

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP DASAR KEHAMILAN, PERSALINAN, NIFAS, BBL,

KONTRASEPSI

2.1.1 KONSEP DASAR KEHAMILAN

1. PENGERTIAN

Kehamilan didefinisikan berbeda beda oleh para ahli, namun pada perinsipnya memiliki arti dan makna yang sama. Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum serta dilanjutkan sebagai nidasi atau implantasi (Prawihardjo 2008:34).

Definisi lain dari kehamilan adalah sebagai suatu proses yang terjadi antara perpaduan sesperma dan ovum sehingga terjadi konsepsi sampai lahirnya janin, lama hamil normal adalah 280 hari atau 40 minggu di hitung mulai dari hari pertama haid terakhir (Kumala Intan 2015:21).

Menurut Manuaba dkk (2010:45), mendefinisikan kehamilan secara berbeda yaitu kehamilan adalah suatu mata rantai yang berkesinambungan yang terdiri dari ovulasi (pematangan sel) lalu pertemuan ovum dengan sel sperma terjadi

pembuahan dan pertumbuhan zigot kemudian bernidasi pada uterus dan pembentukan plasenta dan tahap akhir adalah tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm.

Berdasarkan dari beberapa definisi yang telah di paparkan oleh bebbagai ahli diatas dapat disimpulkan bahwa kehamilan merupakan bertemunya sel telur dan sel sperma yang telah matang dsehingga terjadi nidasi dan tumbuh berkembang sampai aterm,dan lama kehamilan normal 280 hari atau sebanding dengan 40 minggu(Manuaba 2010:37)

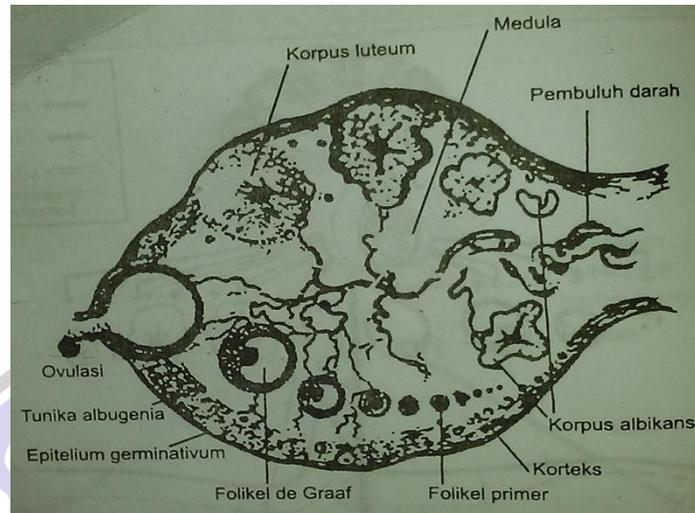
2.Proses kehamilan

Menurut Ummi Hani,dkk 2011:36 mengatakan bahwa untuk mempelajari proses konsepsi sebaiknya terlebih dahulu memahami ovum dan sperma sebagai berikut

a. Ovum

1. Bisa dibuahi jika sudah melewati proses oogenesis.
2. Dikeluarkan oleh ovarium saat fase ovulasi saatu kali setiap siklus haid dan akan habis jika sudah masuk masa menopause.
3. Ovume mempunyai waktu hidup selama 24-48 jam setelah dikeluarkan dari ovarium.
4. Mempunyai lapisan pelindung yaitu sel sel granulosaa dan zona pellusida yang harus bida

ditembus oleh sperma untuk dapat terjadi suatu kehamilan.



Gambar 2.1
Indung telur (ovarium)

Sumber:Manuaba. 2010.54

b. Sperma

1. Dikeluarkan oleh testis dan peristiwa pematangannya disebut spermatogenesis
2. Jumlahnya akan berkurang tetapi tidak akan habis seperti pada ovume dan tetap memproduksi meskipun pada lansia
3. Kemampuan fertilisasi selama 2-4 hari dan rata rata 3 hari
4. Terdapat 100 juta sperma pada mililiter air mani yang dihasilkan rata rata 3 cc setiap ejakulasi

5. Mengeluarkan enzim hialuronidase untuk melunakan korona radiata atau sel sel granulosa

c. Fertilisasi

Proses kehamilan dimulai dari fertilisasi yang bertemunya sel telur dan sperma. Saat terjadi ejakulasi kurang lebih 3 cc sperma dikeluarkan dari organ reproduksi pria yang kurang lebih berisi 300 juta sperma. Setelah masuk ke organ genitalia internal wanita, sperma akan menghadapi beberapa rintangan antara lain: lendir vagina yang bersifat asam, lendir serviks yang kental, panjang uterus, serta silia yang ada di tuba falopi. Untuk bisa menghadapi rintangan tersebut, maka sperma harus mempunyai akrosom dan melewati proses kapaitasi. Sedangkan, ovum akan dikeluarkan dari ovarium sebanyak satu setiap bulan, ditangkap oleh fimbriae dan berjalan menuju tuba falopi. Tempat bertemunya ovum dan sperma paling sering adalah di daerah ampulla tuba. Sebelum keduanya bertemu, maka akan terjadi tiga fase yaitu sebagai berikut

1. Tahap penebusan korona radiata.

Dari 200-300 juta sperma hanya 300-500 yang sampai di tuba falopi yang bisa menembus korona radiata karena sudah mengalami proses kapaitasi.

2. Penuembusan zona pelusida

Zona ini adalah sebuah perisai glikoprotein di sekeliling ovum untuk mempermudah dan mempertahankan pengikatan sperma dan menginduksi reaksi akrosome. spermatozoa lain ternyata bisa menempel di zona pelusida, tetapi hanya satu yang terlihat mampu menembus oosit.

3. Tahap penyatuan oosit dan membran sel sperma

Setelah menyatu maka akan dihasilkan zigot yang mempunyai kromosom diploid (44 autosome dan 2 gonosome) dan terbentuk jenis kelamin baru (xx untuk wanita xy untuk laki laki) (Manuaba 2010:34)

d. Pembelahan

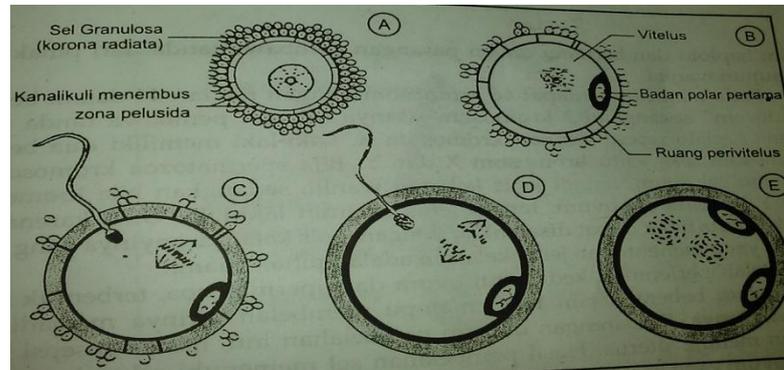
Setelah itu zigot akan membelah menjadi 2 sel (30 jam), 4 sel, 8 jam sampai dengan 16 sel disebut blastomer (3 hari) dan membentuk sebuah gumpalan bersusun longgar. setelah 3 hari sel tersebut akan membelah membentuk buah arbei dari 16 sel tersebut disebut morula (4 hari). Saat morula memasuki rongga rahim cairan mulai menembus zona pelusida masuk ke dalam ruang antar sel yang ada di massa sel dalam. Berangsur-angsur ruang antar sel menyatu dan akhirnya terbentuklah sebuah rongga atau blastokel sehingga disebut blastokista. Sel yang sebagian rongga dalam disebut embrioblast dan sel luar disebut trofoblas.

e. Nidasi atau implantasi

Nidasi/implantasi merupakan peristiwa masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi ke dalam endometrium. Blastula dilindungi oleh simpai yang disebut trofoblas, yang mampu menghancurkan dan mencairkan jaringan. Ketika blastula mencapai rongga rahim, jaringan endometrium dalam keadaan sekresi. Jaringan endometrium ini banyak mengandung sel-sel desidua.

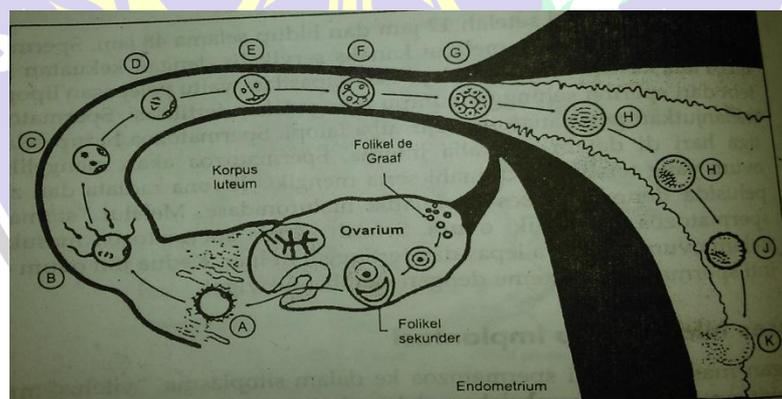
Blastula dengan bagian yang berisi massa sel dalam (*inner-cell mass*) akan masuk ke dalam desidua, menyebabkan luka kecil yang kemudian sembuh dan menutup lagi. Pada saat nidasi terkadang terjadi sedikit perdarahan akibat luka desidua (*tanda Hartman*). Nidasi terjadi pada dinding depan atau belakang rahim (korpus) dekat fundus uteri. Apabila nidasi telah terjadi, maka dimulailah diferensiasi sel-sel blastula. Sel-sel yang lebih kecil, terletak dekat ruang *exocoeloma* membentuk entoderm dan *yolk sac*. Sedangkan sel-sel yang lebih besar menjadi entoderm dan membentuk ruang amnion. Sehingga terbentuk lempeng embrional (*embryonal-plate*) diantara ruang amnion dengan *yolk sac*. Sel-sel trofoblas mesodermal yang tumbuh sekitar mudigoh (embrio) akan melapisi bagian dalam trofoblas, sehingga terbentuk sekat korionik (*chorionic membrane*) yang nantinya

menjadi korion. Sel-sel trofoblas terbagi menjadi 2 lapisan yaitu: sitotrofoblas (bagian dalam) dan sinsitiotrofoblas (bagian luar).



Gambar 2.2
implantasi
Sumber:Manuaba 2010: 35

keterangan gambar : Pembentukan ootid dan fertilisasi A primer oosit;B pembentukan skunder oosit, setelah pemecahan maturitas pertama.Badan polar terbentuk. Badan polar dan oosit mempunyai kromosom setengahnya B dan C ,C Pemecahan maturitas skunder dirangsang oleh masuknya spermatozoa oleh oosit ; D, pembentukn badan polar kedua badan polar pertama mungkin juga mengalami pengurangan kromosom;E,pranukleus laki-laki,perempuan yaitu terbentuk sebagai persiapan untuk fertilisasi.



Gambar 2.3
Ovarium wanita
Sumber:Manuaba. 2010:38.

Keterangan gambar Perkembangan ovum dan perjalanannya ke kavum uteri melalui tuba falopi digambarkan secara skematis, A; ovum yang belum terpecahkan B; vertilisasi. C; pembentukan pranukleus, D; pemecahan tingkat gabungan pertama, E; tingkat 2 sel, F; tingkat 4 sel, G; tingkat bentuk delapan sel, H; pembentuk morula, I dan J pembentukan blastosis, K; zona pelusida hilang dan mulai berlangsung implantasi.

