusing, konstipasi, sesak nafas, varises, nyeri pinggang, panas dan nyeri ulu hati (heart burn) dan kecemasan menghadapi persalinan (Varney *et al*, 2007:538-543).

3. Perencanaan

a. Diagnosa kebidanan

G1/>1PAPIAH. Usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka atau puki, presentasi kepala atau bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2012:123).

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

2) Kriteria :

- a) Keadaan umum ibu baik.
- b) Kesadaran Composmentis.
- c) Tanda-tanda vital normal (TD : 100/70-130/90 mmHg, N : 76-88 x/menit, S : 36,5 – 37,5°C, RR : 16-20 x/menit).
- d) Pemeriksaan Laboratorium.
- e) Hb \geq 11gr%, protein urin (-), Reduksi Urin (-).
- f) DJJ 120-160 x/menit, kuat, irama teratur.
- g) TFU sesuai dengan usia kehamilan dapat dicermati pada :

Tabel 2.14
TFU sesuai dengan usia kehamilan

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

Sumber : Sumber : Saifuddin, 2014:93

h) Situs bujur dan presentasi kepala.

3) Intervensi

a) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan.

R/bila itu mengerti keadaannya, ibu bisa kooperatif dengan tindakan yang diberikan(Varney *et al*, 2007:554).

b) Diskusikan dengan ibu tentang kebutuhan dasar ibu hamil meliputi nutrisi, istirahat dan tidur, eliminasi, aktivitas, personal hygien, hubungan seksual, senam hamil dan perawatan payudara (Varney *et al*, 2007:555).

R/dengan memenuhi kebutuhan dasar ibu hamil, maka kehamilan dapat berlangsung dengan aman dan lancar.

c) Jelaskan pada ibu tentang tanda bahaya kehamilan trimester III yang mengidentifikasi pentingnya menghubungi tentang kesehatan dengan segera (Varney *et al*, 2007:555).

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

d) Jelaskan pada ibu hamil tentang persiapan persalinan.

R/ Dengan adanya rencana persalinan akan mengurangi kebingungan dan kekacauan pada saat persalinan serta

meninggalkan kemungkinan bahwa itu akan menerima asuhan yang sesuai dan tepat waktu (Marmi.2011:128)

- e) Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan (Marmi.2011:128).

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

- f) Pesankan pada ibu untuk kunjungan ulang sesuai jadwal atau sewaktu-waktu bila ada keluhan (Marmi.2011:128).

R/ memantau keadaan ibu dan janin serta mendeteksi diri terjadinya komplikasi.

b. Masalah

1) Edema Dependen

a) Tujuan

Ibu dapat beradaptasi terhadap perubahan yang fisiologis (Edema Dependen).

b) Kriteria

Setelah tidur atau istirahat edema berkurang.

c) Intervensi

Menurut Varney *et al*, (2007:540)

- (1) Jelaskan penyebab dari Edema Dependen.

R/ ibu mengerti penyebab Edema Dependen yaitu karena tekanan pembesaran uterus pada vena pelvik

ketika duduk atau pada vena cava inferior ketika berbaring.

(2) Anjurkan ibu untuk menghindari pakaian yang ketat.

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

(3) Anjurkan ibu untuk tidur miring ke kiri dan kaki agak ditinggikan.

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

(4) Anjurkan pada ibu untuk menggunakan penyokong atau korset.

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

(5) Anjurkan pada ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama.

R/ Meringankan penekanan pada vena dalam panggul.

2) Hemoroid

a) Tujuan

Hemoroid tidak terjadi atau tidak bertambah parah.

b) Kriteria

- (1) BAB 1-2 x/har, konsistensi luna.
- (2) BAB tidak berdarah dan tidak nyeri.

c) Intervensi

Menurut Eny (2009:35) :

- (1) Anjurkan ibu mengkonsumsi makanan tinggi serat.

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

- (2) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan.

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

- (3) Anjurkan ibu untuk minum air hangat 1 gelas tiap bangun tidur pagi.

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

- (4) Anjurkan ibu mandi berendam air hangat.

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

- (5) Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi

R/ Mengenai yang terlalu sering akan memicu terjadinya hemoroid.

3) Nokturia

a) Tujuan

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

b) Kriteria

(1) Ibu BAK 7-8 x/hari terutama siang hari.

(2) Infeksi saluran kencing tidak terjadi.

c) Intervensi

Menurut Marjiati, (2010:42) :

(1) Jelaskan pada ibu 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 minuman-minuman bahan diuretik alamiah seperti kopi, teh, *softdrink*.

R/ Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih.

(4) Anjurkan ibu untuk minum 8-10 gelas/hari tetapi banyak minum pada siang hari dan menguranginya

setelah makan sore serta sebelum tidur buang air kencing dulu.

R/ Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

4) Kram pada tungkai

a) Tujuan

Kram pada kaki dapat teratasi.

b) Kriteria

(1) Kram pada kaki berkurang.

(2) Ibu mampu mengatasi kram pada kaki.

c) Intervensi

Menurut Varney *et al*, (2007:539) :

(1) Jelaskan penyebab kram pada 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) Anjurkan ibu untuk menghindari aktivitas berat dan cukup istirahat.

R/ Otot-otot bisa relaksasi sehingga kram berkurang.

(4) Anjurkan ibu untuk melakukan senam hamil secara teratur.

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

(5) Anjurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor.

R/ Konsumsi kalsium dan fosfor baik untuk kesehatan tulang.

5) Konstipasi

a) Tujuan

Setelah dilakukan penyuluhan, masalah konstipasi teratasi.

b) Kriteria

Ibu lancar BAB 1 x/hari, konsistensi lunak.

c) Intervensi

Menurut Eny (2009:37) :

(1) Jelaskan fisiologis konstipasi pada akhir kehamilan.

R/ Ibu memahami konstipasi adalah hal yang normal dialami ibu hamil dan ibu tidak cemas lagi.

(2) Anjurkan ibu minum air hangat dan makan makanan yang berserat.

R/ Air hangat dan makanan yang mengandung serat dapat menstimulasi peristaltik usus.

(3) Anjurkan ibu untuk minum air putih minimal 8 gelas/hari.

R/ cairan dapat memperlancar kerja peristaltik usus.

(4) Sarankan ibu untuk melakukan latihan ringan.

R/ Kegiatan latihan ringan dapat memfasilitasi sirkulasi vena sehingga mencegah kongesti pada usus besar.

6) Sesak Nafas

a) Tujuan

Ibu dapat beradaptasi dengan keadaanya dan kebutuhan O₂ terpenuhi.

b) Kriteria

(1) Frekuensi pernafasan normal (16-24 x/menit).

(2) Ibu menggunakan pernafasan perut.

c) Intervensi

Menurut Serri (2013:152) :

(1) Jelaskan pada ibu penyebab sesak nafas.

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

(2) Anjurkan ibu menghindari kerja keras.

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

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

R/ Menghindari penekanan diafragma.

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

R/ Perenggangan tulang meringankan penarikan nafas.

7) Nyeri Pinggang

a) Tujuan

Masalah nyeri pada pinggang dapat teratasi.

b) Kriteria

Nyeri pinggang berkurang.

c) Intervensi

Menurut Varney *et al*, (2007:542) :

(1) Jelaskan pada ibu tentang fisiologi nyeri pinggang.

R/ Ibu mengerti dan rasa cemas berkurang.

(2) Ajarkan ibu melakukan body mekanik.

R/ menghindari posisi yang salah pada body mekanik untuk mengurangi ketegangan otot sehingga nyeri berkurang.

(3) Anjurkan ibu untuk tidur dengan diganjal bantal.

R/ Mengurangi nyeri pada otot pinggang.

(4) Anjurkan ibu melakukan kompres hangat pada pinggang.

R/ Meningkatkan vaskularisasi daerah pinggang sehingga spasme otot berkurang dan rasa nyeri berkurang.

(5) Mengenakan penopang abdomen

R/ Mengurangi relaksasi dan kenyamanan..

(6) Anjurkan ibu untuk tidak memakai sandal dan sepatu hak tinggi.

R/ Hak tinggi menyebabkan hiperdosis sehingga nyeri pinggang bertambah.

8) Nyeri ulu hati

a) Tujuan

Setelah dilakukan penyuluhan, masalah nyeri ulu hati dapat teratasi.

b) Kriteria

Ulu hati tidak terasa nyeri

c) Intervensi

Menurut Eny (2009:43) :

(1) Jelaskan penyebab ulu hati pada akhir kehamilan.

R/ Ibu mengerti bila nyeri ulu hati sering terjadi pada ibu hamil dan mengerti penyebabnya.

(2) Anjurkan ibu mempertahankan postur tubuh yang baik supaya ada ruang lebih besar dari bagi lambung.

R/ Penyebab ulu hati juga berasal dari ruang fungsional untuk lambung tidak ada karena penekanan uterus yang membesar.

- (3) Anjurkan ibu makan sedikit tapi sering untuk menghindari lambung terlalu penuh.

R/ Lambung yang terlalu penuh merupakan sebab dari nyeri ulu hati.

- (4) Anjurkan ibu untuk menghindari makanan dingin dan pedas.

R/ Makanan dingin dan pedas dapat merangsang gangguan pencernaan.

- (5) Anjurkan ibu menghindari minum bersamaan dengan makan.

R/ Cairan pada air minum dapat menghambat asam lambung.

4. Pelaksanaan Tindakan

Menurut Kepmenkes RI No 132 (2007:6). Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam upaya bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

5. Implementasi

Menurut Varney (2008:176). Implementasi yang komprehensif merupakan pengonbatan dan perwujudan dari rencana yang telah disusun pada tahap-tahap perencanaan, pelaksanaan dapat direalisasikan dengan baik apabila dapat diterapkan berdasarkan hakekat masalah. Beberapa prinsip dalam pelaksanaan tindakan yaitu :

- a. Tindakan kebidanan apa yang dapat dikerjakan sendiri, dibantu atau dilimpahkan pada staff.
- b. Penguasaan pengetahuan dan keterampilan bidan tentang tindakan yang dilakukan.

6. Evaluasi

Menurut Kepmenkes RI No 133 (2007:7). Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera di catat dan dikomunikasikan pada klien dan atau keluarga. Hasil evaluasi harus ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

7. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI No. 133 (2007:7). Evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu sebagai berikut :

S : Adalah data subjektif, mencatat hasil anamnase.

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

2.2.2. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan

1. Pengkajian Data

a. Data Subyektif

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

1) Identitas

a) Nama

Untuk mengetahui nama klien dan suami untuk memperlancar komunikasi dalam asuhan sehingga tidak terlihat kaku dan lebih akrab (Septiana, 2014:131).

b) Umur

Data ini ditanyakan untuk menentukan apakah ibu dalam persalinan beresiko karena usia atau tidak (Sulistyawati, 2010: 220).

c) Agama

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

d) Pendidikan

Informasi ini membantu kita memahami klien sebagai individu dan memberi gambaran tentang kemampuan klien, sehingga mempermudah kita dalam memberikan informasi atau konseling (Marmi, 2011:155).

e) Pekerjaan

Data ini menggambarkan tingkat sosial ekonomi, pola sosialisasi, dan data pendukung dalam menentukan pola komunikasi yang akan dipilih selama asuhan (Sulistyawati, 2010: 220).

f) Alamat

Ditanya untuk mengetahui dimana ibu tinggal, mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama, mempermudah menghubungi keluarga, dan dijadikan

petunjuk pada waktu melakukan kunjungan rumah (Marmi, 2011:120).

2) Keluhan Utama

Menurut Manuaba (2012:173) tanda-tanda persalinan adalah:

- a) Terjadinya his persalinan. His persalinan mempunyai ciri khas pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks, makin beraktivitas (jalan) makin bertambah.
- b) Pengeluaran lendir dan darah (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 pecahnya 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 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik.
- (2) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- (3) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya pleksus Frankenhauser.

3) Riwayat Kesehatan

Kondisi medis tertentu berpotensi mempengaruhi ibu atau bayi atau keduanya. Calon ibu mengetahui bahwa penyakitnya dapat memperburuk atau berpeluang menyebabkan bayi sakit atau meninggal. Berikut ini adalah beberapa kondisi medis pada kategori ini:

a) Diabetes mellitus

Pada persalinan yang memerlukan tenaga ibu dan kerja rahim akan memerlukan glukosa banyak, maka bisa terjadi hipoglikemia atau koma (Mochtar, 2011 : 124).

b) Penyakit Jantung

Perubahan fisiologi terjadinya 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 his atau kontraksi uterus menyebabkan bahaya saat melahirkan. (Saifuddin, 2009: 769).

Menurut Manuaba (2012:333-334) stadium penyakit jantung terbagi dalam empat stadium, yaitu :

Klas I : Tanpa gejala pada kegiatan biasa, tanpa batas gerak biasa.

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

Klas III : Gerakan sangat terbatas karena gerak yang minimal saja telah menimbulkan gejala payah jantung.

Klas IV : Dalam keadaan istirahat sudah terjadi gejala payah jantung.

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

c) Epilepsi

Wanita penderita penyakit ayan (epilepsi) dapat menjadi hamil. Kehamilan tidak mempengaruhi jalannya penyakit, sebaiknya penyakit banyak mempengaruhi jalannya penyakit, sebaiknya penyakit banyak mempengaruhi kehamilan, persalinan, dan nifas (Mochtar, 2011 : 127)

d) 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, korioamnionitis, dan kelahiran seksio sesaria (Fraser, 2009:322).

e) Gonore

Infeksi gonore selama kehamilan telah diisolasi dengan *pelvic inflammatory disease* (PID). Pada tahap lanjut, *neisseria gonorrhoeae* diisolasi dengan rupture membrane yang premature, kelahiran premature, korioamnionitis, dan infeksi pascapersalinan. Konjungtivis gonokokal (*ophthalmia neonatorum*),

menifestasi tersering dari infeksi prenatal, umumnya itransmisikan Selma proses persalinan (Saifuddin, 2011: 925).

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Informasi tentang keluarga klien penting untuk mengidentifikasi wanita yang berisiko menderita penyakit genetik yang dapat memengaruhi hasil akhir kehamilan atau berisiko memiliki bayi yang menderita penyakit genetik. Informasi ini juga dapat mengidentifikasi latar belakang rasa atau etnik yang diperlukan untuk melakukan pendekatan berdasarkan pertimbangan budaya atau untuk mengetahui penyakit organik yang memiliki komponen herediter (Marmi, 2011:160). Kejadian kehamilan ganda dipengaruhi salah satunya oleh faktor genetik atau keturunan (Saifuddin, 2009:311).

5) Riwayat Kebidanan

a) Riwayat Menstruasi

Menurut (Marmi, 2011 : 123):

- (1) Menarche adalah terjadinya haid yang pertama kali. Menarche terjadi pada usia pubertas, yaitu 12 – 16 tahun, rata-rata 12,5 tahun.

(2) Siklus haid

Siklus haid yang klasik adalah 28 hari ± 2 hari, sedangkan pola haid dan lamanya perdarahan tergantung pada tipe wanita dan biasanya 3-8 hari.

(3) Hari pertama haid terakhir

HPHT dapat dijabarkan untuk memperhitungkan tanggal tafsiran persalinan. Bila siklus haid ± 28 hari, rumus yang dipakai adalah rumus Neagele yaitu hari + 7, bulan -3, tahun + 1.

b) Riwayat Kehamilan yang Lalu

Terminasi kehamilan dapat mempengaruhi viabilitas kehamilan berikutnya. Dilatasi dan kuretase menyebabkan terjadinya inkompetensi serviks. Aborsi spontan berulang dapat menindikasi adanya kondisi seperti abnormalitas genetik, ketidakseimbangan hormon, atau inkompetensi serviks (Fraser *et al*, 2009:252).

c) Riwayat Persalinan yang Lalu

Informasi esensial tentang persalinan terdahulu mencakup tipe persalinan apakah spontan, forsep, ekstraksi vakum, atau bedah sesar, lama persalinan, penolong persalinan, aterm atau premature, berat lahir,

jenis kelamin serta komplikasi-komplikasi yang menyertai persalinan (Marmi, 2011:158).

d) Riwayat Nifas yang Lalu

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38⁰C. Bila terjadi peningkatan melebihi 38⁰C berturut-turut selama dua hari, kemungkinan terjadi infeksi. Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya, akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga terdapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri disebut “nyeri ikutan” (*after pain*) terutama pada multipara (Manuaba, 2010:201).

e) Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang

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, dua kali pada trimester ketiga. Pelayanan asuhan kehamilan standar minimal 7T yaitu; timbang, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, pemberian imunisasi TT lengkap (5x TT yaitu TT₅), pemberian tablet zat besi minimum 90 tablet selama kehamilan, tes terhadap penyakit menular seksual, dan

temu wicara dalam rangka persiapan rujukan (Saifuddin,2009:60)

Lama kala I primigravida 12 jam, multigravida 8 jam. Pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Lama kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit. Kala III untuk primigravida 30 menit dan multigravida 15 menit. Lama kala IV 2 jam (Manuaba, 2010:173-174).

6) Riwayat Keluarga Berencana

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

7) Pola Kebiasaan Sehari-hari

a) Nutrisi

Ibu diperbolehkan mengkonsumsi makanan rendah lemak dan residu sesuai selera untuk memberinya energi. Namun makan dan minum selama persalinan

menyebabkan ibu mengalami peningkatan resiko regurgitasi dan aspirasi isi lambung (Fraser, 2009:451).

b) Personal Hygiene

Kebersihan tubuh senantiasa dijaga kebersihannya. Baju hendaknya yang longgar dan rmudah dipakai, sepatu atau alas kaki yang bertumit tinggi tidak dipaka lagi (Marmi, 2011:126).

c) Eliminasi

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

Poliuria sering terjadi selama persalinan, karena peningkatan curah jantung selama persalinan. Poliuria menjadi kurang jelas pada posisi terlentang karena posisi ini membuat aliran urine berkurang selama kehamilan (Varney *et al*, 2008:687).

d) Aktivitas

Norma-norma yang mengatur aktivitas fisik sangat bervariasi. Mereka takut kehilangan fisik yang fit

selama periode mereka terpaksa mengurangi kegiatan. Wanita yang biasanya tidak berolahraga harus memenuhi kegiatan fisik dan intensitasnya rendah dan meningkatkan aktivitas secara teratur. Pada kala I apabila kepala janin telah masuk sebagian ke dalam PAP serta keuban pecah, klien dianjurkan duduk atau berjalan-jalan disekitar ruangan atau kamar bersalin. Pada kala II kepala janin sudah masuk rongga PAP klien dalam posisi miring kanan atau kiri. Klien dapat tidur terlentang, miring kanan atau kiri tergantung pada letak punggung anak, klien sulit tidur terutama pada kala I – IV (Marmi,2011:128).

e) Istirahat dan Tidur

Umumnya wanita lebih suka berbaring karena sakit ketika his (Yuliananingsih, 2016:15).

f) Seksual

Sampai saat ini belum membuktikan dengan pasti bahwa coitus dan orgasme dikoordinasikan selama masa hamil untuk wanita yang sehat secara medis dan memiliki kondisi obstetrik yang prima. Akan tetapi, riwayat abortus spontan atau ancaman abortus lebih 1 kali, keguguran yang nyaris terjadi pada trimester ke dua, ketuban pecah dini, perdarahan atau sakit perut pada

kehamilan trimester ke tiga merupakan peringatan untuk tidak melakukan coitus dan orgasme (Marmi,2011:128).

g) Riwayat ketergantungan

(1) Merokok

Kebanyakan wanita mengetahui bahwa mereka tidak boleh merokok pada masa kehamilan meskipun mereka tidak mengetahui bahaya yang sebenarnya. Wanita yang merokok pada masa kehamilan pertama dan melahirkan bayi sehat mungkin tidak percaya bahwa merokok membawa resiko (Marmi, 2011:156).

(2) Alkohol

Masalah signifikan yang ditimbulkan oleh anak-anak yang mengalami sindrom alkohol janin dan gangguan perkembangan saraf terkait-alkohol membuat klinis wajib menanyakan asupan alkohol dan mengingatkan wanita efek potensial alkohol jangka panjang pada bayi yang dikandungnya (Marmi, 2011:156).

(3) Obat terlarang

Mengidentifikasi penggunaan obat pada masa hamil sangat penting. Membantu wanita yang ingin

berhenti merokok, mengidentifikasi janin dan bayi beresiko. Wanita yang menggunakan obat-obatan terlarang, akan menyebabkan keterlambatan perkembangan janin, retardasi mental atau bahkan kematian (Marmi, 2011 : 156)

h) Riwayat psikososial dan spiritual

Pada trimester III klien merasa tidak feminine lagi karena perubahan tubuhnya, kekuatan akan kelahiran bayinya, stress keluarga karena adanya perasaan sekarat selama persalinan berlangsung. Faktor-faktor situasi, seperti pekerjaan wanita dan pasangannya, pendidikan, status perkawinan, latar belakang budaya dan etik, serta status sosial ekonomi (Marmi, 2011:127).

i) Riwayat sosial dan budaya

Sosial budaya di Indonesia yang mengutamakan bapak dibandingkan ibu, sebagai contoh dalam hal makanan, bapak didahulukan untuk mendapatkan makanan yang bergizi sedangkan bagian yang tertinggal diberikan kepada ibu, sehingga gizi untuk ibu selama masa hamil kurang hal tersebut berakibat pada tingginya angka anemia (Eny, 2010: 11).

b. Data Obyektif

Data-data yang perlu untuk dikaji adalah sebagai berikut :

1) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan umum

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

(1) Baik

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

(2) Lemah

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

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan penkajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan composmentis (kesadaran

normal/sepenuhnya), samnolens (kesadaran menurun, psikomotor yang lambat dan mudah tertidur namun masih dapat pulih apabila dirangsang), apatis (pasien tampak segan/ acuh untuk berhubungan dengan lingkungan), sopor comatis (keadaan seperti tertidur lelap tetapi ada respon terhadap nyeri), coma (pasien tidak dalam keadaan sadar, tidak ada respon dan tidak bisa dibangunkan) (Sulistiyawati, 2011:175).

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 ketingkat sebelum persalinan. Nyeri, rasa takut dan kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah (Varney *et al*, 2007:686).

(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 1⁰ C yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan.

Peningkatan suhu sedikit adalah normal. Namun bila persalinan berlangsung lebih lama, peningkatan suhu dapat mengindikasikan dehidrasi dan parameter lain harus dicek. Pada kasus ketuban pecah dini, peningkatan suhu dapat mengindikasikan infeksi dan tidak dapat dianggap normal pada kondisi ini (Varney *et al*, 2007:686).

(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 (Varney *et al*, 2007:686). Untuk mengetahui fungsi jantung ibu, normalnya 80-90 x/menit (Marmi, 2011:129).

(4) Pernafasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan, dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Varney *et al*, 2007:686). Untuk mengetahui fungsi sistem pernafasan, normalnya 16-24 x/menit (Marmi, 2011:130).

d) Antropometri

(1) Berat Badan

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian payudara, volume darah, dan cairan ekstraselular.

Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg. Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg (Saifuddin, 2011:180). Kenaikan berat badan > 0,57 kg/minggu merupakan faktor risiko timbulnya preeklampsia (Saifuddin, 2010:532).

(2) Tinggi Badan

Tubuh yang pendek dapat menjadi indikator gangguan genetik. Tinggi badan harus diukur pada saat kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah ≥ 145 cm (Marmi, 2011:163)

(3) Lingkar Lengan Atas (LILA)

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika LILA

kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronis (KEK) (Jannah, 2012: 136). Selain itu merupakan indikator kuat status gizi ibu yang kurang/ buruk, sehingga beresiko untuk melahirkan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR). Dengan demikian bila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan, petugas dapat memotivasi ibu agar lebih memperhatikan kesehatannya serta jumlah dan kualitas makanannya (Romauli, 2011:173).

2) Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

Untuk menilai warna, ketebalan, ada ketombe atau tidak (Alimul, 2008:55).

b) Muka

Ukuran, bentuk, kontur kesimetrisan wajah dan lokasi struktur wajah, nyeri tekan pada sinus frontal dan maksila (Varney *et al*, 2007:35).

c) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak

kemungkinan adanya pre eklamsia (Romauli, 2011:174).

d) Hidung

Pemeriksaan nafas cuping hidung, deformitas atau penyimpangan septum, kesimetrisan, ukuran, letak, rongga hidung bebas sumbatang, perforasi septum nasal(Varney *et al*, 2007:36).

e) Mulut dan Gigi

Wanita yang bersalin biasanya mengeluarkan bau napas yang tidak sedap, mulut kering, bibir kering atau pecah-pecah, tenggorokan nyeri dan gigi berjigong, terutama jika ia bersalin selama berjam-jam tanpa mendapat cairan oral dan perawatan mulut (Varney *et al*, 2007:719).

f) Telinga

Obsevasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah pembesaran atau nyeri tekan pada mastoid, ketajaman pendengaran secara umum, bentul, tonjolan, lesi, rabas pada aurikula, ostium, warna, sumbatan, edema, dan adanya benda asing pada saluran pendengaran eksternal(Varney *et al*, 2007:36).

g) Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi (Saifuddin,2009:186). Kelenjar limfe yang membengkak merupakan salah satu gejala klinis infeksi toksoplasmosis pada ibu hamil, pengaruhnya terhadap kehamilan dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas dan cacat bawaan (Manuaba, 2012 : 340).

h) Dada

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

i) Payudara

Menjelang persalinan, perlu dilakukan pemeriksaan terhadap kondisi puting ibu misalnya kolostrum kering atau berkerak, muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam mengeluarkan putiang yang rata atau inversi pada wanita yang merencanakan untuk menyusui (Varney *et al*, 2007: 1051).

j) Abdomen

Untuk mengetahui ada bekas operasi/tidak, linea striae/tidak (Nursalam, 2009:88). Proses pengamatan dilakukan untuk menilai pembesaran perut sesuai atau

tidaj dengan tuanya kehamilan, bentuk perut membesar ke depat atau ke samping, adakah kelainan pada perut, serta untuk menilai pergerakan anak (Alimul, 2008:56).