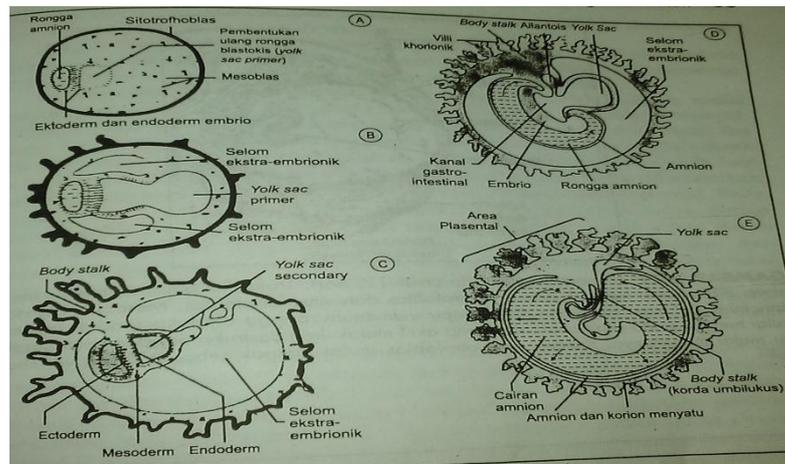
f. Pembentukan plasenta

Plasentasi adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta.

Pada manusia plasentasi terjadi 12-18 minggu setelah fertilisasi. Tiga minggu pasca dimulai pembentukan vili korealis. Vili korealis ini akan bertumbuh menjadi suatu masa jaringan yaitu plasenta (Saifuddin, 2014:145-146).

Lapisan desidua yang meliputi hasil konsepsi kearah kavum uteri disebut desidua kapsularis, yang terletak antara hasil konsepsi dan dinding uterus disebut desidua basalis, disitu plasenta akan dibentuk.

Darah ibu dan darah janin dipisahkan oleh dinding pembuluh darah janin dan lapisan korion. Plasenta yang demikian disebut plasenta jenis hemokorial. Disini jelas tidak ada percampuran darah antara darah janin dan darah ibu. Ada juga sel-sel desidua yang tidak dapat dihancurkan oleh trofoblas dan sel-sel ini akhirnya membentuk lapisan fibrinoid yang disebut lapisan Nitabuch. Ketika proses melahirkan, plasenta terlepas dari endometrium pada lapisan Nitabuch ini (Saifuddin, 2014:146).



Gambar 2.4
Pembentukan plasenta
Sumber:Manuaba. 2010:38

g. Pembentukan dan perkembangan janin

Konseptus ialah semua jaringan konsepsi yang membagi diri menjadi berbagai jaringan embrio, korion, amnion dan plasenta. Perkembangan embrio dalam beberapa jam setelah ovulasi akan terjadi fertilisasi di ampula tuba. Oleh karena itu, sperma harus sudah ada di sana sebelumnya. Berkat kekuasaan Allah SWT, terjadilah fertilisasi ovum oleh sperma. Namun, konseptus tersebut mungkin sempurna, mungkin tidak sempurna. Kebesaran dan penciptaanya-lah yang memungkinkan diferensiasi jaringan yang mengagumkan dimana terbentuk organ. Embrio akan berkembang sejak usia 3 minggu hasil konsepsi. Secara klinik pada usia gestasi 4 minggu dengan USG akan tampak sebagai kantong gestate berdiameter 1 cm, tetapi embrio belum Nampak. Pada minggu ke-6 dari haid terakhir – usia konsepsi 4 minggu – embrio berukuran 5 mm, kantong gestasi berukuran 2 -3 cm.

Pada saat itu akan tampak denyut jantung secara USG. Pada akhir minggu ke-8 usia gestasi - 6 minggu usia embrio - embrio berukuran 22-24 mm, dimana akan tampak kepala yang relative besar dan tonjolan jari. Gangguan atau teratogen akan mempunyai dampak berat apabila terjadi pada gestasi kurang dari 12 minggu, terlebih pada minggu ke-3.(Prawihardjo 2008:65)

Berikut ini akan diungkapkan secara singkat hal-hal yang utama dalam perkembangan organ dan fisiologi janin.

Tabel 2.1
Pertumbuhan dan perkembangan janin

Usia kehamilan	Panjang janin	Organ
4 minggu	7,5mm	Hidung,telinga dan mata
8 minggu	10 mm	-Kepala flexsi kedada -hidung,kuping dan jari terbentuk
12 minggu	9 cm	-Kuping lebih jelas -Kelopak mataterbentuk -Genetalia ekterna mulai terbentuk
16 minggu	16-18 cm	-Kulit tebal dengan rambut lanugo
24 minggu	25 cm	-Kelopak mata jelas,Alis dan bulu tampak
28 minggu	30-32 cm	-Berat bada 1000 gram -Menyempurnakan janin
36 minggu	50-55 cm	-Bayi cukup bulan -Kulit kepala tumbuh baik -Pusat penulangan pada tibia proksimal

Sumber:Manuaba. 2010 :32

3. Tanda- tanda kehamilan

Menurut Intan kumalasari (2015:35) Tanda kehamilan adalah suatu perubahan fisiologis yang timbul selama hamil. Terdapat tiga tanda kehamilan yaitu presuntif (perubahan yang dirasakan wanita), kemungkinan hamil (perubahan yang bisa diobservasi pemeriksa), dan positif hamil.

a. Tanda-tanda presuntif kehamilan

1. Amenorea

Wanita yang terlambat datang bulan

2. Mual dan muntah

Bisa disebut dengan emesis, yang merupakan pengaruh hormon estrogen dan progesteron menyebabkan pengeluaran asam lambung yang berlebihan, mual dan muntah terutama di pagi hari disebut morning sickness.

3. Ngidam

Wanita hamil sering merasa atau berkeinginan untuk memakan makanan tertentu yang demikian itulah yang disebut dengan ngidam.

4. Pingsan

Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala yang menyebabkan iskemia susunan saraf pusat menimbulkan sinkope atau pingsan

5. Payudara tegang

Dikarnakan pengaruh hormon estrogen –progesteron dan stomatotropin yang dapat menimbulkan deposit lemak air dan garam pada payudara membesar dan tegang,dan rasa sakit yang terjadi karena ujung saraf yang tertekan menyebabkan rasa sakit.

6. Sering miksi

Sering disebit dengan berkemih,dikarenakan desakan rahim kedean menyebabkan kandung kemih terasa penuh dan terjadilah sering kencing.Pada triwulan ke dua gejala ini sudah menghilang.

7. Konstipasi

Pengaruh progesteron dapat menghambat pristaltik usus yang bisa menyebabkan kesulitan untuk buang air besar

8. Pigmentasi kulit

Keluarnya melanophore stimulating hormone dan pengaruh hifopisis anterior menyebabkan pigmentasi disekitar pipi,pada sinding perut makin hitam , dan disekitar payudara,puting susu semakin menonjol.

9. Epulsi

Hipertropi gusi yang disebut epulsi dapat terjadi jika hamil.

10. Varises

Varises atau penampakan pembuluh darah vena merupakan ppengaruh dari hormon estrogen dan progesteron yang terjadi disekitar kaki, betis dan payudara .

b. Tanda tidak pasti kehamilan

1. Rahim membesar sesuai dengan umur kehamilan.
2. Pemeriksaan tes biologis kehamilan positif tetapi sebagai kemungkinan palsu
3. Kontraksi uterus, tanda ini muncul belakangan dan pasien mengeluh perutnya kencang, tetapi tidak disertai rasa sakit.

c. Tanda pasti kehamilan

1. Denyut Jantung Janin (DJJ)

Dapat didengar dengan stetoskop laenect atau dopler pada UK 17-18 minggu.

2. Palpasi

Hal yang harus ditentukan adalah outline janin. Biasanya menjadi jelas setelah minggu ke 22, gerakan janin dapat dirasakan dengan jelas minggu ke 24 .

4. klasifikasi Masa Kehamilan

Menurut Sarwono (2011:87) menurut usianya kehamilan dibagi menjadi tiga periode yaitu:

- a) Trimester satu dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan (0-12 minggu)
- b) Trimester kedua dimulai bulan ke empat sampai enam bulan (13-27 minggu)
- c) Trimester ketiga dimulai dari bulan ke tujuh sampai sembilan bulan (28-40 minggu).

5. Cara Menentukan Umur Kehamilan

Menurut Wiknjosastro (2006, .171) Umur hamil dapat ditentukan dengan:

1. Rumus Naegle

Rumus Naegle untuk menentukan hari perkiraan lahir (*HPL*, *EDC* = *Expected Date of Confinement*). Rumus ini terutama berlaku untuk wanita dengan siklus 28 hari sehingga ovulasi terjadi pada hari ke 14. Rumus Naegle memperhitungkan umur kehamilan berlangsung selama 288 hari. Perhitungan kasarnya dapat dipakai dengan menentukan hari pertama haid dan ditambah 288 hari, sehingga perkiraan kelahiran dapat ditetapkan. Rumus Naegle dapat dihitung hari haid pertama ditambah 7 (tujuh) dan bulannya dikurang 3 (tiga) dan tahun ditambah 1 (satu).

2. Gerakan pertama fetus

Gerakan pertama fetus dapat dirasakan pada umur kehamilan 16 minggu.

3. Palpasi abdomen

a. Rumus Bartholomew

Antara simpisis pubis dan pusat dibagi menjadi 4 bagian yang sama, maka tiap bagian menunjukkan penambahan 1 bulan.

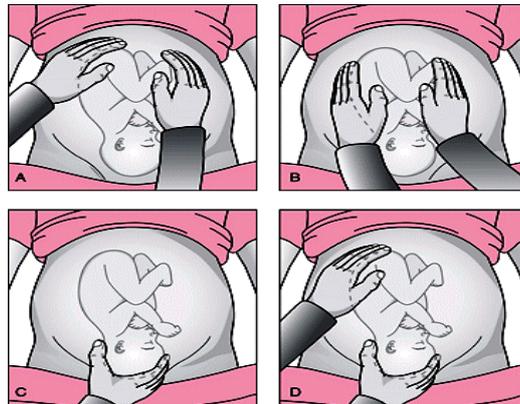
Fundus uteri teraba tepat di simpisis umur kehamilan 2 bulan (8 minggu). Antara pusat sampai *prosesus xifoideus* dibagi menjadi 4 bagian dan tiap bagian menunjukkan kenaikan 1 bulan. Tinggi fundus uteri pada umur kehamilan 40 minggu

(bulan ke-10) kurang lebih sama dengan umur kehamilan 32 minggu (bulan ke-8).

b. Palpasi Leopold

Palpasi leopold merupakan teknik pemeriksaan pada perut ibu bayi untuk menentukan posisi dan letak janin dengan melakukan palpasi abdomen. Palpasi leopold terdiri dari 4 langkah yaitu:

- 1) Leopold I : Leopold I bertujuan untuk mengetahui letak fundus uteri dan bagian lain yang terdapat pada bagian fundus uteri
- 2) Leopold II : Leopold II bertujuan untuk menentukan punggung dan bagian kecil janin di sepanjang sisi maternal
- 3) Leopold III : Leopold III bertujuan untuk membedakan bagian presentasi dari janin dan sudah masuk dalam pintu panggul
- 4) Leopold IV : Leopold IV bertujuan untuk meyakinkan hasil yang ditemukan pada pemeriksaan Leopold III dan untuk mengetahui sejauh mana bagian presentasi sudah masuk pintu atas panggul Memberikan informasi tentang bagian presentasi: bokong atau kepala, sikap/*attitude* (fleksi atau ekstensi), dan *station* (penurunan bagian presentasi).