Pemeriksaan dengan indra peraba yaitu tangan, dilakukan untuk menentukan besarnya rahim dengan menentukan usia kehamilan serta menentukan letak anak dalam rahim. Pemeriksaan palpasi dilakukan dengan metode :

(1) Leopold I

Untuk menentukan usia kehamilan dan juga untuk mengetahui bagian janin apa yang terdapat di fundus uteri (Mochtar, 2008:213).

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold I menurut Marmi (2011:167) yaitu :

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

Tabel 2.15
Usia Kehamilan Dalam Minggu Dan TFU
Dalam Cm

Usia Kehamilan	TFU
22-28 minggu	24-25 cm
28 minggu	26,7 cm
32 minggu	29,5-30 cm
34 minggu	31 cm
36 minggu	32 cm
38 minggu	33 cm
40 minggu	37,7 cm

Sumber : Sunarti, 2013: 65

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

Sifat kepala ialah keras, bundar dan melenting. Sifat bokong lunak, kurang bundar dan kurang melenting. Pada letak lintang fundus uteri kosong. Pemeriksaan tuanya kehamilan dari tingginya fundus uteri. Menurut Manuaba (2010:118), variasi Knebel digunakan untuk menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan yang lain di atas simfisis.

(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 menurut Marmi (2011:167-168) yaitu :

- (a) Kedua tangan di pindah kesamping
- (b) Tentukan dimana punggung anak. Punggung anak terdapat di pihak yang memberikan rintangan yang besar, 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.

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

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

(3) Leopold III

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

- (a) Dipergunakan satu tangan saja

(b) Bagian bawah ditentukan antara ibu jari dan jar 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).

(4) Leopold IV

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

(a) Pemeriksa mengubah sikapnya menjadi ke arah kaki penderita.

(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 luar.

Jadi, leopold IV untuk menentukan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul.

Menurut Romauli (2011), jika kita rapatkan kedua tangan pada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar :

- (a) Kedua tangan itu konvergen, hanya bagian kecil dari kepala turun ke dalam rongga.
- (b) Jika kedua tangan itu sejajar, maka separuh dari kepala masuk kedalam rongga panggul.
- (c) Jika kedua tangan divergen, maka bagian terbesar dari kepala masuk ke dalam rongga panggul dan ukuran terbesar dari kepala sudah melewati pintu atas panggul.



Tabel 2.16
Penurunan Kepala Janin Menurut Sistem Perlimaan

Periksa Luar	Periksa Dalam	Keterangan
		Kepala diatas PAP, mudah digerakkan
	H I-II	Sulit digerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
	H II-III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
	H III+IV	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
	H III-IV	Kepala didasar panggul
	H IV	Di perineum

Sumber : (Saifuddin, 2013:10)

TBJ : untuk mengetahui perkiraan berat janin.

Dihitung dengan TFU bila kepala janin sudah masuk panggul dikurangi 11, dan bila belum masuk panggul dikurangi 12 di kali 155 (Manuaba, 2008: 108).

DJJ : Pemeriksaan dengan mendengar bunyi dengan menggunakan stetoskop untuk mendengarkan bunyi detak jantung janin, bising tali pusat, bising rahim, serta bising usus (Alimul, 2008:89). Detak jantung janin : lokasi punctum maksimum, frekuensinya teratur atau tidak. Denyut jantung normal 120-160 x/menit. Jika ditemukan DJJ dibawah 100 x/menit atau lebih dari 180 x/menit merupakan tanda-tanda yang perlu diwaspadai pada janin (Varney *et al*, 2007:687).

HIS : His kala II, His semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik (Manuaba, 2010:173). Adanya his dalam persalinan dapat dibedakan sebagai berikut :

(1) Kala I

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Kala satu persalinan

terdiri dari dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif (Wiknjosastro, 2008:39).

(2) Kala II

Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut dengan kala pengeluaran bayi (Wiknjosastro, 2008:79).

(3) Kala III

Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (Wiknjosastro, 2008:99). Kala III merupakan kala pengeluaran uri atau pengeluaran plasenta (Marmi, 2011:70).

(4) Kala IV

Persalinan kala empat dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu (Marmi, 2011 : 295). Kontraksi lemah, masih sedikit nyeri (merain), pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari (Mochtar, 2011:65).

k) Genetalia

Vulva dan vagina bersih atau tidak, odema atau tidak, ada flour albus atau tidak, ada pembesaran kelenjar skene dan kelenjar bartholini atau tidak, ada condilomatalata atau tidak, ada condiloma acuminate atau tidak, kemerahan atau tidak. Perineum Ada luka bekas episiotomi atau tidak (Marmi, 2011 : 131).
Pengeluaran cairan, pada beberapa kasus terjadi keyuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan (Manuaba, 2010:173).

l) Anus

Perineum mulai menonjol dan anus mulai membuka. Tanda ini akan tampak bila betul-betul kepala sudah di dasar panggul dan mulai membuka pintu (Wiknjastro, 2008:46).

m) Ekstremitas

Terutama pemeriksaan reflek lutut. Reflek lutut negatif pada hipovitaminose dan penyakit urat saraf (Marmi, 2012:163). Edema ekstremitas merupakan tanda klasik preeklampsia, bidan harus memeriksa dan mengevaluasi pada pergelangan kaki, area pretibia, atau jari. Edema pada kaki dan pergelangan kaki biasanya merupakan

edema dependen yang disebabkan oleh penurunan aliran darah vena akibat uterus yang membesar (Varney *et al*, 2007:693).

3) Pemeriksaan Khusus

a) Pemeriksaan Dalam (VT)

Pemeriksaan dalam atau *vaginal toucher* (VT) sebaiknya dilakukan setiap 4 jam selama kala I persalinan dan setelah selaput ketuban pecah, catat pada jam berapa diperiksa, oleh siapa dan sudah pembukaan berapa, dengan VT dan diketahui juga efecement, konsistensi, keadaan ketuban, presentasi, denominator dan hodge. Pemeriksaan dalam dilakukan atas indikasi:

- (1) Ketuban pecah sedangkan bagian depan masih tinggi
- (2) Apabila kita mengharapkan pembukaan lengkap
- (3) Untuk menyelesaikan persalinan (Marmi, 2011:133).

Menurut Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan normal 2008 yang perlu dilakukan dalam pemeriksaan dalam adalah :

- (1) Memeriksa genetalia eksterna, memerhatikan ada tidaknya luka atau massa (benjolan) termasuk

kodiloma, varikosis vulva atau rektum, atau luka parut di perineum.

(2) Menilai cairan vagina dan menentukan bercak darah, perdarahan pervaginam atau mekonium :

(a) Jika ada perdarahan pervaginam dilarang melakukan pemeriksaan dalam.

(b) Jika ketuban sudah pecah, perhatikan warna dan bau air ketuban. Melihat pewarnaan mekonium, kekentalan dan pemeriksaan DJJ.

(c) Jika mekonium encer dan DJJ normal, meneruskan memantau DJJ dengan seksama menurut petunjuk partograf.

(d) Jika mekonium kental, menilai DJJ dan merujuk.

(e) Jika tercium bau busuk, mungkin telah terjadi tanda infeksi.

(f) Jika ketuban belum pecah jangan melakukan amniotomi.

(3) Adanya luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya. Hal ini merupakan informasi penting untuk menentukan tindakan pada saat kelahiran bayi.

- (4) Menilai pembukaan dan penipisan serviks.
- (5) Memastikan tali pusat dan/ atau bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba pada saat melakukan periksa dalam.
- (6) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian yang masuk ke dalam 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.

4) Pemeriksaan Penunjang

a) Urin

Urin yang dikeluarkan selama persalinan harus diperiksa untuk adanya glukosa, dan protein urien (Fraser *et al*, 2009:453).

b) Darah

Yang diperiksa adalah golongan darah ibu, kadar hemoglobin dan HbsAg (Romauli, 2011:187).

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.
- d. $G_{\geq 1}P_0 > UK$ 37 - 40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H₂O₂, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu :
 - 2) Kala I fase laten dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan (Varney *et al*, 2007:718-719).
 - 3) Kala I fase aktif akselerasi/dilatasi maksimal/deselerasi dengan kemungkinan masalah ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan (Wiknjosastro, 2005:182-192).
 - 4) Kala II dengan kemungkinan masalah:
 - a) Keletihan (Varney *et al*, 2007:537)

- b) Infeksi (Saifuddin, 2010:337)
- c) Kram Tungkai (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:722)
- 5) Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kepmenkes No.938/Menkes/SK/8/2007 tentang standar asuhan kebidanan).
- 6) $P_{\geq 1}$ Kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah menurut Sulistyawati, (2011:238): Retensio plasenta, avulsi tali pusat.
- 7) $P_{\geq 1}$ Kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi menurut
 - 1) Atonia uteri (Sukarni, 2013:243)
 - 2) Robekan vagina, perineum atau serviks (Sukarni, 2013:274).

3. Perencanaan

- a. Diagnosa : $G_{\geq 1}P_{0>}$ UK 37 - 40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H..., kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/fase aktif.

Tujuan : Proses persalinan berjalan dengan normal ibu dan bayi sehat

Kriteria:

- 1) KU baik, kesadaran komposmentis
- 2) TTV dalam batas normal

T: 100/60 – 130/90 mmHg

S: 36 – 37°C

N: 80–100x/menit

R: 16 – 24x/menit

- 3) His minimal 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik.
- 4) Kala I pada primigravida <13 jam sedangkan multi gravida <7 jam.
- 5) Kala II pada primigravida <2 jam sedangkan pada multigravida <1 jam
- 6) Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif.
- 7) Kala III pada primigravida <30 menit sedangkan multigravida <15 menit. Plasenta lahir spontan, lengkap.
- 8) Kala IV kontraksi uterus baik, keras, bundar, erdarahan <500 cc.

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:79-80) :

- 1) Perhatikan psikososial ibu dan beri dukungan mental pada ibu dengan menghadirkan keluarga. Anjurkan agar ibu selalu didampingi oleh keluarganya selama proses persalinan dan kelahiran bayinya. Berikan rasa nyaman dan semangat serta tentramkan hatinya selama persalinan berlangsung.

R/ Ibu yakin dan tabah dalam menjalani proses persalinan.

- 2) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan jika ketuban belum pecah dan pembukaan belum lengkap.

R/ Untuk mempercepat penurunan kepala bayi.

- 3) Bantu ibu memilih posisi yang nyaman dengan tidur miring ke kiri. Ibu dapat istirahat/tidur dengan posisi apapun kecuali pada posisi berbaring telentang. Hal ini karena jika ibu berbaring telentang maka berat uterus dan isinya menekan vena cava inferior. Ini akan mengurangi pasokan oksigen melalui sirkulasi utero plasenter sehingga akan menyebabkan hipoksia pada bayi.

R/ Mempercepat penurunan kepala janin.

- 4) Anjurkan ibu untuk makan dan minum.

R/ Persiapan energi untuk proses persalinan.

- 5) Observasi TTV

- a) DJJ setiap 30 menit
- b) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap 30 menit
- c) Nadi setiap 30 menit
- d) Pembukaan serviks setiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika ada indikasi

- e) Penurunan bagian terbawah setiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika ada indikasi
- f) Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam
- g) Produksi urin, asetat dan preotein setiap 2-4 jam

R/ Mengetahui perkembangan kondisi ibu.

- 6) Anjurkan ibu untuk mengkosongkan kandung kemih tiap 2 jam.

R/ Kandung kemih yang penuh dapat menghalangi penurunan kepala janin sehingga menyebabkan nyeri waktu his.

- 7) Tunggu pembukaan lengkap. Jika telah memasuki kala II segera pimpin persalinan sesuai standar asuhan kebidanan persalinan normal.

Berikut adalah langkah-langkah asuhan persalinan normal menurut Saifuddin (2008:87-97):

- 1) Mengenali tanda gejala 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) Memastikan perlengkapan alat, bahan, obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10

unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.

- 3) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
- 4) Melepaskan 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) Memakai satu sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.
- 6) Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang menggunakan sarung tangan DTT dan steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik.
- 7) Membersihkan 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.
- a) Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap.
 - b) Bila selaput ketuban belum pecah, lakukan amniotomi.
- 9) Mendekontaminasi 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) memeriksa 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.
- 11) Memberitahu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan ibu bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.

12) Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.

a) Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan didekontaminasikan temuan-temuan.

b) Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.

13) 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).

14) Melakukan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.

a) Membimbing ibu untuk meneran dengan benar dan aecara efektif.

b) Mendukung dan memberi semangat pada saat ibu meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.