Gambar 2.5
pemeriksaan leopold
Sumber Manuaba 2010:102

c. Rumus Mc Donald

Fundus uteri diukur dengan pita. Tinggi fundus dikalikan 2 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam bulan obstetrik dan bila dikalikan 8 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam minggu.

d. Tapsiran Berat Janin

a) LOHNSON

1. Jika kepala belum masuk PAP maka rumusnya:

$$\text{Berat Janin} = (\text{tinggi fundus uteri} - 12) \times 155 \text{ g}$$

2. Jika kepala sudah masuk PAP maka rumusnya:

$$\text{Berat Janin} = (\text{tinggi fundus uteri} - 11) \times 155 \text{ g}$$

b) HODGE

Rumus : tinggi fundus (cm) – N x 155

1. HODGE I: N = 13 bila kepala belum melewati PAP

2. HODGE II: N = 12 bila kepala berada diatas spina isciadika

3. HODGE III: N = 11 bila kepala berada dibawah spina isciadika (Sarwono,

Prawiroharjo.2009:93)

6. Perubahan dan Adaptaasi psikologi selama kehamilan.

Menurut Kusmiyati (2009:55) menyatakan bahwa perubahan dan adaptasi psikologi selama kehamilan berlangsung sebagai berikut.

1. Trimester 1

Trimester pertama sering dikatakan bahwa sebagai maasa penentuan untuk membuktikan bahwa wanita dalam keadaan hamil .pada saat inilah tugas psikologi pertama sebagai calon ibu untuk dapat menerima kehamilannya,keadaan ini mencipktakan kebutuhan untuk berkomunikasi secara terbuka dengan suami.Banyak wanita merasa ingin dicintai dan merasa kuat untuk mencintai namun tanpa berhubungan seks.Libido sangat dipengaruhi kelelahan, rasa mual, pembesaran payudara, keprihatinan, kekhawatiran dan semua ini merupakan sebagian normal dari proses kehamilan pada trimester pertama.

2. Trimester 2

Trimester 2 sering disebut sebagai periode pancaran kesehatan saat ibu merasa sehat,ini disebabkan selama trimester ini umumnya wanita sudah merasa baik dan terbebas dari ketidaknyamanan kehamilan.pada trimeste kedua tubuh ibu sudah merasa terbiasa dengan kadar hormon yang lebi tinggi dan rasa tidak nyaman karena hamil sudah berkurang dan ibu sudah mau menerima kehamilan.

4. Trimester 3

Pada trimester tiga ini adalah sering disebut sebagai trimester penantian, pada periode ini seorang wanita hamil sedang menantikan kehadiran keluarga baru atau bayinya sebagian dari dirinya, dan wanita hamil ini menjadi tidak sabar untuk segera melihat bayinya. Trimester 3 adalah waktu untuk mempersiapkan kelahiran bayinya dan kedudukan sebagai orang tua, seperti terpusatnya perhatian pada kehadiran dari calon bayi. Dan pada trimester tiga ini ibu hamil akan mengalami sejumlah ketakutan, ibu hamil mungkin khawatir terhadap hidupnya dan bayinya dan dia tidak akan tahu kapan dia akan melahirkan.

7. **Perubahan Janin**

1) 4-6 minggu

Panjang janin kira-kira 7,5-10 mm (Manuaba 2010: 89) terjadi pembentukan hidung, dagu, platium, dan tonjolan paru, jari-jari telah terbentuk namun masih terenggam. Jantung telah terbentuk penuh dan telinga juga sudah mulai terbentuk penuh.

2) 7 – 8 minggu

Ukuran janin kira-kira 2,5 cm (Manuaba, 2010: 89) mata tampak pada muka, juga dapat pembentukan alis dan lidah. Tulang punggung sudah mulai dan sistem otak mulai berkembang.

3) 9-12 minggu

Kepala meliputi separuh besar bagian janin mulai terbentuk dari wajah atau muka janin dan kelopak mata yang tak akan membuka mata sampai usia 28 minggu (Syaifudin 2008:158). Genitalia telah menunjukkan katakteristik atau sudah mulai terlihat baik itu kelamin laki kali maupun perempuan tetapi masih belum terbentuk sempurna.

4) 13-16 minggu

Ukura janin sekitar 15 cm ini merupakan awal trimester ke2 telah tumbuh lanugo (rambut janin) janin bergerak aktif yaitu menghisaf dan menelan air ketuban. denyut jantung 120-150/menit (Syaifudin 2010:89)

5) 17-24 minggu

Janin berukuran 30-32 cm dimana kulit telah menebal kelopak mata jelas berat badan janin hampir 500 gram dan sidik jari terbentuk (Manuaba 2010:89)

6) 25-28 minggu

Kira kira panjang jain 35 cm berat badan sekitar 1000 gram dan sudah mulai masuk ke trimester 3 dimana perkembangan otak, sistem saraf, pengendalian dan fungsi tubuh dan mata mulai membuka (Syaifudin:2010:159)

7) 29-32 minggu

Simpanan lemak subkutan sudah mulai memperluas keruutan janin sudah memiliki kendali terhadap gerak pernafasan yang berirama dan tempratur

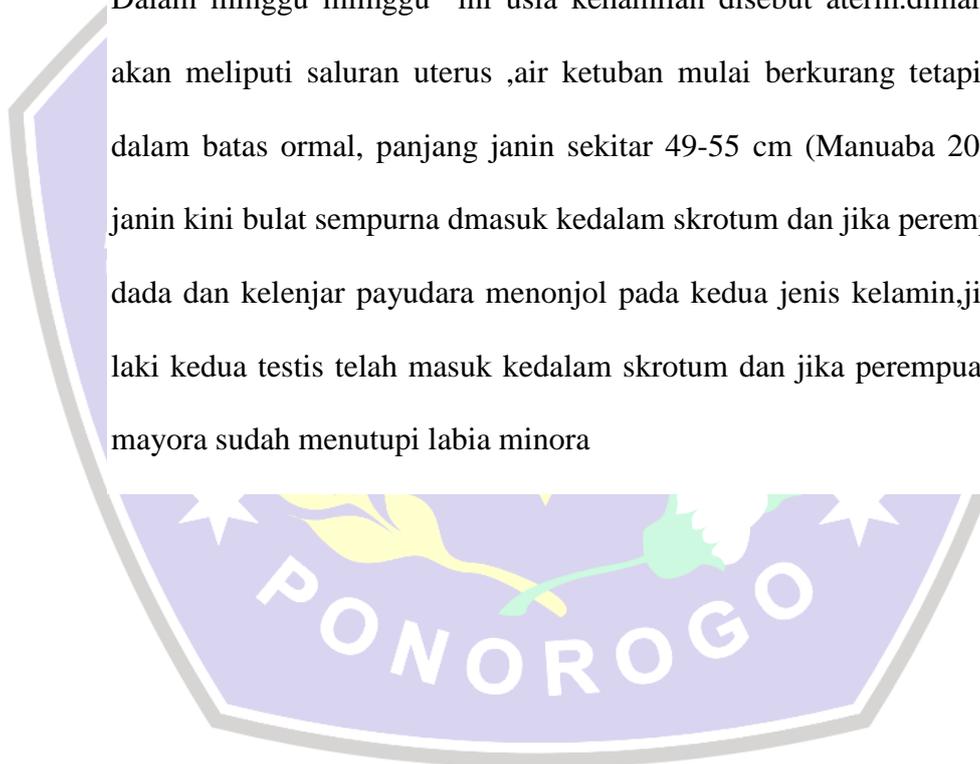
tubuh,refleks cahaya terhadap pupil muncul pada akhir bulan(Varney 2010 :511)

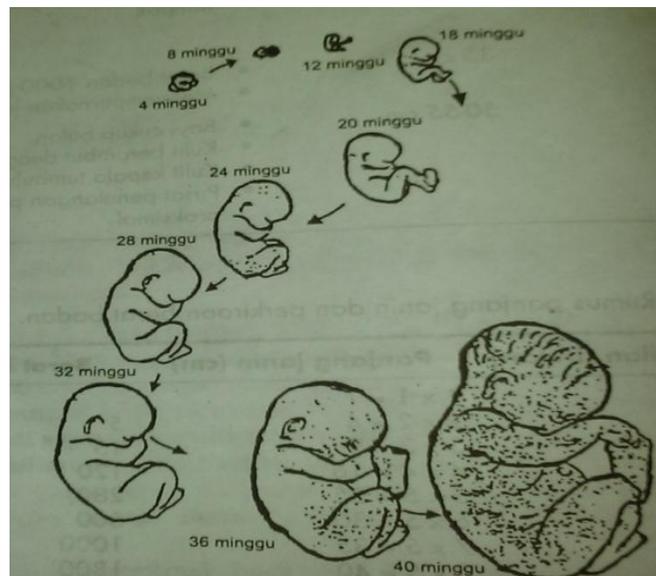
8) 33-36 minggu

berat janin sekitar 1,500 -2,500 gram,lanugo mulai berkurang janin akan hidup tanpa kesulitan ,kulit menjadi halus tanpa kerutan,tubuh menjadi lebih bulat lengan dan tungkai tampak montok dan pada janin laki laki biasanya testis sudah turun keskrotum(Varney 2007:511)

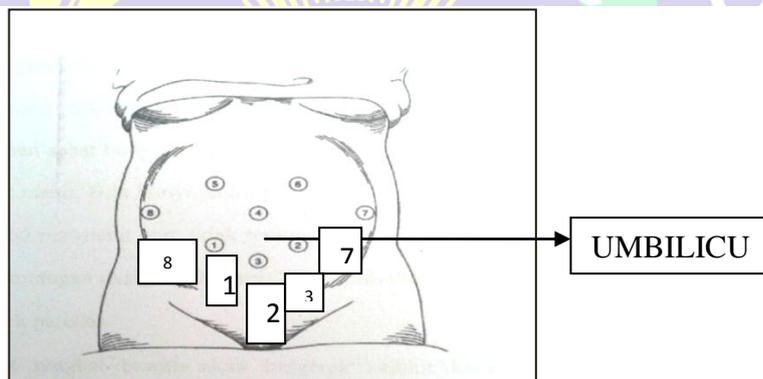
9) 37-40 minggu

Dalam minggu minggu ini usia kehamilan disebut aterm.dimana bayi akan meliputi saluran uterus ,air ketuban mulai berkurang tetapi masih dalam batas ormal, panjang janin sekitar 49-55 cm (Manuaba 2010:89), janin kini bulat sempurna dmasuk kedalam skrotum dan jika perempuan dada dan kelenjar payudara menonjol pada kedua jenis kelamin,jika laki laki kedua testis telah masuk kedalam skrotum dan jika perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora





Gambar 2.6
Fetus pada berbagai usia kehamilan
Sumber:Manuaba. 2010:56



Gambar 2.7
punctum maximum
Sumber: Wheeler, 2007:39

Gambar ini untuk mencari letak DJJ, posisi umbilikus berada dipertengahan angka 3 dan 4. Posisi 1 dan 2 mula-mula dengarkan di pertengahan kuadran bawah abdomen. Posisi 3 jika DJJ tidak ditemukan, dengarkan di pertengahan garis imajiner yang ditarik dari umbilikus sampai pertengahan puncak rambut pubis. 4 jika tidak ditemukan, dengarkan langsung di atas umbilikus. 5 dan 6 jika belum ditemukan, dengarkan di pertengahan kuadran atas abdomen. 7 dan 8 jika belum ditemukan, dengarkan 4 inci dari umbilikus, mendekati panggul. Jadi, kesimpulannya interval DJJ antara 5 detik pertama, ketiga, dan kelima dalam 1 menit tidak boleh lebih dari 2

8. Perubahan Psikologis dalam Kehamilan

Selama kehamilan kebanyakan wanita mengalami perubahan psikologis dan emosional. Perubahan – perubahan tersebut menurut Ummini,dkk 2011:49 antara lain :

1) Trimester Pertama

Segara setelah konsepsi kadar hormon progesteron dan estrogen dalam tubuh akan meningkat dan ini menyebabkan timbulnya mual dan muntah pada pagi hari, lemah, lelah, dan membesarnya payudara. Ibu merasa tidak sehat dan sering kali membenci kehamilannya. Banyak ibu yang merasakan kekecewaan, penolakan, kecemasan, dan kesedihan.

2) Trimester Kedua

Pada trimester ini biasanya ibu merasa sehat. Tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang lebih tinggi dan rasa tidak nyaman karena hamil sudah berkurang. Ibu sudah menerima kehamilannya dan mulai dapat menggunakan energi dan pikirannya secara lebih konstruktif. Banyak ibu yang merasa terlepas dari rasa kecemasan dan rasa tidak nyaman seperti yang dirasakannya pada trimester pertama.

3) Trimester Ketiga

Trimester ketiga seringkali disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Gerakan bayi dan membesarnya perut merupakan

2 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 akan terjadinya persalinan. Pada trimester ini ibu memerlukan keterangan dan dukungan dari suami, keluarga, dan bidan.

9. **Kebutuhan Dasar Ibu Hamil**

Menurut Prawirohardjo (2007:89) kebutuhan dasar ibu hamil terdiri dari:

a. **Oksigen**

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

- 1) Latihan napas melalui senam hamil.
- 2) Tidur dengan bantal yang lebih tinggi.
- 3) Kurangi atau hentikan merokok.
- 4) Konsul ke dokter bila ada kelainan atau gangguan pernafasan

b. Nutrisi

Pada saat hamil ibu harus makan makanan yang mengandung nilai gizi bermutu tinggi. Gizi pada waktu hamil harus ditingkatkan hingga 300 kalori perhari, ibu hamil seharusnya mengkonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi dan minum cukup cairan (menu seimbang). Diantaranya:

1) Kalori

Kebutuhan kalori untuk ibu hamil adalah 2300 kalori dipergunakan untuk produksi energi.

2) Protein

Bila wanita tidak hamil, konsumsi protein yang ideal adalah 0,9 gram/kg BB/ hari, tetapi selama kehamilan dibutuhkan tambahan protein hingga 30 gram/ hari. Protein yang dianjurkan adalah protein hewani seperti daging, susu, telur, keju dan ikan karena mengandung komposisi asam amino yang lengkap.

3) Mineral

Pada prinsipnya semua mineral dapat terpenuhi dengan makan makanan sehari-hari yaitu buah-buahan, sayur-sayuran dan susu. Hanya besi yang tidak bisa terpenuhi dengan makanan sehari-hari. Untuk memenuhi kebutuhan ini dibutuhkan suplemen besi 30 mg perhari dan pada kehamilan kembar atau wanita yang sedikit anemic

dibutuhkan 60-100 mg/ hari. Kebutuhan kalsium bisa terpenuhi dengan minum susu, tapi bila ibu hamil tidak bisa minum susu bisa diberikan suplemen kalsium dengan dosis 1 gram perhari (Marmi 2015:39)

4) Vitamin

Vitamin sebenarnya telah terpenuhi dengan makan sayur dan buah-buahan tetapi dapat pula diberikan ekstra vitamin. Pemberian asam folat dapat mencegah kecacatan pada bayi.

c. Personal Hygiene

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah payudara, daerah genitalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan. Kebersihan gigi dan mulut perlu mendapat perhatian karena seringkali mudah terjadi gigi berlubang terutama pada ibu yang kekurangan kalsium.

d. Pakaian

Pakaian hendaknya yang longgar dan mudah dipakai serta bahan yang mudah menyerap keringat. Ada dua hal yang harus diperhatikan dan dihindari yaitu sabuk dan stoking yang terlalu ketat karena akan mengganggu aliran balik dan sepatu dengan hak tinggi karena akan menambah lordosis sehingga

sakit pinggang. Payudara perlu ditopang dengan BH yang memadai untuk mengurangi rasa tidak enak karena pembesaran payudara.

e. Eliminasi (BAB/ BAK)

Ibu hamil dianjurkan untuk tidak menahan berkemih dan selalu berkemih sebelum dan sesudah melakukan hubungan seksual dan minum banyak air untuk meningkatkan produksi kandung kemih.

Akibat pengaruh progesterone, otot-otot tractus digestivus tonusnya menurun, akibatnya motilitas saluran pencernaan berkurang dan menyebabkan obstipasi. Untuk mengatasi hal tersebut ibu hamil dianjurkan minum lebih 8 gelas dan sebaiknya diet yang mengandung serat, latihan/ senam hamil dan tidak dianjurkan untuk minum obat laxon.

f. Seksual

Selama kehamilan koitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan. Koitus tidak dibenarkan bila terdapat perdarahan pervaginam, ada riwayat abortus berulang, partus prematurus, ketuban pecah dan serviks telah membuka.

g. Mobilisasi dan body mekanik

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan/ aktivitas fisik seperti biasa selama tidak terlalu melelahkan.

h. Exercise/ senam hamil

Ibu hamil perlu menjaga kesehatan tubuhnya dengan cara berjalan-jalan di pagi hari, renang, olahraga ringan dan senam hamil. Senam hamil dimulai pada umur kehamilan setelah 22 minggu yang

bertujuan untuk mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat berfungsi secara optimal dalam persalinan normal serta mengimbangi perubahan titik berat tubuh. Senam hamil dianjurkan untuk ibu hamil tanpa komplikasi/ kelainan.

i. Istirahat/tidur

Kebutuhan istirahat/tidur pada malam hari kurang lebih 8 jam dan istirahat dalam keadaan rileks pada siang hari selama 1 jam.

j. perawatan payudara

Payudara perlu dipersiapkan sejak sebelum bayi lahir sehingga dapat segera berfungsi dengan baik pada saat diperlukan.

Pengurutan payudara untuk mengeluarkan sekresi dan membuka ductus dan sinus laktiserus, sebaiknya dilakukan secara hati-hati dan benar karena pengurutan yang salah dapat menimbulkan kontraksi pada rahim sehingga terjadi kondisi seperti pada uji kesejahteraan janin menggunakan uterotonika. Basuhan lembut setiap hari pada areola dan puting susu akan dapat mengurangi letak dan lecet pada area tersebut. Untuk sekresi yang mengering pada puting susu, lakukan pembersihan dengan menggunakan campuran gliserin dan alcohol. Karena payudara menegang, sensitif dan menjadi lebih berat, maka sebaiknya gunakan penopang payudara yang sesuai (Saifuddin, 2014:286).

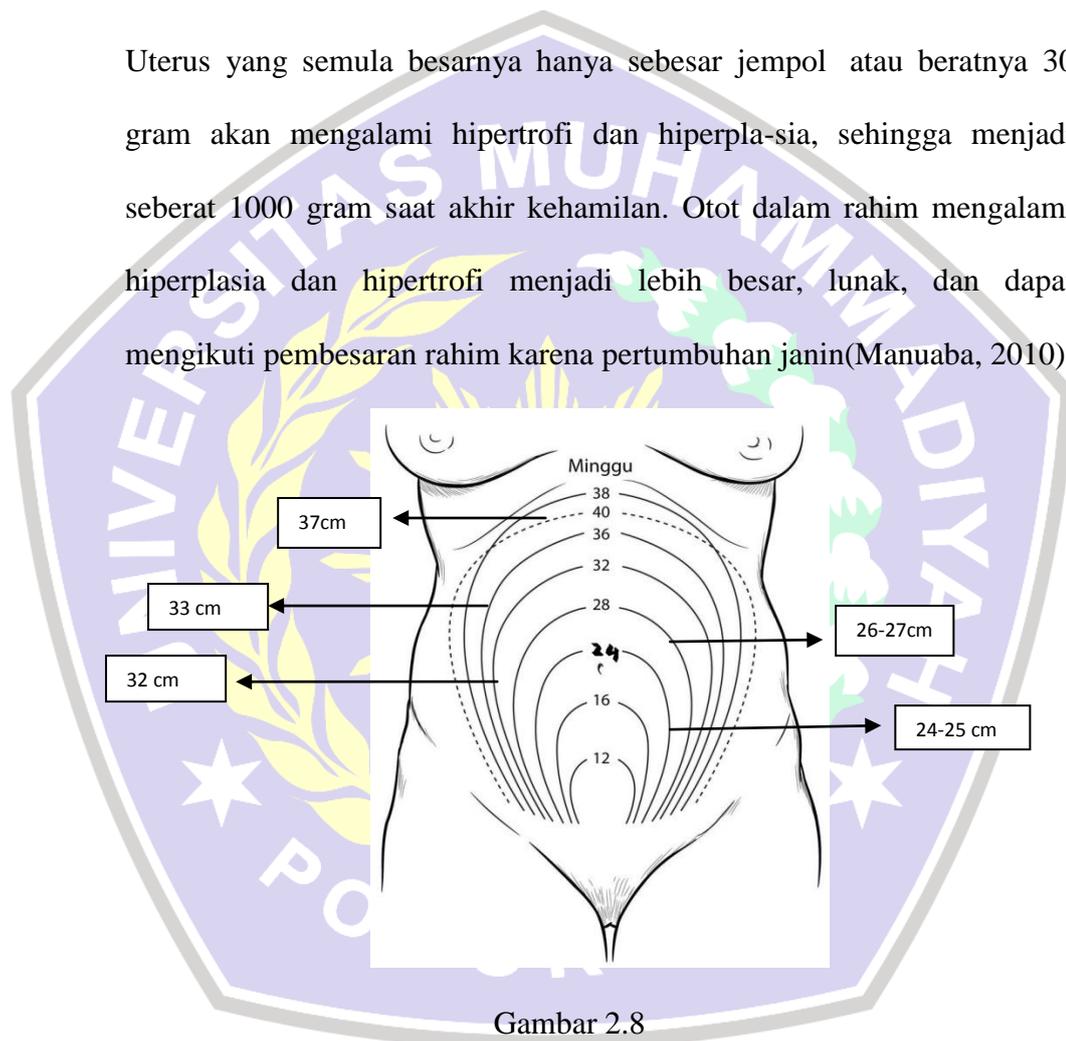
10. Perubahan Fisiologis pada Ibu Hamil

Perubahan yang terjadi pada tubuh pada saat hamil, bersalin dan nifas adalah

perubahan yang hebat dan menakjubkan. Sistem-sistem tubuh berubah dengan otomatis menyesuaikan dengan keadaan hamil, bersalin dan nifas. Berikut ini adalah perubahan-perubahan anatomi dan adaptasi fisiologis pada sistem tubuh pada masa hamil yaitu sebagai berikut :

a. Uterus

Uterus yang semula besarnya hanya sebesar jempol atau beratnya 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hiperplasia, sehingga menjadi seberat 1000 gram saat akhir kehamilan. Otot dalam rahim mengalami hiperplasia dan hipertrofi menjadi lebih besar, lunak, dan dapat mengikuti pembesaran rahim karena pertumbuhan janin (Manuaba, 2010)



Gambar 2.8

Pemeriksaan Fundus Uteri

Sumber : Wiknjosastro, H. 2009:42

b. Ovarium

Ovulasi berhenti selama kehamilan dan pematangan folikel ditunda.