- c) membantu ibu untuk mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya (kecuali berbaring terlentang dalam waktu yang lama).
 - d) Menganjurkan ibu istirahat dan anjurkan keluarga untuk memberikan makan dan minum di sela-sela kontraksi.
 - e) Menganjurkan keluarga untuk memberikan dukungan dan semangat untuk ibu.
 - f) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus mereda.
 - g) Segera rujuk bila bayi belum atau tidak segera lahir dalam waktu 120 menit (2jam) meneran (multigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (primigravita).
- 15) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
- 16) Meletakkan kain yang bersih yang dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.
- 17) Membuka tutup partus set dan perhatikan kembali perlengkapan alat dan bahan.
- 18) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- 19) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi

kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.

20) Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.

21) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi.

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

b) Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.

22) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi.

Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul dibawah arcus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.

23) Setelah kedua bahu lahir, menelusuri tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.

24) 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.

25) Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi diatas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan). Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi.

26) Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu-bayi. Lakukan penyuntikan oksitosin 10 unit.

- 27) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama.
- 28) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.
- 29) Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, ambil tindakan yang sesuai.
- 30) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dengan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya.
- 31) Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
- 32) Memberitahu kepada ibu bahwa ia akan di suntik oksitosin.
- 33) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitosin 10 unit IM di gluteus atau 1/3 atas

paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.

34) Memindahkan klem pada tali pusat.

35) Meletakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.

36) Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke atas dan belakang (dorsokrani) dan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau anggota keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu.

37) Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.

a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cc dari vulva.

b) Jika plasenta tidak terlepas setelah melakukan penanganan tali pusat selama 15 menit :

- Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit IM
- Menilai kandung kemih dan dilakukan kateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu

- Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya

- Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiram bayi.

38) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilih. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.

39) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, melakukan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi.

40) Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus.

41) Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

42) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

43) Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke larutan clorin 0,5 % membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air desinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkan dengan dengan kain bersih dan kering.

44) Menempatkan klem tali pusat desinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikatkan tali desinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.

45) Mengikatkan satu lagi simpul mati di bagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.

46) Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan clorin 0,5 %

- 47) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepala.
- 48) Mengajarkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
- 49) Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
- a) 2 - 3 x dalam 15 menit pertama pasca persalinan.
 - b) Setiap 15 menit pada 1jam pertama pasaca persalinan.
 - c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.
 - d) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, lakukan asuhan yang sesuai untuk pelaksanaan atonia uteri.
- 50) Mengajarkan ibu dan keluarga cara massase uterus dan menilai kontraksi.
- 51) Mengevaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
- 52) 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.
- 53) Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit) lalu cuci dan bilas.

54) Membuang bahan-bahan terkontaminasi ditempat sampah yang sesuai.

55) Membersihkan ibu dengan menggunakan DTT. Bersihkan sisa cairan keruban, lendir, dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih, dan kering.

56) Memastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga memberi makanan dan minuman yang diinginkan ibu.

57) Mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

58) Mencelupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

59) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

60) Dokumentasi

Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan kala IV

b. Masalah

Masalah Kala I

1) Ibu cemas menghadapi proses persalinan.

Tujuan : Mengurangi rasa takut dan cemas selama proses persalinan.

Kriteria : Ibu tampak tenang.

Intervensi menurut Wiknjastro (2008:120) :

b) Jelaskan fisiologi persalinan pada ibu.

R/: Proses persalinan merupakan proses yang panjang sehingga perlu dilakukan pendekatan.

c) Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada ibu.

R/: Ibu bersalin memerlukan penjelasan tentang keadaannya.

d) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang dilakukan.

R/: Ibu paham untuk dilakukan prosedur yang dibutuhkan.

2) Ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan

Tujuan : Ibu merasa nyaman terhadap proses persalinan.

Kriteria :

- a) Hadirkan orang terdekat ibu
- b) Berikan usapab punggung

Intervensi menurut Winkjosastro (2008:87) :

a) Ibu tidak cemas dan merasa tenang.

R/: kehadiran orang terdekat mampu memberikan kenyamanan psikologis dan mental ibu yang menghadapi proses persalinan.

b) Nyeri punggung berkurang.

R/: Usapan punggung meningkatkan relaksasi.

- c) Berikan sentuhan fisik misalnya pada kepala, lengan dan tungkai.

R/: Sentuhan fisik yang diberikan kepada ibu bersalin dapat menentramkan dan menenangkan ibu.

- d) Pengisapan atau penggunaan handuk sebagai kipas.

R/: Ibu bersalin menghasilkan banyak panas sehingga mengeluh kepanasan dan berkeringat.

Masalah Kala II

- 3) Kekurangan cairan

Tujuan : Tidak terjadi dehidrasi

Kriteria :

- a) Nadi 76-100x/menit
- b) Urin jernih, produksi urin 30 cc/jam

Intervensi (Yeyeh, 2008:45):

- a) Anjurkan ibu untuk minum.

R/: Ibu yang menghadapi persalinan akan menghasilkan panas sehingga memerlukan kecukupan minuman.

- b) Jika dalam 1 jam dehidrasi tidak teratasi, pasang infus dan berikan RL atau NS 125cc/jam.

R/: Pemberian cairan intravena akan lebih cepat diserap oleh tubuh.

c) Segera rujuk ke fasilitas yang mempunyai kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir.

R/: Rujukan dini pada ibu dengan kekurangan cairan dapat meminimalkan resiko terjadinya dehidrasi.

4) Kram tungkai (Varney *et al*, 2007:722).

Tujuan : Kram tungkai bisa teratasi.

Kriteria : Sirkulasi darah lancar.

Intervensi :

a) Luruskan tungkai ibu.

R/: Meluruskan tungkai ibu dapat melancarkan peredaran darah ke ekstremitas darah.

b) Atur posisi *dorsofleksi*

R/: relaksasi yang dilakukan secara bergantian dengan *dorsofleksi* kaki dapat mempercepat peredaan nyeri.

c) Jangan melakukan pemijatan pada tungkai

R/: Tungkai wanita tidak boleh dipijat karena ada resiko trombi tanpa sengaja terlepas.

5) Infeksi (Wiknjosastro, 2008:90).

Tujuan : Tidak terjadi infeksi.

Kriteria :

a) Nadi dalam batas normal (76-100x/menit).

- b) Suhu 36-37,5°C.
- c) KU baik.
- d) Cairan ketuban/ cairan vagina tidak berbau.

Intervensi :

- a) Baringkan miring ke kiri.
 - b) Pasang infus menggunakan jarum dengan diameter besar ukuran 16/18 dan berikan RL atau NS 125ml/jam.
 - c) Berikan ampisilin 2 gram atau amoxilin 2 gram/oral.
 - d) Segera rujuk ke fasilitas kesehatan yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetri.
- 6) Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan KU baik (Kepmenkes No.938/Menkes/SK/VIII/2007) tentang standar asuhan kebidanan.

Tujuan : Dapay melewati masa transisi dengan baik.

Kriteria : Bayi menangis kuat dan bergerak aktif.

Intervensi :

- a) Observasi tanda-tanda vital bayi.

R/: Tanda-tanda vital bayi merupakan dasar untuk menentukan keadaan umum bayi.

- b) Jaga suhu bayi tetap hangat.

R/: *Hipotermia* mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan atau diselimuti walaupun berada didalam ruangan yang relatif hangat.

c) *Bounding attachemen* dan lakukan IMD.

R/: *Bounding attachemen* dapat membantu ibu mengatasi stress sehingga ibu dapat merasa lebih tenang dan tidak nyeri pada saat plasenta lahir. IMD meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dengan bayi.

d) Berikan vitamin K1 secara IM 0,5 mg.

R/: Vitamin K1 dapat mencegah perdarahsn intrakranial.

e) Berikan salep mata.

R/: Salep mata sebagai profilaksis.

Masalah Kala III

7) Terjadi *avulsiplasenta* (Winkjosastro, 2008:119).

Tujuan : Tidak terjadi *avulsi*.

Kriteria : Tali pusat utuh.

Intervensi :

a) Palpasi uterus untuk melihat kontraksi, minta ibu meneran pada setiap kontraksi.

b) 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.

- c) Setelah plasenta lahir, lakukan masase uterus dan periksa plasenta
- d) Jika plasenta belum lahir dalam 30 menit, tanagtni sebagai retensio plasenta

8) *Retensio plasenta* (Wiknjastro, 2008:114).

Tujuan : Plasenta dapat dikeluarkan secara lengkap.

Kriteria : Tidak ada sisa plasenta yang tertinggal.

Intervensi :

- a) Plasenta masih didalam uterus selama 30 menit dan terjadi perdfarahan berat, pasang infus menggunakan jarum besar (16/18) dan berikan RL atau NS dengan 20 unit oksitosin.
- b) Coba lakukan plasenta manual dan penanganan lanjut.
- c) Bila tidak memenuhi syarat plasenta manual di tempat atau tidak kompeten maka segera rujuk ibu ke fasilitas terdekat dengan kapabilitas kegawatdaruratan obstetri.
- d) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

- e) Tawarkan bantuan walaupun ibu telah di rujuk dan menmdapat pertolongan di fasilitas kesehatan rujukan.

Masalah Kala IV

- 9) Robekan vagina, perineum, dan serviks (Wiknjosastro, 2008:113).

Tujuan : Robekan vagina, perineum dan srviks dapat dijahit

Kriteria : Vagina, perineum dan serviks dapat terjahit dengan baik serta perdarahan <500cc.

Intervensi :

- a) Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi yang timbul.
- b) Jika terjadi laserasi derajat satu dan menimbulkan persarahan aktif atau derajat dua lakukan penjahitan.
- c) Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks
 - 1) Pasang infus menggunakan jarum besar (16/18) dan berikan RP atau NS.
 - 2) Pasang tampon untuk mengurangi darah yang keluar.
 - 3) Sefera rujuk ku fasilitas dengan kemampuan gawat darurat obstetri.

4) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

10) Terjadinya *atonia uteri* (Wiknjosastro, 2008:107).

Tujuan : *Atonia uteri* dapat teratasi .

Kriteria : kontraksi uterus baik, keras, bundar serta perdarahan <500cc.

Intervensi :

a) Segera lakukan Kompresi Bimanual Internal (KBI) selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan keluar.

b) Jika kompresi uterus tidak berkontraksi dan perdarahan terus keluar, ajarkan keluarga untuk melakukan Kompresi Bimanula Eksternal (KBE). Berikan suntikan 0,2 mg ergometrin IM atau mosoprostol 600-1000 mg per rektal dan gunakan jarum berdiameter besar (16/18), pasang infus dan berikan 500cc larutan RL yang mengasndung 20 unit oksitosin.

c) Jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar ulangi KBI.

d) Jika uterus tidak berkontraksi selama 1-2 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan tindakan operasi dan transfusi darah.

- e) Dampingi ibu selama merujuk, lanjutkan tindakan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba di tempat rujukan.

4. Pelaksanaan Tindakan

Menurut Kepmenkes RI No 132 (2007:6). Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam upaya bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

5. Implementasi

Menurut Varney (2008:176). Implementasi yang komprehensif merupakan pengonbatan dan perwujudan dari rencana yang telah disusun pada tahap-tahap perencanaan, pelaksanaan dapat direalisasikan dengan baik apabila dapat diterapkan berdasarkan hakekat masalah. Beberapa prinsip dalam pelaksanaan tindakan yaitu :

- a. Tindakan kebidanan apa yang dapat dikerjakan sendiri, dibantu atau dilimpahkan pada staff.
- b. Penguasaan pengetahuan dan keterampilan bidan tentang tindakan yang dilakukan.

6. Evaluasi

Menurut Kepmenkes RI No 133 (2007:7). Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai

dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera di catat dan dikomunikasikan pada klien dan atau keluarga. Hasil evaluasi harus ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien:

- a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melakukan asuhan sesuai kondisi klien
- b. Hasil evaluasi segera di catat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga
- c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
- d. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

7. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI No. 133 (2007:7). Evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu sebagai berikut :

S : Adalah data subjektif, mencatat hasil anamnase.

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.

2.2.3. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Nifas

1. Pengkajian Data

a. Data Subyektif

1) Identitas

Data yang didapat dari pasien sebagai suatu pendapat terhadap situasi dan kejadian (Nusalam, 2009:55).

a) Nama

Nama jelas dan lengkap diperlukan untuk menetapkan identitas pasti pasien karena mungkin memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomor telfon yang berbeda (Manuaba, 2012).

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 (Eny, 2008:131).

c) Agama

Untuk memberikan motivasi pasien sesuai dengan agama yang dianut, agar petugas lebih mudah dalam pendekatan dan pemberian dorongan moral pada pasien (Diah, 2008:122).

d) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Eny, 2008:132).

e) 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).

f) Alamat

Untuk mengetahui dimana lingkungan tempat tinggalnya dan untuk mempermudah bila sewaktu-waktu diperlukan (Diah, 2008:122).

2) Keluhan Utama

Untuk mengatasi masalah yang dihadapi berkaitan dengan masa nifas, misalnya pasien merasa mulas, sakit pada jalan lahir karena adanya jahitan pada perineum (Ambarwati, 2010:132).