Biasanya hanya satu corpus luteum kehamilan dapat ditemukan di dalam

ovarium wanita hamil dan hanya berfungsi maksimal sampai 6-7 minggu pertama kehamilan dan selanjutnya fungsinya menurun sampai akhirnya pada minggu ke-16 kehamilan fungsinya digantikan oleh plasenta untuk menghasilkan estrogen dan progesterone.(Manuaba 2010:54)

c. Vagina dan Perineum

Perubahan yang terjadi pada vagina selama kehamilan antara lain terjadinya peningkatan vaskularitas dan hiperemia (tekanan darah meningkat) pada kulit dan otot perineum, vulva, pelunakan pasca jaringan ikat, munculnya tanda chadwick yaitu warna kebiruan pada daerah vulva dan vagina yang disebabkan hiperemia, serta adanya keputihan karena sekresi serviks yang meningkat akibat stimulasi estrogen (Aprillia, 2010:65)

d. Payudara

Menurut Djusar Sulin dalam buku Ilmu Kebidanan (2009; h. 179), pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudara menjadi semakin lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena – vena dibawah kulit akan lebih terlihat. Puting payudara akan lebih besar, kehitaman, dan tegak. Areola akan lebih besar dan kehitaman. Kelenjar sebacea dari areola akan membesar dan cenderung menonjol keluar.

e. Sirkulasi Darah

Volume darah semakin meningkat dan jumlah serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi pengenceran darah

(hemodelusi). Sel darah merah semakin meningkat jumlahnya untuk dapat mengimbangi pertumbuhan janin dalam rahim, tetapi penambahan sel darah tidak seimbang dengan peningkatan volume darah sehingga terjadi hemodelusi yang disertai anemia fisiologis (Manuaba, 2010; hal. 93).

f. Sistem Respirasi

Kapasitas paru secara total menurun 4-5% dengan adanya elevasi diafragma. Fungsi respirasi juga mengalami perubahan. Respirasi rate 50% mengalami peningkatan, 40% pada tidal volume dan peningkatan konsumsi oksigen 15-20% di atas kebutuhan perempuan tidak hamil (Aprillia, 2010; h. 71-72).

g. Sistem pencernaan

Menurut Djuhar Sulin dalam buku Ilmu Kebidanan (2009; h. 185), seiring dengan makin membesarnya uterus, lambung, dan usus akan tergeser. Perubahan yang nyata terjadi pada penurunan motilitas otot polos pada traktus digestivus. Mual terjadi akibat penurunan asam hidrokloroid dan penurunan motilitas, serta konstipasi akibat penurunan motilitas usus besar.

Gusi akan menjadi lebih hiperemis dan lunak sehingga dengan trauma sedang saja bisa menyebabkan perdarahan. Epulis selama kehamilan akan muncul. Hemorroid juga merupakan suatu hal yang sering terjadi akibat konstipasi dan peningkatan tekanan vena pada bagian bawah karena pembesaran uterus.

h. Sistem perkemihan

Karena pengaruh desakan hamil muda dan turunnya kepala bayi pada hamil tua, terjadi gangguan miksi dalam bentuk sering berkemih. Desakan tersebut menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh. Hemodelusi menyebabkan metabo-lisme air makin lancar sehingga pembentukan urine akan bertambah (Manuaba, 2010; hal. 94).

i. Kulit

Pada kulit terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh *melanophore stimulating hor-mone* lobus hipofisis anterior dan pengaruh kelenjar suprarenalis. Hiperpigmentasi ini terjadi pada striae gravidarum livide atau alba, areola mammae, papilla mammae, linea nigra, pipi (khloasma gravidarum). Setelah persalinan hiperpigmentasi ini akan meng-hilang (Manuaba, 2010, 94).

j. Metabolisme

Menurut Manuaba (2010, 95) perubahan metabolisme pada kehamilan:

- a. Metabolisme basal naik sebesar 15-20% dari semula, terutama pada trimester ketiga.
- b. Keseimbangan asam basa mengalami penurunan dari 155 mEq per liter menjadi 145 mEq per liter disebabkan hemo-delusi darah dan kebutuhan mineral yang diperlukan janin.
- c. Kebutuhan protein wanita hamil makin tinggi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, perkembangan organ kehamilan, dan persiapan

laktasi. Dalam makanan diperlukan protein tinggi sekitar 0,5 g/kg berat badan atau sebutir telur ayam sehari.

- d. Kebutuhan kalori didapat dari karbohidrat, lemak dan protein.
- e. Kebutuhan zat mineral untuk ibu hamil

Tabel 2.2 :
Tambahan Kebutuhan Nutrisi Ibu Hamil

Nutrisi	Kebutuhan	
	Tidak Hamil/Hari	Hamil/Hari
Kalori	2000-2200 kalori	300-500 kalori
Protein	75 gr	8-12 gr
Lemak	53 gr	Tetap
Fe	28 gr	2-4 gr
Ca	500 mg	600 mg
Vit A	3500 IU	500 IU
Vit C	75 gr	30 mg
Asam Folat	180 gr	400 mg

Sumber : Sukarni, Icesmi, 2013:23

- e. Berat badan ibu hamil bertambah. Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5-16,5 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan 0,5 kg/ minggu.

Tabel 2.3
Rekomendasi penambahan berat badan

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

Sumber : Saifuddin, 2011:44

11. Perubahan Fisiologi Sistem Kekebalan pada Ibu Hamil

Sistem pertahanan tubuh ibu selama kehamilan akan tetap utuh, kadar imunoglobulin dalam kehamilan tidak berubah . Imunoglobulin G atau IgG merupakan komponen utama dari imunoglobulin janin di dalam uterus dan neonatal dini. IgG merupakan satu-satunya imunoglobulin yang dapat menembus plasenta sehingga immunitas pasif akan diperoleh oleh bayi. Kekebalan ini dapat melindungi bayi dari infeksi selanjutnya.(Rukiyah 2009:96)

12 Perubahan pada Sistem Pencernaan

Menurut Kamariyah 2014 : 35 Perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan dipengaruhi oleh peningkatan hormon progesteron dan tekanan uterus yang membesar terhadap organ saluran pencernaan

Perubahan Sistem Pencernaan Yang Dirasakan Ibu Hamil :

1. Trimester I

Rasa mual baik yang sedang maupun berat dengan atau tanpa

terjadinya muntah setiap saat siang ataupun malam. Apabila terjadi pada pagi hari sering disebut “Morning Sickness”. Hipersalivasi sering terjadi sebagai kompensasi dari mual dan muntah yang terjadi. Pada beberapa wanita ditemukan adanya (ngidam makanan) yang mungkin berkaitan dengan persepsi individu wanita tersebut mengenai apa yang bisa mengurangi rasa mual dan muntah. Kondisi lainnya adalah “Pica” (mengidam) yang sering dikaitkan dengan anemia akibat defisiensi zat besi ataupun adanya suatu tradisi.

2. Trimester II dan III

Biasanya terjadi konstipasi karena pengaruh hormon progesteron yang meningkat. Selain itu perut kembung juga terjadi karena adanya tekanan uterus yang membesar dalam rongga perut yang mendesak organ-organ dalam perut khususnya saluran pencernaan, usus besar, kearah atas dan lateral. Wasir (Hemorrhoid) cukup sering pada kehamilan sebagian besar akibat konstipasi dan naiknya tekanan vena-vena di bawah uterus termasuk vena hemorrhoid. Panas perut (heart burn) terjadi karena terjadinya aliran balik asam gastrik ke dalam esophagus bagian bawah

2.1.2 KONSEP DASAR PERSALINAN

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

A. Faktor Penyebab Mulainya Persalinan

Peningkatan kadar prostaglandin, oksitosin, dan progesteron diduga berperan dalam permulaan awitan persalinan. Kadarnya meningkat secara progresif dan mencapai puncak saat kelahiran kepala dan setelah pelepasan plasenta (Medforth, 2011:54).

Menurut Manuaba (2008:34) sebab terjadinya proses persalinan belum diketahui secara pasti, sehingga timbul beberapa teori yang berkaitan dengan mulai terjadinya *his* yaitu:

- 1) Hormon estrogen meningkatkan sensitivitas otot rahim, sehingga memudahkan penerimaan rangsangan dari luar misal rangsangan oksitosin, prostaglandin, dan rangsangan mekanis.
- 2) Progesteron menurunkan sensitivitas otot rahim, menyulitkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin, rangsangan mekanis dan menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi

3) Tanda Tanda Persalinan

Menurut Sofian (2012:76), tanda dan gejala persalinan antara lain:

- 1) Rasa sakit karena *his* datang lebih kuat, sering dan teratur.
- 2) Keluarnya lendir bercampur darah (*blood show*) karena robekan-robekan kecil pada *serviks*.
- 3) Terkadang ketuban pecah dengan sendirinya.
- 4) Pada pemeriksaan dalam didapati *serviks* mendatar dan pembukaan telah ada.

B. Proses Persalinan

Menurut Silistyawati 2010 hal:66 persalinan dibagi dalam 4 kala yaitu

1. Tahapan persalinan

1. Kala I (Pembukaan)

Pasien dikatakan dalam tahap persalinan kala I, jika sudah terjadi pembukaan servik dan kontraksi terjadi teratur minimal 2 kali dalam 10 menit selama 40 detik. Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0-10 cm (pembukaan lengkap). Proses ini terbagi menjadi dua fase, yaitu fase laten (8 jam) dimana servik membuka sampai 3 cm dan fase aktif (7 jam) dimana servik membuka dari 3-10

cm. Kontraksi lebih kuat dan sering terjadi selama fase aktif. Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga parturient (ibu yang sedang bersalin) masih dapat berjalan-jalan. Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan pada multigravida berlangsung selama 8 jam. Berdasarkan kurve friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm per jam dan multigravida 2 cm per jam. Dengan perhiungan tersebut maka pembukaan lengkap dapat diperhitungkan.

Dan menurut Varney (2009: 344) dalam Kala I terdapat 2 fase , yaitu :

- 1) Fase laten : pembukaan sampai mencapai 3 cm, berlangsung sekitar 8 jam.
- 2) Fase aktif : pembukaan dari 3 cm sampai lengkap (+ 10 cm), berlangsung sekitar 6 jam. Fase aktif terbagi atas :
 - a) Fase akselerasi (sekitar 2 jam), pembukaan 3 cm sampai 4 cm.
 - b) Fase dilatasi maksimal (sekitar 2 jam), pembukaan 4 cm sampai 9 cm.
 - c) Fase deselerasi (sekitar 2 jam), pembukaan 9 cm sampai lengkap (+ 10 cm).

Perbedaan proses pematangan dan pembukaan serviks (*cervical effacement*) pada primigravida dan multipara :

- 1) Pada primigravida terjadi penipisan serviks lebih terlebih dahulu sebelum terjadi pembukaan, sedangkan pada multipara serviks telah lunak akibat persalinan sebelumnya, sehingga langsung terjadi proses penipisan dan pembukaan.
- 2) Pada primigravida, ostium internum membuka terlebih dahulu daripada ostium eksternum (inspekulo ostium tampak berbentuk seperti lingkaran kecil di tengah), sedangkan pada multipara, ostium internum dan eksternum membuka bersamaan (inspekulo ostium tampak berbentuk seperti garis lebar).
- 3) Periode Kala 1 pada primigravida lebih lama (+ 20 jam) dibandingkan multipara (+14 jam) karena pematangan dan pelunakan serviks pada fase laten pasien primigravida memerlukan waktu lebih lama.

Tabel 2.4
Perbedaan Fase Laten dan Fase Aktif

Kriteria	Fase Laten	Fase Aktif
Durasi	± 8 jam	± 6 jam
Periode	Tidak ada	3 periode (akselerasi, dilatasi maksimal dan deselerasi)
Pendokumentasian	Lembar observasi	Lembar partograf
Pembukaan	< 4 cm	4-10 cm
Durasi Kontraksi	15-20 detik	> 40 detik

Sumber: Varney, *et al.* 2007:98

2. Kala II (Pengeluaran bayi)

Kala II adalah kala pengeluaran bayi, dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir. Uterus dengan kekuatan hisnya

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

Gejala utama kala II adalah sebagai berikut:

- (1) His semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik
- (2) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah dengan ditandai pengeluaran cairan secara mendadak.
- (3) Dua kekuatan, yaitu his dan meneran akan mendorong kepala bayi sehingga kepala membuka pintu; sub oksiput bertindak sebagai hipomochlion, berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung, muka, serta kepala seluruhnya.
- (4) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap.
- (5) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putaran paksi luar, yaitu penyusupan kepala pada punggung
- (6) Setelah putaran paksi luar berlangsung, maka persalihan bayi ditolong dengan jalan tempatkan kedua tangan masing masing sisi muka bayi. menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi

berikutnya dan dengan lembut menarik kearah bawah dan kearah luar sehingga bahu anterior muncul dibawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik kearah atas dan kearah luar untuk melahirkan bahu posterior

(7) Lamanya kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit.