Menurut Varney (2008), keluhan utama yang sering terjadi pada masa nifas adalah sebagai berikut :

a) Nyeri setelah lahir (After pain)

Nyeri setelah kelahiran disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri yang lebih berat pada paritas tinggi adalah disebabkan karena terjadi penurunan tonus otot uterus, menyebabkan relaksasi intermitten (sementara-sementara) berbeda pada wanita primipara tonus otot uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi.

b) Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan keyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi atau jahitan laserasi dan episiotomi.

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) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari, jika terjadi selama kehamilan, hemoroid menjadi trauma dan menjadi edema selama wanita mendorong bayi pada kala II persalinan karena tekanan bayi dan distensi saat melahirkan.

e) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jaitan robekan perineum atau episiotomi derajat tiga atau empat.

f) Keringat berlebih

Wanita pascapartum mengeluarkan keringat berlebih karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraseluler selama kehamilan.

3) Riwayat Kesehatan

a) Penyakit asma

Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim

melalui gangguan pertukaran O₂ dan CO₂ (Manuaba,2010:336).

b) Anemia

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 me ndadak setelah persalinan, anemia kala nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba, 2010:240).

c) 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).

d) Penyakit TBC

Ibu dengan tuberculosis aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Manuaba, 2010:336).

4) Riwayat Nifas Sekarang

Ibu harus dianjurkan untuk menyusui, terutama karena menyusui dapat melindungi bayi dari alergi tertentu (Fraser, 2009:323).

5) Riwayat Kebidanan

a) Riwayat haid

Dengan memberikan ASI kembalnya 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, 2012:203). Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum mendapatkan lagi haidnya selama meneteki (Saifuddin, 2014:129).

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)

6) Riwayat KB

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 mencegah terjadinya kehamilan (Saifuddin, 2014:129).

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 setelah menyusui) (Saifuddin, 2014:128).

b) 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 kelaminya (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 pembalut sebaiknya dibuang saat terasa penuh dengan lochera (Manuaba, 2012: 202).

c) Eliminasi

Segera setelah pascapartum kandung kemih edema, mengalami kongesti, dan hipotonik, yang dapat menyebabkan overdistens, 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, 2012:202).

d) 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 mampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Saifuddin, 2014:127).

e) Seksual

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 (Saifuddin, 2014:128).

f) Aktivitas

Diskusikan pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu, seperti mengurangi rasa sakit pada punggung (Saifuddin, 2014:127).

g) Riwayat ketergantungan

Merokok dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah didalam tubuh., termasuk pembuluh-pembuluh darah pada uterus sehingga menghambat proses involusi, sedangkan alcohol dan narkotika mempengaruhi kandungan ASI yang langsung mempengaruhi perkembangan psikologi bayi dan gangguan proses bonding antara ibu dan bayi (Manuaba, 2010: 122).

8) Latar Belakang Sosial Budaya

Menurut saifuddin (2014:130), kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan, antara lain :

- a) Menghindari makanan berprotein, seperti ikan/telur
- b) Penggunaan bebe perut segala pada masa nifas (2-4 jam pertama)
- c) Penggunaan kantong es batu pada masa nifas (2-4 jam pertama)
- d) Penggunaan kantong es batu atau pasir untuk menjaga uterus berkontraksi karena merupakan keperawatan yang tidak efektif untuk anonia uteri
- e) Memisahkan bayi dari ibunya untuk masa yang lama pada 1 jam setelah kelahiran karena masa transisi

adalah masa kritis unyuk ikatan batin ibu dan bayi untuk mulai menyusu.

9) Psikososial Dan Spiritual

Menurut Marmi (2015:113-114), 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.

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan umum

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

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang pasien, dapat dilakukan dengan pengkajian derajat kesadaran *composmentis* (kesadaran maksimal) sampai *coma* (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati, 2010:122).

c) Tanda-tanda vital

(1) Tekanan darah

Pada beberapa kasus ditemukan keadaan hipertensi post partum, tetapi keadaan ini akan menghilang

dengan sendirinya apabila tidak ada penyakit lain yang menyertai dalam 2 bulan pengobatan (Ambarwati, 2010:139).

(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 proses ini. Apa bila denyut nadi di atas 100 selama purperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi pascapartum (Vameyet al, 2007: 961)

(3) Pernafasan

Nafas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kelelahan, cairan, eksaserbasi, asma, dan embulus paru (Varneyet al, 2008).

(4) Suhu

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 (Saifuddin, 2014:259).

d) Antropometri

(1) Berat Badan

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian payudara, volume darah, dan cairan ekstraselular. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg. Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg (Saifuddin, 2011:180). Kenaikan berat badan $> 0,57$ kg/minggu merupakan faktor risiko timbulnya preeklampsia (Saifuddin, 2010:532)

(2) Tinggi Badan

Tubuh yang pendek dapat menjadi indikator gangguan genetik. Tinggi badan harus diukur pada saat kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah ≥ 145 cm (Marmi, 2011:163).

(3) Lingkar Lengan Atas (LILA)

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

Selain itu merupakan indikator kuat status gizi ibu yang kurang/ buruk, sehingga beresiko untuk melahirkan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR).

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

2) Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

Rambut bersih atau tidak, warna, mudah rontok atau tidak (Sulistyawati, 2009:122).

b) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, sclera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu terinfeksi terinfeksi, bila merah kekuningan ada konjungtivitis. Tidak ada gangguan dalam penglihatan (Romauli, 2011:174).

c) Hidung

Kebersihan, ada polip atau tidak, alergi atau tidak (Sulistyawati, 2009:122).

d) Mulut dan gigi

Bibir, warna, integritas jaringan (lembab, kering, atau pecah-pecah), karies ada atau tidak (Sulistyawati, 2009:122).

e) Telinga

Kebersihan, gangguan pendengaran (Sulistyawati, 2009:122).

f) Leher

normal apabila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada perbesaran limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011:174).

g) 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 penatalaksanaan puting susu pada wanita menyusui(Varney *et al*, 2008:969).

h) Abdomen

Uterus :

(1) Normal : kokoh, berkontraksi baik, tidak berada di atas ketinggian fundal saat masa nifas segera.

(2) Abnormal : lembek, di atas ketinggian fundal saat masa post partum segera.

Kandung kemih : bisa buang air/tak bisa buang air
(Ambarwati, 2010:139).

i) Genetalia

Menurut Ambarwati, (2010:140-141), pemeriksaan genetalia antara lain:

(1) Lochea

(a) Normal : Merah hitam (lochea rubra), bau biasa, tidak ada bekuan darah atau butir-butir darah beku (ukuran jeruk kecil), jumlah perdarahan yang ringan atau sedikit (hanya perlu mengganti pembalut setiap 3-5 jam).

(b) Abnormal : Merah terang, bau busuk, mengeluarkan darah beku, perdarahan berat (memerlukan penggantian pembalut setiap 0-2 jam).

(2) Keadaan perineum : oedema, hematoma, bekas luka episiotomi/robekan, heacting.

(3) Keadaan anus : hemoroid/tidak.

j) Ekstremitas

Flagmasia alba dolesns yang merupakan salah satu bentuk infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoraris yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa sangat nyeri, tanpa bengkak pembuluh darah, suhu tubuh meningkat (Manuaba, 2012:148).

Varises/tidak, odem/tidak, reflek ekstremitas (+/-)
(Ambarwati, 2010:141).

3) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat *sahli*. Hasil pemeriksaan Hb dengan *sahli* dapat digolongkan sebagai berikut: Tidak anemia jika hb 11 g%, anemia ringan jika Hb 9-10 g, anemia sedang jika Hb 7-8, anemia berat jika Hb < 7 gr% (Manuaba, 2010:239).

4) Terapi yang didapat

Terapi yang diberikan pada ibu nifas menurut Bahiyatun (2009:129) yaitu:

a) pil zat besi 40 tablet harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin.

- b) Vitamin A 200.000 U agar bisa memberikan vitami A kepada bayinya melalui ASInya.

2. Diagnosa Kebidanan

Diagnosa PAPIAH....hari.....postpartum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak baik (Marmi, 2012:183). PAPIAH post partum hari ke.....laktasi lancar lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jaitan perinium, *after pain*, pengembangan payudara (Varney *et al*, 2007:974).

3. Perencanaan

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 (Sulistiyawati, 2009:126).

Tujuan : Masa nifas berjalan dengan normal tanpa adanya komplikasi bagi ibu dan bayi.

Kriteria : Menurut Manuaba, 2010:114

- 1) Keadaan umum : Kesadaran kompesmentis
- 2) Kontraksi uterus baik (bundar dan keras)
- 3) Tanda-tanda vital

TD : 110/70 mmhg

S : 36-37,5 °C

N : 60-80x/menit

R : 16-24x/menit

4) Laktasi normal

Menurut Marmi (2015:32) ASI dibedakan menjadi 3 yaitu:

a) Kolostrum merupakan cairan yang pertama kali disekresi oleh kelenjar payudara mulai dari hari ketiga atau keempat pasca persalinan. Kolostrum berwarna kekuning-kuningan, viskositas kental, dan lengket. Mengandung protein, mineral, garam, vitamin A, nitrogen, sel darah putih, dan anti bodi yang tinggi.

b) ASI transisi atau peralihan diproduksi pada hari keempat sampai kesepuluh warna putih jernih. Kadar imunoglobulin dan protein menurun, sedangkan lemak dan laktosa meningkat.

c) ASI matur merupakan ASI yang disekresi pada hari kesepuluh sampai seterusnya berwarna putih. Kandungan ASI matur relatif konstan tidak menggumpal bila dipanaskan.

5) Involusi uterus normal

Tabel 2.17
Involusi Uterus Normal

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,2010:201

- 6) 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. Serosa, keluar pada hari ke 7-14 hari, berwarna kekuningan. Lochea alba keluar setelah hari ke-14, berwarna putih (Manuaba, 2010:201).

Intervensi menurut Sofian (2012,89) :

- 1) Lakukan pemeriksaan TTV, KU, laktasi, involusi, dan lochea
R/ Menilai status ibu dan untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah yang terjadi.
- 2) Anjurkan ibu 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.
- 3) Jelaskan pada ibu mengenai senam nifas
R/ Latihan yang tepat untuk memulihkan kondisi ibu dan keadaan secara fisiologis maupun psikologis (Maritalia, 2012)
- 4) Beri konseling ibu tentang KB pasca salin
R/ Untuk menjarangkan anak (Mochtar, 2012:89)
- 5) Anjurkan ibu untuk mengimunitasikan bayinya.
R/ Untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan (Marmi, 2012:395)

Kemungkinan Masalah :

1) Masalah 1 : *After pain* atau kram perut

Tujuan : Masalah kram perut teratasi

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu dapat berkurang sehingga ibu dapat beraktivitas

Intervensi menurut Bahiyatun (2009: 123:124), antara lain :

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/ M eningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang

2) Masalah 2 : Gangguan eliminasi

Tujuan : Masalah eliminasi teratasi

Kriteria : Ibu bisa BAK dan BAB dengan lancar

Intervensi menurut Purwanti (2012:88), antara lain :\

- a) Jelaskan tentang pentingnya BAK dan BAB sedini mungkin setelah melahirkan

R/: Pasien tidak akan menahan diri untuk BAK maupun BAB jika terasa

- b) Anjurkan kepada ibu untuk banyak minum air putih minimal 8 gelas perhari atau 2 liter air putih, buah dan sayur

R/: Air putih, buah dan sayur berfungsi sebagai memperlancar kinerja sistem urinaria

- c) Yakinkan pada pasien bahwa jongkok dan mengjenjeng ketika BAB tidak akan menimbulkan kerusakan pada jahitan

R/: menghilangkan rasa takut pada pasien untuk melakukan BAB.

3) Masalah 3 : Pembengkakan payudara

Tujuan : setelah diberi asuhan masalah teratasi

Kriteria : Payudara tidak bengkak, kulit payudara tidak mengkilat, tidak merah, dan payudara tidak nyeri, tidak terasa penuh, dan tidak keras

Intervensi menurut Bahiyatun (2009:124), antara lain :

- 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) Lakukan perawatan payudara pada pasca persalinan

R/ yang bertujuan agar otot-otot payudara tidak tegang dan tidak terjadi pembengkakan

d) Gunakan bra yang kuat untuk menyangga dan tidak menekan payudara

R/ Bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah pembengkakan dan nyeri yang dialami.

e) Jika payudara masih tersa penuh, lakukan pengosongan ASI secara manual

R/ pengosongan payudara secara manual dapat membantu mengurangi pembengkakan payudara.

4) Masalah 4 : Nyeri pada luka jaitan perinium

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, rasa nyeri teratasi

Kriteria : Rasa nyeri berkurang dan ibu dapat beraktivitas

Intervensi : Menurut Sulistyawati,2009:134

a) Observasi luka jaitan perinium

R/ Untuk mengkaji jaitan perineum dan adanya infeksi

- b) Anjurkan 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 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu)

R/ meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan dapat berkurang.