3. Kala III (Pelepasan plasenta)

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

- (1) Uterus menjadi berbentuk bundar
- (2) Uterus terdorong keatas, karena plasenta dilepas kesegmen bawah rahim.
- (3) Tali pusat bertambah panjang
- (4) Terjadi perdarahan

Dalam Kala III ada dua metode untuk melepaskan plasenta, yaitu dijelaskan oleh Schultze dan Matthews Duncan (Widyastuti, 2009:167) :

1) Metode Schulze Pelepasan plasenta mulai dari pertengahan, sehingga plasenta lahir diikuti oleh pengeluaran darah. Plasenta terlepas dari suatu titik pusat dan merosot ke vagina melalui lubang dalam kantung amnion, permukaan fetal plasenta muncul pada vulva dengan selaput ketuban yang mengikuti di belakang seperti payung terbalik saat terkelupas dari dinding uterus. Permukaan maternal plasenta tidak terlihat, dan bekuan darah berada dalam kantong yang terbalik.

2) Metode Matthews Duncan Pelepasan plasenta dari daerah tepi sehingga terjadi perdarahan dan diikuti pelepasan plasentanya. Plasenta turun melalui bagian samping dan masuk ke vulva dengan pembatas maternal terlebih dahulu, seperti kancing yang memasuki lubang baju. Bagian yang berada didalam kantong. Pada metode Matthernws Duncan ini kemungkinan terjadinya bagian selaput ketuban tersebut tidak terkelupas semua selengkap metode Schutze.

Beberapa cara untuk mengetahui apakah plasenta telah lepas dari tempat implementasinya yaitu dipakai beberapa perasat antara lain:

a) Perasat Kustner Tangan kanan merengangkan sedikit tali pusat. Tangan kiri menekan diatas simfisis. Bila tali pusat masuk kembali ke dalam vagina, berarti plasenta belum

lepas dari dinding uterus. Bila tetap dan tidak masuk kembali kedalam vagian, berarti plasenta lepas dari dinding uterus. Perasat ini hendaknya dilakukan secara hati-hati, apabila hanya sebagian plasenta terlepas, perdarahan banyak akan dapat terjadi.

b) Perasat Strassman Tangan kanan meregangkan dan menarik sedikit tali pusat. Tangan kiri mengetok-ngetok fundus uteri. Bila terasa getaran pada tali pusat yang diregangkan ini, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus. Bila tidak terasa getaran, berarti telah lepas dari dinding uterus.

c) Perasat Klien Wanita tersebut disuruh mengedan. Tali pusat tampak turun kebawah, mengedannya dihentikan dan tali pusat masuk kembali kedalam vagian berarti plasenta telah lepas dari dinding uterus.

d) Perasat Crede Dengan cara memijat uterus seperti memeras jeruk agar plasenta lepas dari dinding uterus hanya dapat di pergunakan bila terpaksa misalnya perdarahan. Perasat ini dapat mengakibatkan kecelakaan perdarahan post partum.

4. Kala IV (Observasi)

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

- (1) Tingkat kesadaran pasien.
- (2) Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, dan pernafasan.
- (3) Kontraksi uterus
- (4) Terjadinya perdarahan, perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400cc-500cc.

Lima Benang Merah

a) Membuat putusan klinik

Menjadi seorang bidan harus konsisten dan sesegera mungkin mengambil keputusan apa A ataupun B supaya penanganan pasien tidak terlambat

b) Asuhan Sayang Ibu dan Sayang Bayi

Seorang bidan harus memiliki jiwa penyayang dan sensitif terhadap pasiennya apa jadinya jika seorang bidan tidak memiliki sifat seorang penyayang pasti pasien tidak akan merasa nyaman dengan perlakuan bidan tersebut

c) Pencegahan Infeksi

Pencegahan infeksi (PI) harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi ibu, bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan dan tenaga kesehatan lainnya. Pencegahan infeksi (PI) adalah bagian yang esensial dari semua asuhan yang diberikan kepada ibu dan bayi baru lahir dan harus dilaksanakan secara rutin pada saat menolong persalinan dan kelahiran bayi, saat memberikan asuhan selama kunjungan antenatal atau pascapersalinan atau bayi baru lahir atau saat menetalaksana penyulit

Menurut Nurasiah, definisi tindakan-tindakan pencegahan infeksi adalah sebagai berikut:

- 1) Asepsis atau teknik merupakan istilah yang dipakai untuk menggambarkan semua asuhan yang dilakukan dalam mencegah masuknya mikroorganisme ke dalam tubuh dan berpotensi menimbulkan penyakit.
- 2) Antiseptik mengacu pada pencegahan infeksi dengan cara membunuh atau menghambat pertumbuhan mikroorganisme pada kulit atau jaringan tubuh lainnya.
- 3) Dekontaminasi adalah tindakan yang dilakukan untuk memastikan bahwa petugas kesehatan dapat menangani

secara aman berbagai benda yang terkontaminasi darah maupun cairan.

- 4) Mencuci dan membilas adalah tindakan-tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua cemaran darah, cairan tubuh atau benda asing (misalnya debu, kotoran) dari kulit atau peralatan.
- 5) Desinfeksi adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme penyebab penyakit yang mencemari benda-benda mati atau instrument.
- 6) Disinfeksi tingkat tinggi (DTT) adalah tindakan untuk menghilangkan semua mikroorganisme kecuali endospora dengan cara merebus atau kimiawi.
- 7) Sterilisasi adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme (bakteri, virus, jamur, dan parasit) termasuk endospora bakteri dari benda-benda mati atau instrument.

(Nurasiah, 2012:11-12)

Cara efektif untuk mencegah penyebaran penyakit dari orang ke orang dan atau dari peralatan/sarana kesehatan ke orang dapat dilakukan dengan meletakkan penghalang diantara mikroorganisme dan individu (klien atau petugas

kesehatan). Penghalang ini dapat berupa proses secara fisik, mekanik ataupun kimia yang meliputi:

1) Cuci tangan

a) Secara praktis, mencuci tangan secara benar merupakan salah satu tindakan pencegahan infeksi paling penting untuk mengurangi penyebaran penyakit dan menjaga lingkungan bebas dari infeksi. Cuci tangan dilakukan sesuai dengan Standar dan prosedur yang ada.

b) Pakai sarung tangan

Untuk tindakan pencegahan, sarung tangan harus digunakan oleh semua penolong persalinan sebelum kontak dengan darah atau cairan tubuh dari klien. Sepasang sarung tangan dipakai hanya untuk seorang klien guna mencegah kontaminasi silang. Jika mungkin, gunakanlah sarung tangan sekali pakai, namun jika tidak mungkin sebelum dipakai ulang sarung tangan dapat dicuci dan disteril dengan otoklaf, atau dicuci dan didesinfektan tingkat tinggi dengan cara mengukus.

c) Penggunaan Cairan Antiseptik

Penggunaan antiseptik hanya dapat menurunkan jumlah mikro organisme yang dapat

mengkontaminasi luka dan dapat menyebabkan infeksi. Untuk mencapai manfaat yang optimal, penggunaan antiseptik seperti alkohol dan Iodofor (Betadin) membutuhkan waktu beberapa menit untuk bekerja secara aktif. Karena itu, untuk suatu tindakan kecil yang membutuhkan waktu segera seperti penyuntikan oksitosin IM saat penatalaksanaan aktif kala III dan pemotongan tali pusat saat bayi baru lahir, penggunaan antiseptic semacam ini tidak diperlukan sepanjang alat-alat yang digunakan steril atau DTT.

Untuk membuat larutan klorin, yang pertama harus dilakukan adalah menentukan dulu jenis konsentrasinya. Karena, lain jenis lain pula cara perhitungannya. Hanya dibutuhkan sedikit perhitungan yang sangat sederhana. Cara membuat larutan klorin :

Rumus untuk membuat larutan klorin 0,5% dari larutan konsentrat berbentuk cair :

$$\text{Jumlah bagian air} = \left(\frac{(\% \text{ Larutan Konsentrat})}{(\% \text{ Larutan yang diinginkan})} - 1 \right)$$

Rumus untuk membuat larutan klorin 0,5% dari bubuk klorin kering :

Jumlah bagian air = (larutan yang diinginkan: %
konsentrat) x 1000

d) Pemrosesan alat bekas

Proses dasar pencegahan infeksi yang biasa digunakan untuk mencegah penyebaran penyakit dari peralatan, sarung tangan dan bahan-bahan lain yang terkontaminasi.

Jenis-jenis pemrosesan alat, antara lain :

(1) Dekontaminasi

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 latex, jika menangani peralatan yang sudah digunakan atau kotor.

Segera setelah digunakan, masukkan benda-benda yang telah terkontaminasi ke dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit. Ini akan dengan cepat mematikan virus hepatitis B dan

HIV. Pastikan bahwa benda-benda yang terkontaminasi telah terendam seluruhnya dalam larutan klorin. Daya kerja larutan klorin akan cepat menurun sehingga harus diganti minimal setiap 24 jam sekali atau lebih cepat, jika terlihat telah kotor atau keruh.

(2) Pencucian atau bilas

Pencucian adalah sebuah cara yang efektif untuk menghilangkan sebagian besar mikroorganisme pada peralatan dan instrument 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 dicuci segera setelah didekontaminasi, bilas peralatan dengan air untuk mencegah korosi dan menghilangkan bahan-bahan organik, lalu cuci dengan seksama secepat mungkin.

(a) Perlengkapan/ bahan-bahan untuk mencuci peralatan:

1. Sarung tangan karet yang tebal atau sarung tangan rumah tangga dari lateks

2. Sikat halus (boleh menggunakan sikat gigi)
3. Tabung suntik (minimal ukuran 10 ml : untuk membilas bagian dalam kateter, termasuk kateter penghisap lendir)
4. Wadah plastik atau baja anti karat

(stainless steel)

5. Air bersih
6. Sabun dan detergent

(b) Tahap-tahap pencucian dan pembilasan

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

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

b. Buka engsel gunting dan klem.

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

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

e. Cuci setiap benda sedikitnya tiga kali (lebih jika perlu) dengan air dan sabun atau detergent.

f. Bilas benda-benda tersebut dengan air bersih

5. Ulangi prosedur tersebut pada benda » benda lain.

6. Jika peralatan akan di desinfeksi tingkat tinggi secara kimiawi (misalnya dalam larutan klorin 0,5%)

tempatkan peralatan dalam wadah yang bersih dan biarkan kering sebelum memulai proses DTT.

7. Peralatan yang akan di desinfeksi tingkat tinggi dengan cara dikukus atau di rebus atau disterilisasi di dalam autoklaf atau open panas kering, tidak usah dikeringkan sebelum proses DTT atau sterilisasi dimulai.

8. Selagi masih memakai sarung tangan, cuci sarung tangan dengan air dan sabun kemudian dibilas secara seksama dengan menggunakan air bersih.

9. Gantungkan sarung tangan dan biarkan dengan cara di angin-anginkan (Ambarwati,2009:78)

(3) Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT)

DTT adalah cara efektif untuk membunuh mikroorganisme penyebab penyakit dari peralatan, sterilisasi tidak selalu memungkinkan dan tidak selalu praktis. DTT bisa dijangkau dengan cara merebus, mengukus atau secara kimiawi. Ini dapat menghilangkan semua organisme kecuali beberapa bakteri endospora sebesar 95%.

(a) DTT dengan cara merebus

Merebus merupakan cara efektif dan praktis untuk DTT. Perebusan dalam air selama 20 menit setelah mendidih, dimana semua alat jika mungkin harus terendam semua, ditutup rapat dan dibiarkan mendidih serta berputar.

1. Gunakan panci dengan penutup yang rapat
2. Ganti air setiap kali mendesinfeksi peralatan.
3. Rendam peralatan sehingga semuanya terendam dalam air.
4. Mulai panaskan air.
5. Mulai hitung waktu saat air mulai mendidih.
6. Jangan tambahkan benda apapun ke dalam air mendidih setelah penghitungan waktu dimulai.
7. Rebus selama 20 menit
8. Catat lama waktu perebusan peralatan di dalam buku khusus
9. Biarkan peralatan kering dengan cara diangin-anginkan sebelum digunakan atau disimpan.

10. Setelah peralatan kering, gunakan segera atau simpan dalam wadah DTT dan penutup. Peralatan bisa disimpan sampai satu minggu asalkan penutupnya tidak dibuka

(b) DTT dengan uap panas

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

1. Gunakan panci perebus yang memiliki 3 susunan nampan pengukus.
2. Gulung bagian atas sarung tangan sehingga setelah DTT selesai, sarung tangan dapat dipakai tanpa membuat kontaminasi baru.
3. Letakkan sarung tangan pada baki atau tampan pengukus yang berlubang di bawahnya. Agar mudah dikeluarkan dari panci, letakkan sarung tangan dengan bagian jarinya kearah tengah panci.

Jangan menumpuk sarung tangan.

4. Ulangi proses tersebut hingga semua nampan terisi dengan menyusun tiga nampan pengukus yang berisi air.
5. Letakkan penutup di atas panci paling atas dan panaskan air hingga mendidih. Jika uap airnya sedikit, suhunya mungkin tidak cukup tinggi untuk membunuh mikroorganisme.
6. Catat lamanya waktu pengukusan jika uap air mulai keluar dari celah panci.
7. Kukus sarung tangan 20 menit
8. Angkat nampan pengukus paling atas dan goyangkan perlahan-lahan agar air yang tersisa menetes keluar.
9. Letakkan nampan pengukus di atas panci yang kosong disebelah kompor.
10. Ulangi langkah tersebut hingga nampan tersebut berisi sarung tangan susun di atas panci perebus yang kosong.
11. Biarkan sarung tangan kering dengan diangin anginkan di dalam panci 3-6 jam.
12. Jika sarung tangan tidak akan segera dipakai, setelah kering gunakan pinset

DTT untuk memindahkan sarung tangan.

Letakkan sarung tangan dalam wadah

DTT lalu tutup rapat.

(c) DTT dengan kimiawi

1. Letakkan peralatan kering yang sudah di dekontaminasi dan dicuci dalam wadah yang sudah berisi larutan kimia.

2. Pastikan bahwa peralatan terendam semua dalam larutan.

3. Rendam selama 20 menit.

4. Catat lama waktu perendaman

5. Bilas peralatan dengan air matang dan angin anginkan di wadah DTT yang berpenutup.

6. Setelah kering peralatan dapat digunakan atau disimpan dalam wadah DTT yang bersih (Kusmiyati, 2007 :42)

(4) Sterilisasi

Sterilisasi merupakan upaya pembunuhan atau penghancuran semua bentuk kehidupan mikroba yang dilakukan di rumah sakit melalui proses fisik maupun kimiawi. Sterilisasi jika dikatakan sebagai tindakan untuk membunuh kuman patoge

atau apatoge beserta spora yang terdapat pada alat perawatan atau kedokteran dengan cara merebus, stoom, panas tinggi atau bahan kimia jenis sterilisasi antara lain sterilisasi cepat, strilisasi panas kering, strerilisasi gas (formalin,), rdiasi ionisasi.

a. Hal hal yang perlu diperhatikan dalam sterilisasi:

1. Sterilisator (alat untuk steril) harus siap pakai, bersih dan masih berfungsi
2. Peralatan yang akan di sterilisasi harus dibungkus dan diberi label yang jelas dengan menyebutkan jenis peralatan jumlah tanggal pelaksanaan steril.
3. Penataan alat harus berprinsip semua bagian dapat steril.
4. Tidak boleh menambahkan peralatan dalam sterilisator sebelum waktu mensteril selesai.
5. Memindahkan alat steril ke dalam tempatnya dengan korental.
6. Saat mendinginkan alat steril tidak boleh membuka bungkusnya,bila terbuka harus dilakukan sterilisasi ulang

(b) Beberapa alat yang perlu di sterilkan :

1. Peralatan logam (pinset, gunting, speculum, dll)
2. Peralatan kaca (semprit, tabung kimia)
3. Peralatan karet (cateter, sarung tangan, pipa lambung, dll).
4. Peralatan ebonite (kanule rectum, kanule trakea, dll).
5. Peralatan email (bengkok, baskom, dll)
6. Peralatan porselin (mangkok, cangkir, piring, dll).
7. Peralatan plastic (selang infuse, dll)
8. Peralatan tenunan (kain kassa, dll)

(c) Prosedur kerja

1. Bersihkan peralatan yang akan disterilisasi
Peralatan yang dibungkus harus diberi label
Masukkan ke dalam sterilisator dan hidupkan sterilisator sesuai dengan waktu yang ditentukan

(d) Cara sterilisasi:

1. Sterilisasi dengan merebus dalam air mendidih sampai 100 (15-20 menit) untuk logam, kaca, dan karet.

2. Sterilisasi dengan stoom menggunakan uap panas di dalam autoclave dengan waktu, suhu, tekanan tertentu untuk alat tenun.
3. Sterilisasi dengan panas kering menggunakan oven panas tinggi (logam yang tajam, dll)
4. Sterilisasi dengan bahan kimia menggunakan bahan kimia seperti alkohol, sublimat, uap formalin, sarung tangan dan kateter. (Uliyah, 2008:221)

d) Pendokumentasian

Pencatatan (pendokumentasian) adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Partograf adalah bagian terpenting dari proses pencatatan selama persalinan. Mengkaji ulang catatan memungkinkan untuk menganalisa data yang telah dikumpulkan dan dapat lebih efektif dalam merumuskan suatu diagnosis dan membuat rencana asuhan atau perawatan bagi ibu atau bayinya. (JNPK-KR2008:121)

e). Rujukan

Singkatan BAKSOKU dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi:

Tabel 2.5
Penjabaran BAKSOKU

B	Bidan	Pastikan bahwa ibu dan atau bayi didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk menatalaksana gawat darurat untuk dibawa ke tempat rujukan.
A	Alat	Bawa perlengkapan dan bahan-bahan bersama ibu ke tempat rujukan. Perlengkapan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan menuju fasilitas rujukan.
K	Keluarga	Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir dan jelaskan alasan merujuk. Suami dan anggota keluarga harus menemani ibu dan bayi hingga fasilitas rujukan.
S	Surat	Berikan surat ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan informasi tentang ibu dan/bayi, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil asuhan yang telah diberikan. Sertakan partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik.
O	Obat	Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan.
K	Kendaraan	Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman. Pastikan kendaraan cukup baik untuk sampai di fasilitas rujukan.
U	Uang	Ingatkan pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan atau bayi tinggal di fasilitas rujukan.

*Sumber: Nurasih, dkk.2012:23

Kini persiapan merujuk bukan hanya BAKSOKU saja, tetapi ditambah dengan Darah (DA), karena kemungkinan ibu terjadi perdarahan banyak dan membutuhkan darah saat berada di fasilitas rujukan, untuk itu perlu disiapkan calon pendonor darah (Nurasiah, 2012:23).

C Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Manuaba (2007:54) faktor yang mempengaruhi persalinan yaitu

a. Passenger

Malpresentasi atau malformasi janin dapat mempengaruhi persalinan normal. Pada faktor *passenger*, terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melalui jalan lahir, maka iadianggap sebagai penumpang yang menyertai janin

b. Passageaway

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina).

Meskipun jaringan lunak khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku

c. *Powers*

His adalah salah satu kekuatan pada ibu yang menyebabkan serviks membuka dan mendorong janin ke bawah. Pada presentasi kepala, bila his sudah cukup kuat, kepala akan turun dan mulai masuk ke dalam rongga panggul

d. *Position*

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, duduk dan jongkok

e. *Psychologic Respons*

Proses persalinan adalah saat yang menegangkan dan mencemaskan bagi wanita dan keluarganya. Rasa takut, tegang dan cemas mungkin mengakibatkan proses kelahiran berlangsung lambat. Pada kebanyakan wanita, persalinan dimulai saat terjadi kontraksi uterus pertama dan dilanjutkan dengan kerja keras selama jam-jam dilatasi dan melahirkan kemudian berakhir ketika wanita dan keluarganya memulai proses ikatan dengan bayi. Perawatan ditujukan untuk mendukung wanita dan keluarganya dalam melalui proses persalinan supaya dicapai hasil yang optimal bagi semua yang terlibat

D. Mekanisme persalinan

Persalinan kala II dimulai setelah pembukaan servik lengkap dan berakhir lahirnya seluruh badan janin. Inti dari mekanisme persalinan normal adalah pergerakan kepala janin dalam rongga dasar panggul untuk menyesuaikan diri dengan luas panggul sehingga kepala dapat lahir secara spontan. Diameter terbesar kepala janin berusaha menyesuaikan dengan diameter terbesar dalam ukuran panggul luar.

Ada tiga ukuran diameter kepala janin yang digunakan sebagai patokan dalam mekanisme persalinan normal, antara lain:

1) Jarak suboksipito bregmatika

Jarak antara batas dari leher dan oksiput ke anterior fontanel, ini adalah diameter yang bersangkutan dengan presentasi kepala

2) Jarak oksipitomental

Merupakan diameter terbesar dari kepala janin, ini adalah diameter yang bersangkutan dengan presentasi kepala.

Mekanisme persalinan normal dibagi dalam beberapa tahap antara lain:

(1) Penurunan kepala

Terjadi selama proses persalinan karena daya dorong dari kontraksi uterusnya yang efektif posisi, serta kekuatan meneran dari pasien

(2) Penurunan

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

(3) Fleksi

Dalam proses masuknya kepala janin kedalam panggul, flexsi menjadi hal yang sangat penting karena dengan flexsi diameter kepala janin terkecil dapat bergerak melalui panggul dan terus menuju dasar panggul.

(4) Putaran paksi dalam

Putaran internal dari kepala janin akan membuat diameter yang lebih panjang dan kepala menyesuaikan diri dengan diameter tersebut.

(5) Lahirnya kepala dengan cara

Cara ini untuk kepala dengan posisi oksiput posterior. Proses ini terjadi karena gaya tahanan dari dasar panggul dimana gaya tersebut membentuk lengkungan curam yang mengarahkan kepala keatas menuju lorong vulva. Bagian leher belakang dibawah oksiput akan bergeser kebawah simfisis pubis dan bekerja sebagai unit putus. Uterus yang berkontraksi kemudian memberikan tekanan tambahan dikepala yang menyebabkan lembut saat lubang vulva vagina membuka leher.