4. Pelaksana Tindakan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI No.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 menurut Marmi, (2010:184):

- 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. Menganjurkan ibu untuk istirahat cukup untuk memulihkan tenaganya
- g. Menjelaskan kepada ibu akibat kurang istirahat dan menguurangi ASI dan memperbanyak perdarahan yang dapat menyebabkan depresi serta ketidak mampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri
- h. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi secara bertahap
- i. Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihannya
- j. Memberikan konseling tentang perawatan payudara
- k. Memberitahu ibu untuk makan yang banyak gizi
- l. Memberikan ibu terapi tablet tambah darah, mencegah perdarahan dan memperlancar ASI
- m. Menggunakan sumberdaya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
- n. Melakukan tindakan sesuai standar
- o. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

5. Evaluasi

Menurut Kepmenkes RI No 133 (2007:7). Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat

keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera di catat dan dikomunikasikan pada klien dan atau keluarga. Hasil evaluasi harus ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien:

- a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melakukan asuhan sesuai kondisi klien
- b. Hasil evaluasi segera di catat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga
- c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
- d. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

6. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI No. 133 (2007:7). Evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu sebagai berikut :

S : Adalah data subjektif, mencatat hasil anamnase.

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

a) Nama bayi

Digunakan untuk membedakan antar bayi yang satu dengan lainnya (Marmi, 2012:134).

b) Tanggal/jam lahir

Untuk mengetahui usia neonatus (Sondakh, 2013:155).

c) Jenis kelamin

Untuk mengetahui jenis kelamin bayi tersebut (Sondakh, 2013:155).

d) Umur bayi

Untuk menginterpretasi apakah data pemeriksaan klinis bayi tersebut normal sesuai dengan umurnya (Metondang, 2013:95).

e) Alamat

Untuk memudahkan melakukan kunjungan rumah (Wildan, 2009:67).

2) Identitas Orangtua menurut Saleha (2009:155)

a) Nama

Digunakan untuk membedakan antara klien satu dengan yang lainnya.

b) Umur

Untuk mengetahui umur masa reproduksi klien beresiko tingga atau tidak.

c) Agama

Untuk mengetahui bagaimana kita memberikan dukungan kepada ibu selama memberikan asuhan.

d) Pekerjaan

Pekerjaan ibu yang berat bisa mengakibatkan ibu kelelahan. Secara tidak langsung dapat menyebabkan masa kehamilan akan terganggu.

e) Alamat

Untuk mengetahui keadaan lingkungan dan tempat tinggal.

3) Keluhan Utama

Terjadi seborrhea, milliariasis , muntah dan gumoh, *oral trush* (moniliasis/sariawan), *diaper rash* (Marmi, 2012:207-229).

Keluhan utama pada neonatus adalah bayi gelisah, tidak ada keinginan untuk menghisap ASI, bayi lapar, tidak sabar untuk menghisap puting (Manuaba, 2010:229).

4) Riwayat Antenatal

Menurut Varney *et al*, (2007: 916) bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu kelahiran. Jumlah kunjungan pranatal dicatat bersama setiap masalah pranatal yang ada. Semua hasil laboratorium dan pengujian pranatal termasuk laporan ultrasonografi, harus ditinjau. Kondisi pranatal dan kondisi intrapartum yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan bayi baru lahir.

5) Riwayat Natal

Usia gestasi pada waktu kelahiran, lama persalinan, presentasi janin dan rute kelahiran harus ditinjau ulang. Pecah ketuban lama, demam pada ibu, dan cairan amnion yang berbau adalah faktor risiko signifikan untuk atau prediktor infeksi neonatal. Cairan amnion berwarna mekonium meningkatkan risiko penyakit pernapasan. Medikasi selama persalinan seperti analgesik, anestetik, magnesium sulfat dan glukosa dapat mempengaruhi perilaku dan metabolisme bayi baru lahir. Abnormalitas plasenta dan kedua pembuluh darah tali pusat dikaitkan dengan peningkatan insiden anomali neonatus (Walsh, 2007:368).

6) Riwayat Post Natal

Menurut Varney *et al*, (2007:917) bidan harus meninjau catatan kelahiran bayi tentang tanda-tanda vital dan perilaku bayi baru lahir. Perilaku positif antara lain menghisap, kemampuan untuk

makan, kesadaran, berkemih, dan mengeluarkan mekonium. Perilaku mengkhawatirkan meliputi gelisah, letargi, aktivitas menghisap yang buruk atau tidak ada, dan tangisan yang abnormal.

7) Pola Kebiasaan Sehari-Hari

a) Nutrisi

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

Kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonatus dapat dilihat pada tabel 2.18 sebagai berikut:

Tabel 2.18
Kebutuhan Dasar Cairan dan Kalori pada Neonatus

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

Sumber : Saifuddin,2009:380

b) Personal hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali

seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mengering. Pencucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urine dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah (Walsh, 2007:377-378).

c) Eliminasi

(1) Buang Air Kecil (BAK)

BAK bayi normalnya mengalami berkemih 7 sampai 10 kali per hari. Untuk menjaga bayi tetap bersih, hangat dan kering maka setelah BAK harus diganti popoknya. Biasanya terdapat urine dalam jumlah yang kecil pada kandung kemih bayi saat lahir, tetapi ada kemungkinan urine tidak dikeluarkan selama 12-24 jam.

(2) Buang Air Besar (BAB)

Bayi yang pencernaanya normal akan BAB pada 24 jam pertama dan dalam 4 hari. BAB pertama ini disebut mekonium. Feses pertama ini biasanya berwarna hijau kehitaman dan lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel (Marmi, 2012:77).

d) Tidur

Bayi baru lahir tidur 16-18 jam sehari, paling sering blok waktu 45 menit sampai 2 jam. Ketidakteraturan sudah menjadi aturan. Mencoba untuk mendapatkan jadwal tidur bayi biasanya tidak berhasil (Walsh, 2007).

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, 2009:137).

Bayi menangis sedikitnya 5 menit/hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam/hari. Tergantung pada temperamen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok basah dan stimulasi berlebihan (Walsh, 2007).

f) Psikososial

Kontak awal ibu dengan bayi setelah kelahiran melalui sentuhan, kontak mata, suara, aroma, bioritme akan terbentuk ikatan kasih sayang antara bayi dan orang tua (Marmi, 2011).

Bayi baru lahir waspada dan sadar terhadap lingkungannya saat ia terbangun. Jauh dari pasif, bayi bereaksi terhadap

rangsang dan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya (Fraser, 2009:712).

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu $36,5^{\circ}\text{C}$ – 37°C (Wiknjastro, 2005:256). Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan (Saifuddin, 2006:137).

b) Tanda-tanda vital

(1) Suhu

Suhu tubuh paling kurang diukur satu kali sehari. Bila suhu rektal di bawah 36°C , bayi ini harus diletakkan di tempat yang lebih panas misalnya di dalam inkubator yang mempunyai suhu 36°C – 32°C , dalam pangkuan ibu atau bayi dibungkus dan diletakkan botol-botol hangat disekitarnya. Dapat pula dipakai lampu yang disorotkan ke arah bayi. Disamping pemanasan harus pula dipikirkan kemungkinan bayi menderita infeksi. Suhu rektal

diukur setiap $\frac{1}{2}$ jam sampai suhu tubuh diatas 36°C (Wiknjosastro, 2005:256).

Suhu bayi baru lahir dapat dikaji di berbagai tempat dengan jenis termometer yang berbeda-beda.

Dianjurkan bahwa suhu rektal dan aksila tetap dalam rentang $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$ dan suhu kulit abdomen dalam rentang $36-36,5^{\circ}\text{C}$ (Varney *et al*, 2007:882).

Suhu aksila $36,5^{\circ}\text{C} -37^{\circ}\text{C}$ sedangkan suhu kulit $36^{\circ}\text{C}-36,5^{\circ}\text{C}$ (Fraser, 2009:710).

Suhu rektal menunjukkan suhu inti tubuh, suhu aksila normalnya 1° (lebih dingin dari suhu inti tubuh $36,5^{\circ}\text{C} -37,5^{\circ}\text{C}$) (Walsh, 2008:369).

(2) Pernafasan

Pernafasan cepat pada menit-menit pertama ± 80 kali/menit disertai pernafasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan interkostal serta rintihan hanya berlangsung 10–15 menit (Wiknjosastro, 2005:255). Pada pernafasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi dan ekspirasi. Gerak pernafasan 30 sampai 50 kali per menit (Saifuddin, 2009:138).

Pola pernafasan bervariasi sesuai awitan pernafasan. Bernafasan berfluktuasi dan tidak stabil selama periode waktu tertentu. Pernafasan pada bayi baru lahir dapat terdengar ribut selama periode transisi. Frekuensi rata-rata 40 kali/menit. Rentang 30-60 kali/menit. Pernafasan merupakan pernafasan diafragma dan abdomen (Varnay *et al*, 2007:880).

(3) 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 (Wiknjastro, 2005:255). Frekuensi jantung 120-160x/menit ketika istirahat (Walsh, 2008:369). Frekuensi jantung bayi cepat sekitar 120-160 kali per menit serta berfluktuasi selaras dengan fungsi pernafasan bayi, aktifitas atau dalam kondisi tidur (Fraser, 2009:710).

c) Antropometri

(1) Panjang badan

Panjang bayi baru lahir paling akurat dikaji jika kepala bayi baru lahir terletak rata terhadap permukaan yang keras. Kedua tungkai diluruskan dan kertas dimeja pemeriksaan diberi tanda. Setelah

bayi baru lahir dipindahkan, bidan kemudian dapat mengukur panjang bayi dalam satuan sentimeter. Menurut Varney *et al*, (2007:921).

Sedangkan Menurut Walsh, (2008:368), Panjang bayi diukur dari ujung kepala sampai tumit, dengan keyakinan bahwa kaki terekstensi penuh.

(2) Berat Badan

Berat badan 3 hari pertama terjadi penurunan, hal ini normal karena pengeluaran air kencing dan mekonium. Pada hari ke-4, berat badan naik (Wiknjosastro, 2007:256).

Berat badan sebaiknya tiap hari dipantau. Penurunan berat badan lebih dari 5% dari berat badan waktu lahir, menunjukkan kekurangan cairan (Saifuddin, 2009:138). Berikut disajikan tabel 2.19 mengenai penurunan berat badan sesuai umur :

Tabel 2.19
Penurunan Berat Badan Sesuai Umur

Umur	Penurunan atau kenaikan BB yang dapat diterima dalam bulan pertama
1 minggu	Turun sampai 10%
2-4 minggu	Naik setidak-tidaknya 160 gram perminggu (setidaknya 15 gram perhari).
1 bulan	Naik setidak-tidaknya 300 gram dalam bulan Pertama
Bila penimbangan dilakukan setiap hari dengan alat	
Minggu Pertama	Tidak ada penurunan berat badan atau kurang dari 10%
Setelah minggu pertama	Setiap hari terjadi kenaikan pada bayi kecil setidak-tidaknya 20 gram.

Sumber : Wiknjosastro. 2008:143.

(3) Ukuran kepala menurut Winkjosastro (2005:119)

meliputi:

(a) Dimeter suboksipito-bregmatikus : 9,5-10 cm

(b) Diameter oksipito-frontalis : 11-12 cm

(c) Diameter oksipito metalis : 13,5-15 cm

(d) Diameter submento-bregmatika : 9,5-10 cm

(e) Diameter biparietalis : 9,5-10 cm

(f) Diameter bitemporalis : 8-10 cm

(g) Sirkumferensiasuboksipito-berghmatikus: 33-34

cm

(h) Sirkumferensia submento-bregmatikus : 32-33

cm

(i) Sirkumferensia oksipito frontalis : 33-35
cm

(j) Sirkumferensia mento-oksipitalis : 34-
35,5 cm

(4) Lingkar lengan : \pm 11 cm

(5) Lingkar dada : 33-38 cm

5) Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

Kedua fontanel dapat diraba dengan mudah, tidak menonjol dan tidak meregang, adanya caput suksedaneum sebagai temuan umum, adanya sefalohematoma (Walsh, 2007:367).

Rambut bayi lembut dan halus, beberapa bayi umumnya tidak memiliki rambut, sedangkan bayi yang lainnya memiliki rambut yang lebat (Fraser, 2009:709).

Bayi yang mengalami seborrea akan terdapat ruam tebal berkeropeng berwarna kuning dan terdapat ketombe di kepala (Marmi, 2012:221:223)

b) Mata

Diperhatikan adanya tanda-tanda perdarahan berupa bercak merah yang akan menghilang dalam waktu 6 minggu (Saifuddin, 2006:137). Sklera harus diperiksa adanya hemoragi. Kemerahan pada konjungtiva dapat

mengidentifikasi adanya infeksi (Walsh, 2007:370). Ukuran, bentuk (strabismus, pelebaran epicanthus) dan kesimetrisan, kekeruhan kornea, katarak congenital, trauma, keluar nanah, bengkak pada kelopak mata, perdarahan subkonjungtiva (Muslihatun, 2010:33).

c) Hidung

Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm. Periksa adanya pernafasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernafasan (Marmi, 2012:57).

d) Mulut

Salivasi tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna (Saifuddin, 2006:137).

Terdapat adanya stomatitis pada mulut merupakan tanda adanya *oral thrush* (Marmi, 2012:211).

Membran mukosa mulut lembab dan berwarna merah muda. Reflek menghisap dan menelan terkoordinasi. (Fraser, 2009:711).

Simetris, tidak ada sumbing (skizis), refleks hisap kuat, saliva berlebihan dikaitkan dengan fistula atau atresia trakeoesofagus (Walsh, 2007:370).

e) Telinga

Tulang kartilago telinga telah sempurna dibentuk (Fraser, 2009:709). Pemeriksaan dalam hubungan letak dengan mata dan telapak (Saifuddin, 2006:33).

f) Leher

Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhialis. Adanya lipatan kulit yang berlebihan di bagian belakang leher menunjukkan adanya kemungkinan trisomi 21 (Marmi, 2012:57-58).

g) Dada

Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernafas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks, paresis diafragma atau hernia diafragma. Pernafasan yang normal dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan. Tarikan sternum atau interkostal pada saat bernafas perlu diperhatikan. Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk baik dan tampak simetris (Marmi, 2012:58). Pernafasan diafragma, dad, perut naik dan turun (Fraser, 2009:710).

h) Punggung

Punggung bayi harus diinspeksi dan dipalpasi dengan posisi bayi telubgkup. Jika ada pembengkakan, lesung,

atau rambut yang melekat dapat menandakan adanya cacat tulang belakang tersamar (Freser, 2009:715).

Melihat adanya benjolan/tumor punggung dengan lekukan yang kurang sempurna (Saifuddin, 2006:137).

i) Abdomen

Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan, jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika. Abdomen membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor lainnya. Dan apabila perut kembung kemungkinan adanya enterokolitis vesikalis, omfalokel atau ductus omfaloentriskus persisten. (Marmi, 2012:58).

Bentuk, penonjolan sekitar tali pusat saat menangis, perdarahan tali pusat, lembek saat menangis (Saifuddin, 2006:33-34).

j) Genitalia

Pengkajian genitalian menurut Marmi, (2012:59) :

(1) Laki-laki

Pada bayi laki-laki panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. Periksa posisi lubang uretra. Prepusium

tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis.

Periksa adanya hipospadia dan epispadia.

(2) 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.

k) Anus

Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya. Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya mekonium plug syndrom, megokolon atau obstruksi saluran cerna (Marmi, 2012:59). Anus berlubang (Saifuddin, 2006:34).

l) Ekstremitas

Ukuran setiap tulang harus proporsional untuk ukuran seluruh tungkai dan tubuh secara umum. Tungkai harus simetris harus terdapat 10 jari. Telapak harus terbuka secara penuh untuk memeriksa jari ekstra dan lekukan telapak tangan. Sindaktili adalah penyatuan atau penggabungan jari-jari, dan polidaktili menunjukkan jari ekstra. Kuku jari harus ada pada setiap jari. Panjang tulang pada ekstremitas bawah harus dievaluasi untuk

ketepatannya. Lekukan harus dikaji untuk menjamin simetrisitas. Bayi yang lahir dengan presentasi bokong berisiko tinggi untuk mengalami kelainan panggul kongenital (Walsh, 2008:371-372).

m) Kulit dan kuku

Kulit bayi baru lahir yang normal tipis, halus dan mudah sekali mengalami trauma akibat desakan, tekanan atau zat yang memiliki pH berbeda. Rambut halus disebut dengan lanugo, menutupi kulit dan banyak terdapat dibahu, lengan atas dan paha. Warna kulit bayi bergantung pada asal suku, bervariasi mulai dari merah muda dan putih hingga coklat kekuningan atau coklat tua (Fraser, 2009:709). Bayi matur memiliki garis kulit didaerah telapak tangan dan kaki. Kuku telah sempurna terbentuk dan melekan di ujung jari, terkadang sedikit lebih panjang daripada ujung jari (Fraser, 2009:709).

6) Pemeriksaan Neurologis

Pemeriksaan neurologis merupakan indikator integritas sistem saraf. Baik respons yang menurun (hipo) maupun yang meningkat (hiper) merupakan penyebab masalah (Varney *et al*, 2007:923).

(1) Refleks melangkah (*stepping reflex*)

Bayi akan menggerak-gerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras (Marmi, 2012:72).

(2) Refleks menggenggam(*grasping reflex*)

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

(3) Refleks babinsky

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 berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi (Marmi, 2012:71).

(4) Refleks ekstruksi

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

(5) Refleksi berkedip (*glabellar reflex*)

Pada saat pangkal hidung diketuk secara pelan, bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama (Marmi, 2012:70).

(6) Refleksi menelan (*swallowing reflex*)

Kumpulan ASI di dalam mulut bayi mendesak otot-otot di daerah mulut dan faring untuk mengaktifkan refleksi menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung bayi (Wiknjastro, 2008:134).

(7) Refleksi mencari (*rooting reflex*)

Ketika pipi atau sudut mulut bayi disentuh, bayi akan menoleh ke arah stimulus dan membuka mulutnya (Marmi, 2012:70).

(8) Refleksi terkejut (*morro reflex*)

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

(9) Refleksi menghisap (*suckling reflex*)

Benda menyentuh bibir disertai refleksi menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi

atas timbul isapan yang kuat dan cepat. Dilihat pada waku bayi menyusu (Marmi, 2012:70).

(10) Refleks menoleh (*tonikneck reflex*)

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

2. Diagnosa Kebidanan

Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laku/perempuan, keadaan umum baik. Kemungkinan masalah ikterik, hipoglikemi, seborrhea, hipotermi, Muntah dan gumoh, maliariasis, *ortal trush*, *diaper rash* (Marmi, 2012:207).

3. Perencanaan

a. Diagnosa

Diagnosa Kebidanan : Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik

Tujuan : bayi baru lahir dapat melewati masa transisi dari intrauterin ke ekstrauterin tanpa terjadi komplikasi.

Kriteria :

- 1) Keadaan umum baik
- 2) TTV normal menurut Indrayani (2013:328-329) adalah :
S : 36,5-37,5°C

N : 120-160x/menit

RR : 40-60 x/menit

- 3) Bayi menyusu kuat
- 4) Bayi menangis kuat

Intervensi:

- 1) Jaga tali pusat dalam keadaan kering dan bersih

R/ Tali pusat yang basah atau lembab dapat menyebabkan infeksi (Winkjosastro, 2008:130)

- 2) Ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orang tua

R/ Tanda-tanda bahaya bayi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut (Marmi 2012:87-88)

- 3) Beri ASI setiap 2-3 jam.

R/ Kapasitas lambung pada bayi terbatas, kurang dari 30 cc untuk bayi baru lahir cukup bulan. ASI diberikan 2-3 jam sebagai waktu untuk mengosongkan lambung (Varneyet al, 2008:885)

- 4) 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 (Indrayani, 2013:329).

- 5) Memandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir

R/ Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah (Winkjosastro, 2008:129).

b. Masalah

1) Masalah 1 : Ikterik Fisiologis

Tujuan : Ikterik Fisiologis berkurang/hilang

Kriteria menurut Ledewig (2006: 199) adalah :

- a) Kadar bilirubin serum tidak $\leq 12,5$ mg/dL
- b) Tidak ada tanda-tanda ikterus, seperti warna kekuning-kuningan pada kulit, mukosa, sklera, dan urine.

Intervensi menurut Varney (2008: 943) antara lain:

a. Mengkaji tanda dan gejala klinis ikteri fisiologis.

R/ Kepala dan leher = kadar bilirubin 5 mg%. Kepala leher dan badan bagian atas = 9 mg%. Kepala, leher, badan bagian atas sampai tungkai = 11 mg%. Seluruh tubuh kecuali ekstremitas = 12 mg%. Seluruh tubuh 16 mg%.

b. Mengkaji faktor-faktor risiko.

R/ Riwayat prenatal tentang imunisasi Rh, inkompatibilitas ABO, penggunaan aspirin pada ibu, sulfonamida, atau obat-obatan antimikroba, dan cairan amnion berwarna kuning (indikasi penyakit hemolitik tertentu) merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat.

- c. Berikan ASI sesegera mungkin, dan lanjutkan setiap 2-4 jam.

R/Mekonium memiliki kandungan bilirubin yang tinggi dan penundaan keluarnya mekonium meningkatkan reabsorpsi bilirubin sebagai bagian dari pirau enterohepatik.

- d. Jemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit.

R/ Menjemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit akan mengubah senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah diekskresikan.

2) Masalah 2 : Hipoglikemi

Tujuan : Hipoglikemi tidak terjadi

Kriteria menurut Marmi (2012:306) :

- a) Kadar glukosa dalam darah ≥ 45 mg/dL
- b) Tidak ada tanda-tanda hipoglikemi yaitu kejang, letargi, pernapasan tidak teratur, apnea, sianosis, pucat, menolak untuk minum ASI, tangis lemah dan hipotermi.

Intervensi menurut (Marmi, 2012:306) adalah:

- a) Kaji bayi baru lahir dan catat setiap faktor risiko.

R/Bayi preterm, bayi ibu dari diabetes, bayi baru lahir dengan asfiksia, stres karena kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk berisiko mengalami hipoglikemi.

- b) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemi.

R/Tanda-tanda hipoglikemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

- c) Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10 % bagi bayi yang berisiko hipoglikemia.

R/Nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglikemia.

- d) 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.

- e) Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat, dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal.

R/Tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energi ba

3) Masalah 3 : Seborrhea

Tujuan : Tidak terjadi seborrhea.

Kriteria :

- a) Tidak timbul ruam tebal berkeropong berwarna kuning dikulit kepala.
- b) Kulit kepala bersih dan tidak ada ketombe

Intervensi menurut (Marmi, 2012:221-223) adalah :

- a) Cuci kulit kepala bayi menggunakan shampo bayi yang lembut sebanyak 2-3 kali seminggu. Kulit pada bayi belum bekerja secara sempurna.

R/ Shampo bayi harus lembut karena fungsi kelenjar.

- b) Oleskan krim *hydrocortisone*

R/ Krim *hydrocortisone* biasanya mengandung asam salisilat yang berfungsi untuk membasmi ketombe

- c) Untuk mengatasi ketombe yang disebabkan jamur, cuci rambut bayi setiap hari dan pijat kulit kepala dengan sampo secara perlahan

R/ Pencucian rambut dan pijatan kulit kepala dapat menghilangkan jamur lewat serpih kulit yang lepas

- d) Periksa ke dokter, bila keadaan semakin memburuk

R/ Penatalaksanaan lebih lanjut

- 4) Masalah 4 : Hipotermi

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

Kriteria menurut Indrayani, (2013:329)

- a) Tidak ada tanda-tanda hipotermi, seperti bayi tidak mau menetek, tampak lesu, tubuh terasa dingin, denyut jantung bayi menurun kulit tubuh bayi mengeras/sklerema (Saifuddin, 2006:373).
- b) Suhu bayi 36,5-37,5°C

Intervensi menurut Ladewig (2006:184:185) adalah:

- a) Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksilas atau kulit
 - R/ Penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh, yang dapat menjadi indikator awal stres dingin.
- b) Kaji tanda-tanda hipotermi
 - R/ selain sebagai suatu gejala, hipotermi merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kematian
- c) Cegah kehilangan panas pada tubuh bayi, misalnya dengan mengeringkan dan mengganti segera popok yang basah
 - R/ Bayi dapat kehilangan panas melalui evaporasi.

5) Masalah 5 : Miliariasis

Tujuan : Miliariasis teratasi.

Kriteria : Tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi

cairan diseluruh tubuh.

Intervensi menurut (Marmi, 2012:229) :

- a) Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa mengeringkan terlebih dahulu.

R/Pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat memperparah miliariasis.

- b) Mandikan bayi secara teratur 2 kali sehari.

R/Mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat yang berlebihan.

- c) Kenakan pakaian katun untuk bayi.

R/Bahan katun dapat menyerap keringat.

- d) Bila berkeringat, seka tubuhnya sesering mungkin dengan handuk, lap kering, atau washlap basah.

R/Meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat.

- e) Bawa pemeriksaan ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal, luka/lecet, rewel dan sulit tidur.

R/Penatalaksanaan lebih lanjut

- 6) Masalah 6 : Muntah dan gumoh

Tujuan : Bayi tidak muntah dan gumoh setelah minum.

Kriteria :

- a) Tidak muntah dan gumoh setelah minum

b) Bayi tidak rewel

Intervensi menurut Marmi (2012:207-208) :

a) Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel atau menangis.

R/Mengurangi masuknya udara yang berlebihan

b) Sendawakan bayi selesai menyusui.

R/Bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui.

7) Masalah 7 : *Oral trush*

Tujuan : *Oral trush* tidak terjadi

Kriteria : Mulut bayi tampak bersih

Intervensi menurut marmi (2012:211) adalah :

a) Bila bayi minum menggunakan susu formula, cuci bersih botol dan dot susu, setelah itu diseduh dengan air mendidih atau direbus hingga mendidih sebelum dipakai

R/ Mematikan kuman dengan suhu tertentu

b) Bersihkan mulut bayi setelah selesai menyusui menggunakan air matang

R/ Mulut yang bersih dapat meminimalkan tumbuh kembang jamur *candida albicans* penyebab *oral trush*

c) Bila bayi menyusui pada ibunya, bersihkan puting susu sebelum menyusui

R/ Mencegah timbulnya *oral thrush*

8) Masalah 8 : *Diaper rash*

Tujuan : Tidak terjadi *diaper rash*

Kriteria : Tidak timbul bintik merah pada kelamin dan bokong bayi.

Intervensi menurut Marmi (2012:215) :

a) Perhatikan daya tampung dari diaper, bila telah menggantung atau menggelembung ganti dengan yang baru

R/ Menjaga kebersihan sekitar genitalia sampai anus bayi

b) Bersihkan daerah genitalia dan anus bila bayi BAK dan BAB, jangan sampai ada sisa urin atau kotoran dikulit bayi.

R/ Kotoran di pantan dang cairan yang bercampur menghasilkan pH dan enzim dalam kotoran, tingkat keasaaman kulit yang tinggi ini membuat kulit lebih peka sehingga memudahkan terjadinya iritasi kulit

c) Hindarkan pemakaian diaper yang terlalu sering.

Gunakan diaper disaat membutuhkan sesekali

R/ Mencegah timbulnya *diaper rash*

d) Keringkan pantat bayi lebih lama sebagai salah satu tindakan pencegah

R/ Kulit tetap kering sehingga meminimalkan timbulnya iritasi kulit.

5. Pelaksana Tindakan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI No.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.

6. Implementasi

- a. Merawat bayi dengan teknik aseptik dan antiseptic, mencuci tangan sebelum merawat bayi
- b. Merawat bayi diruang hangat dengan membungkus bayi dengan selimut dan letakkan bayi dalam incubator/ dekatkan disisi ibu
- c. Mengajarkan ibu cara merawat tali pusat dengan steril yaitu menggunakan kasa kering dan steril
- d. Mengajarkan ibu cara menyusui yang benar
 - 1) Bayi menghisap pelan tapi kuat dan mulut membuka lebar
 - 2) Puting susu sampai sebagian areola payudara ibu masuk ke mulut bayi
 - 3) Dada bayi menempel pada payudara atau dada ibu

- 4) Tangan dan telinga dalam posisi lurus
- e. Mengajukan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin
- f. Melakukan perawatan bayi sehari-hari
 - 1) Mengganti popok bayi ketika basah karena BAK dan BAB
 - 2) Memandikan bayi 2 kali sehari
 - 3) Merawat tali pusat dengan kasa kering dan steril tanpa alkohol
- g. Menjelaskan tanda bahaya bayi baru lahir
 - 1) Tidak dapat menyusui, hisapan lemah, mengantuk berlebih, banyak muntah
 - 2) Lemas
 - 3) Sering merintih
 - 4) Nafas cepat/ lebih dari 60x/menit
 - 5) Suhu tubuh 36,5-37,5°C
 - 6) Demam
 - 7) Warna kulit kuning (terutama timbul dalam waktu 24 jam pertama)
 - 8) Mata bayi memerah, nanah (trauma bibir)
 - 9) Tali pusat memerah, bengkak, keluar cairan/nanah, bau busuk.

7. Evaluasi

Menurut Kepmenkes RI No.938/Menkes/NK/VII/2007 (7) 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. Evaluasi atau penilaian dilakuakn secara setelah selesai melakukan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada pada klien/ keluarga. Hasil evaluasi harus ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien :

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

8. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI No.938/Menkes/NK/VII 2007 (7), sesuai dengan 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 (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA)

- b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

S : Adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa.

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/follow up dan rujukan. Langkah implementasi, evaluasi dan dokumentasi diatas berlaku atau dilakukan juga untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, neonatus, dan keluarga berencana.



2.2.1. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Keluarga Berencana

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 pelayanan (Ambarwati, 2011: 131).

b) Umur

Wanita usia < 20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk menjarangkan kehamilan, dan usia > 35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifuddin, 2013:9).

c) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Ambarwati, 2011: 132).

d) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontak, suntikan KB, susuk KB atau AKBK (alat susuk bawah kulit), AKDR (Manuaba, 2012:592).

e) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak diduga (Mochtar, 2011:194).

f) Alamat

Wanita yang tinggal di tempat terpencil mungkin memilih metode yang tidak mengharuskan mereka berkonsultasi secara teratur dengan petugas keluarga berencana (Glasier, 2006:20).

2) Keluhan Utama

Keluhan utama pada ibu pasca salin menurut Saifuddin (2013:9) 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, 2012:45).

b) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan

masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (*sickle cell*) (Saifuddin, 2013:53).

- c) Ibu dengan penyakit infeksi genetal (vaginitis, servisitits), sedang mengalami atau menderita PRP atau abortus septic, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang mempengaruhi kavum uteri, penyakit trofoblas yang ganas, TBC pelvik, kanker alat genital tidak diperkenankan menggunakan AKDR dengan progestin (Saifuddin, 2013:70).
- d) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin (Affandi, 2012:52).

4) Riwayat Kebidanan

a) Haid

Wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efek estrogen yang rendah (Manuaba, 2010:598).

Pada metode KB MAL, ketika ibu mulai haid lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan metode KB lainnya (Affandi, 2012:4).

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 (Saifuddin, 2010:54).

b) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu

Pada klien pasca persalinan yang tidak menyusui, masa infertilitasnya rata-rata berlangsung sekitar 6 minggu. Sedangkan pada klien yang menyusui, masa infertiltasnya lebih lama. Namun kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan (Affandi, 2012:52).

IUD tidak untuk ibu yang memiliki riwayat kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010:7)

Pasien yang tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septik tidak boleh menggunakan kontrasepsi IUD (Affandi, 2012: 52).

c) Riwayat KB

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, 2013:20).

Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada akseptor, pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implant, IUD) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2014:168).

5) Pola Kebiasaan Sehari-Hari

a) Nutrisi

DMPA merangsang pusat pengendali nafsu makan di hipotalamus, yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak dari biasanya (Hartanto, 2013:171).

b) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot (Hartanto, 2013:124).

c) Kehidupan seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido (Saifuddin, 2010:42).

d) Istirahat dan 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

Ibu yang menggunakan obat tuberkulosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat) tidak boleh menggunakan pil progestin (Affandi, 2012:55).

Merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah risiko terjadinya miokard infark, stroke dan keadaan trombo-embolik (Hartanto, 2013:123).

b. Data Obyektif

7) Pemeriksaan Umum

a) Tanda-tanda vital

Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Fraser *et al*, 2009:657).

Suntikan progestin dan implan dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah < 180/110 mmHg (Affandi, 2012: 43).

b) Antropometri

Umumnya penambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1 kg sampai 5 kg dalam tahun pertama. Penyebab penambahan berat badan tidak jelas. Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh (Hartanto, 2013:171).

Permasalahan berat badan merupakan efek samping penggunaan kontrasepsi hormonal, terjadi peningkatan atau penurunan berat badan (Saifuddin, 2007:50).

8) Pemeriksaan Fisik

a) Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Affandi, 2012:50).

b) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin (Affandi, 2012:52).

Akibat terjadi perdarahan hebat memungkinkan terjadinya anemia (Saifuddin, 2010:75).

c) Payudara

Terdapat benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implant (Affandi, 2012:55).

Keterbatasan pada penggunaan KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara (Affandi, 2012:55).

Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma seperti karsinoma payudara atau serviks,

namun progesteron termasuk DMPA, digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2013:164).

d) Abdomen

Peringatan khusus bagi pengguna implant bila disertai nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010:58).

e) Genetalia

Efek samping yang umum terjadi dari penggunaan AKDR diantaranya mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (*spotting*) antar menstruasi, dan komplikasi lain dapat terjadi perdarahan hebat pada waktu haid (Affandi, 2012:75).

Ibu dengan varises di vulva dapat menggunakan AKDR (Saifuddin, 2010:77).

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenore (Hartanto, 2013:170).

f) Ekstremitas

Ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan AKDR (Affandi, 2012:77).

Pada pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan (Saifuddin, 2010:58).

2. Diagnosa Kebidanan

PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia ... tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik, dengan kemungkinan masalah mual, sakit kepala, *amenorhea*, perdarahan/bercak, nyeri perut bagian bawah, perdarahan pervaginam. Prognosa baik.

3. Perencanaan

a. Diagnosa

Diagnosa : PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia ... tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik. Prognosa baik.

Tujuan :

- 1) Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif
- 2) Pengetahuan ibu tentang macam-macam, cara kerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah
- 3) Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya.

Kriteria :

- 1) Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas
- 2) Ibu memilih salah satu KB yang sesuai

3) Ibu terlihat tenang

Intervensi menurut Saifuddin (2010:3-4) :

1) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan

R/ Meyakinkan klien membangun rasa percaya diri

2) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman

KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan)

R/ Dengan mengetahui informasi tentang diri klien akan dapat membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien

3) Uraikanlah pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektivitas, indikasi dan kontraindikasi

R/ Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang dia inginkan

4) Bantulah klien menentukan pilihannya

R/ Klien dapat memilih kontrasepsi yang sesuai kebutuhannya

5) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien

R/ Penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien.

6) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya

R/ Jelaskan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi

7) Pesankan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang

R/ Kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan alat kontrasepsi

b. Potensi Masalah

1) Masalah 1 : Pusing

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, pusing dapat teratasi dan ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya

Kriteria : Tidak merasa pusing dan mengerti efek samping dari KB hormonal

Intervensi menurut Saifuddin, (2010:33) adalah :

a) Kaji keluhan pusing pasien

R/ Membantu menegakkan diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya untuk pengobatan

b) Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara

R/ Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal

c) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

R/ Teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri

2) Masalah 2 : Amenorhea

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria : Ibu bisa beradaptasi dengan keadaanya

Intervensi menurut Affandi (2012:MK-49) :

- a) Kaji pengetahuan pasien tentang *amenorhea*
R/Mengetahui tingkat pengetahuan pasien
- b) Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul di dalam rahim
R/Ibu dapat merasa tenang dengan keadaan kondisinya
- c) Bila terjadi kehamilan hentikan penggunaan KB, bila kehamilan ektopik segera rujuk.
R/Penggunaan KB pada kehamilan dapat mempengaruhi kehamilan dan kehamilan ektopik lebih besar pada pengguna KB.

3) Masalah 3 : Perdarahan pervaginam yang hebat

Tujuan :Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi penggunaan KB

Kriteria : Perdarahan berkurang dan ibu tidak khawatir dengan kondisinya.

Intervensi menurut Affandi (2012:MK-79) :

a) Pastikan dan tegaskan adanya infeksi pelvik dan kehamilan ektopik

R/Tanda dari kehamilan ektopik dan infeksi pelvik adalah berupa perdarahan yang banyak.

b) Berikan terapi ibuprofen (800mg, 3 kali sehari selama 1 minggu) untuk mengurangi perdarahan dan berikan tablet besi (1 tablet setiap hari selama 1-3 bulan)

R/Terapi ibuprofen dapat membantu mengurangi nyeri dan karena perdarahan yang banyak maka diperlukan tablet tambah darah.

c) Lepasakan AKDR jika klien menghendaki

R/Perdarahan yang banyak merupakan komplikasi dari penggunaan AKDR.

4) Masalah 4 : Perdarahan bercak/spotting

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya

Kriteria : Keluhan ibu terhadap masalah bercak/*spotting* berkurang

Intervensi menurut Saifuddin (2010:47) 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

5) Masalah 5 : Kenaikan berat badan

Tujuan : Berat badan normal

Kriteria : BB sesuai dengan indeks massa tubuh

Intervensi menurut Dyah dkk, 2011 adalah :

a) Jelaskan pada ibu bahwa kenaikan berat badan dalam penggunaan KB hormonal itu wajar

R/ ibu mengerti penyebab kenaikan berat badannya

b) Anjurkan ibu untuk melakukan olahraga

R/ Dengan olahraga lemak dalam tubuh akan terbakar menjadi energi

c) Anjurkan ibu untuk mengurangi porsi makan

R/ Mencegah penumpukan lemak dalam tubuh

d) Anjurkan ibu untuk mengganti kontrasepsi lain jika ibu merasa tidak nyaman dengan efek yang ditimbulkan KB hormonal

R/ Memberikan kenyamanan pada akseptor KB

4. Implementasi

Menurut Kepmenkes RI, (2007:6). Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komperhensif, efektif, efesien 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 Kepmenkes RI No 133 (2007:7). Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesi melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera di catat dan dikomunikasikan pada klien dan atau keluarga. Hasil evaluasi harus ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien:

- a. Penilaian dilakukan segera setelah selesi melakukan asuhan sesuai kondisi klien
- b. Hasil evaluasi segera di catat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga
- c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
- d. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

6. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI (2007:7), pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut :

S : Adalah data subyektif, mncatat hasil anamnesa.

O : Adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P : Adalah pelaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan pelaksanaan 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, bersalin, nifas, neonatus, dan keluarga berencana.