(6) Restitusi

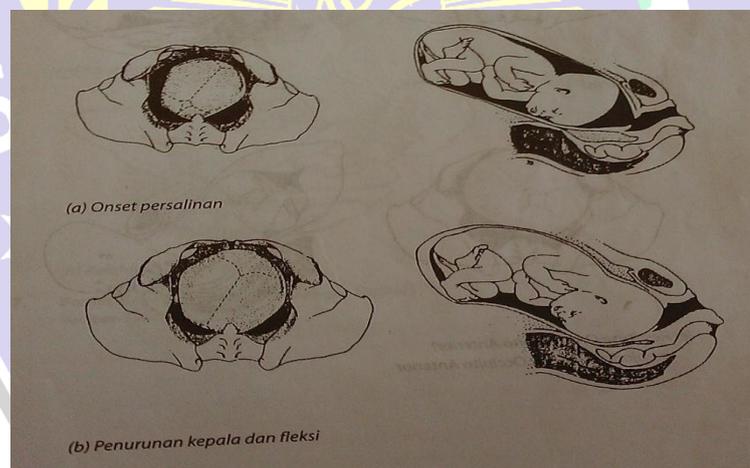
Resusitasi ialah perputaran kepala sebesar 45 derajat baik kekanan atau kekiri, bergantung kepada arah diamana mengikuti perputaran menuju posisi oksiput anterior.

(7) Putaran paksi luar

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

(8) Lahirnya bahu dan seluruh anggota badan bayi

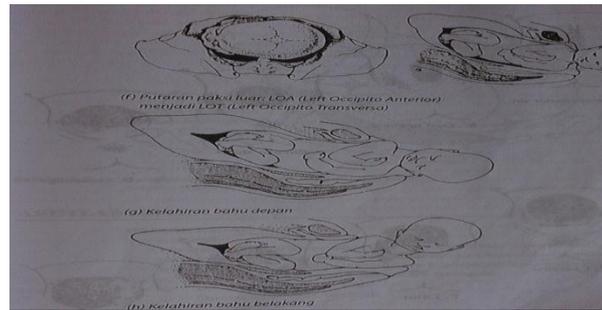
Bahu posterior akan mengembangkan perineum dan kemudian dilahirkan dengan cara fleksi lateral. Setelah bahu dilahirkan, seluruh tubuh janin lainnya akan dilahirkan mengikuti sumbu carus.



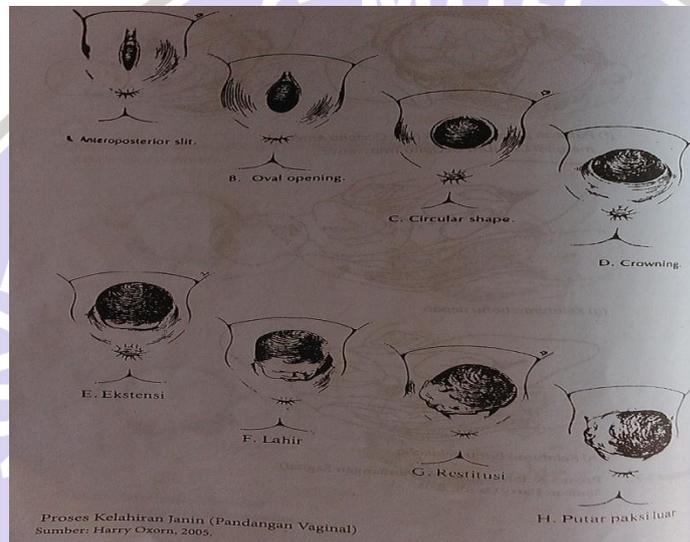
Gambar 2.9

Ilustrasi mekanisme persalinan

Sumber Ari sulistyawati 2010 :37



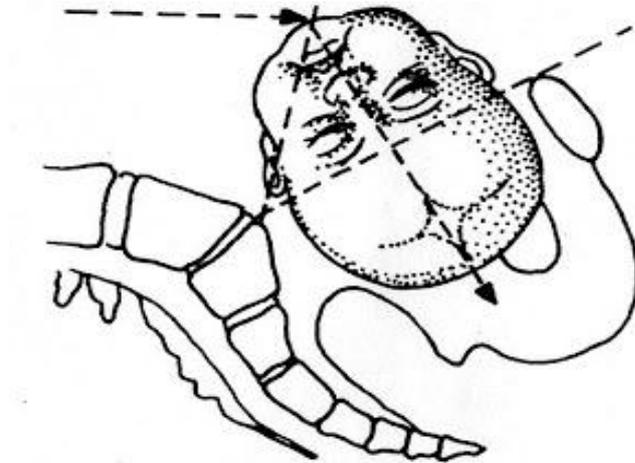
Gambar 2.10
Proses kelahiran janin (Pandangan sagital)
Sumber: Ari Sulistyawati,2010.48



Gambar 2.11
Proses kelahiran janin (pandangan vagina)
Sumber: Ari sulistyawati,2010.78

3). Jarak biparietal

Merupakan diameter melintang terbesar dari kepala janin,dipakai dalam definisi pengucing (engagement)

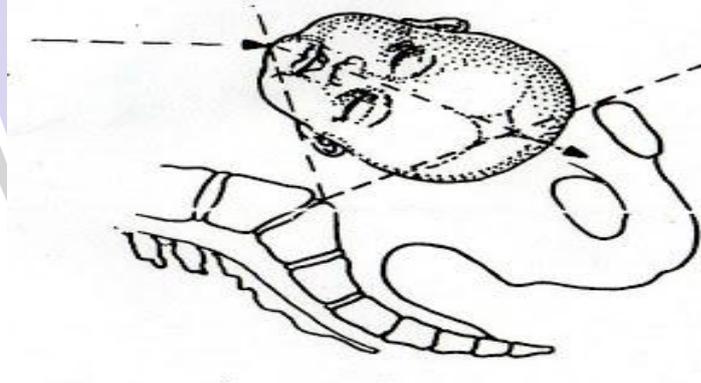


Gambar 2.12

synclitismus

Sumber :Manuaba 2010 86

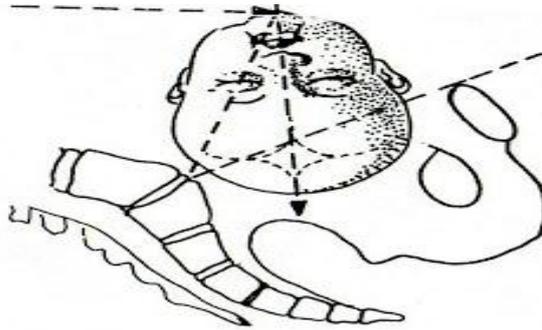
Keterangan gambar ialah bila arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang pintu atas panggul.



Gambar 2.13

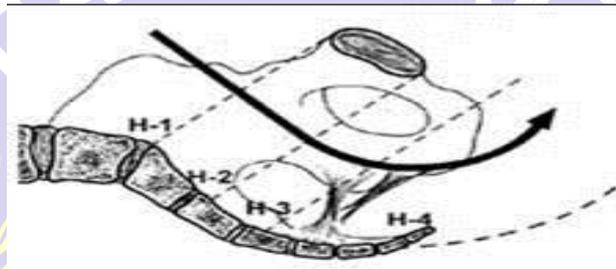
Ansinkiltimus anterior

Sumber Manuaba 2010 :67



Gambar 2.14
Ansinkiltimus Posterior
Sumber Manuaba 2010 :68

1). Bidang Bidang Panggul



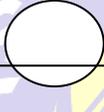
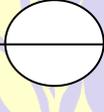
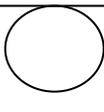
Gambar 2.15
hodge
Sumber :Marmi,2011:54

- a. Bidang hodge 1, jarak antara promontorium dan pinggir atas simfisis, sejajar dengan PAP
- b. Bidang hodge II, sejajar dengan PAP melewati pinggir bawah simfisis
- c. Bidang hodge III, sejajar dengan PAP melawati spina ischiadika
- d. Bidang hodge IV, sejajar dengan PAP melewati ujung coccygeus

2).Penurunan bagian terbawah janin

Berikut ini metode lima jari (perlimaan) menurut (Marmi, 2011: 87)

Tabel 2.6
Sistem Perlimaan

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 : Marmi, 2011. :87

E. Kebutuhan Dalam Persalinan

a. Kebutuhan Fisik

Selama persalinan, ibu sangat membutuhkan pemenuhan kebutuhan dasar, yang dimaksud kebutuhan dasar adalah kebutuhan yang sangat penting dan mutlak untuk dipenuhi selama proses persalinan

1. pasien akan makan sesuai dengan keinginannya, namun ketika masuk dalam persalinan fase aktif biasanya ia hanya menginginkan cairan. Aturan apa yang boleh dimakan atau diminum antara dirumah sakit dan dirumah ibu sendiri sangatlah berbeda. Termasuk apakah boleh untuk minum atau makan sama sekali dalam proses persalinan, karena ad sebagian pasien yang enggan untuk makan dan minum khawatir jika akan muncul dorongan untuk buang air besar atau buang air kecil. Penatalaksanaan paling tepat dan bijaksana yang dapat dilakukan oleh bidan adalah melihat situasi ibu artinya intake cairan dan nutrisi tetap dipertimbangkan untuk diberikan dengan konsistensi dan jumlah yang logis dan sesuai dengan kondisi pasien. (Sulistyawati, 2010 :57)

2. Posisi

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

diambil antara lain (miring, lutut dada, tangan lutut, duduk, berdiri, berjalan, dan jongkok).

3. Eliminasi

1) Buang air kecil (BAK)

Selama proses persalinan, ibu akan mengalami poliuri sehingga penting untuk difasilitasi agar kebutuhan eliminasi dapat terpenuhi. Jika pasien masih berada dalam awal kala 1, ambulansi dengan berjalan seperti aktivitas jalan ketoilet akan membantu penurunan kepala janin. Hal ini merupakan keuntungan tersendiri untuk kemajuan persalinan.

2) Buang air besar (BAB)

Ibu akan merasa sangat tidak nyaman ketika merasakan dorongan untuk BAB. Namun rasa khawatir kadang lebih mendominasi dari pada perasaan tidak nyaman, hal ini terjadi karena ibu tidak tahu mengenai caranya serta khawatir akan respon orang lain terhadap kebutuhan dirinya. Dalam kondisi ini penting bagi keluarga serta bidan untuk menunjukkan respons yang positif dalam hal kesiapan untuk memberikan bantuan dan meyakinkan pasien bahwa ia tidak perlu merasa risih atau sungkan untuk melakukannya. Jika upaya ini tidak dilakukan, maka efek yang dirasakan adalah ia akan merasa rendah diri dan tidak percaya kepada orang lain serta akan

memengaruhi semangatnya untuk menyelesaikan proses persalinan.

4. Personal hygiene

Sebagian ibu yang akan menjalani proses persalinan tidak begitu menganggap kebersihan tubuh adalah suatu kebutuhan, karena ia lebih fokus terhadap rasa sakit akibat his terutama pada primipara. Namun bagi sebagian yang lain akan merasa tidak nyaman atau risih jika kondisi tubuhnya kotor dan berbau akibat keringat berlebih selama persalinan. Tanpa mempertimbangkan apakah kebersihan tubuh ia anggap kebutuhan atau tidak, bidan atau pendamping sebaiknya tetap memperhatikan kebersihan tubuh ibu. Selain rasa nyaman jika tubuhnya dalam keadaan bersih perhatian dari pasien member pelayanan akan menimbulkan perasaan positif bagi pasien dan rasa dihargai.

5. Istirahat

Istirahat sangat penting untuk pasien karena akan membuat rileks. Diawal persalinan sebaiknya anjurkan pasien untuk istirahat yang cukup sebagai persiapan untuk menghadapi proses persalinan yang panjang, terutama pada primipara. Jika pasien benar-benar tidak dapat tidur terlelep karena sudah mulai merasakan his, minimal upayakan untuk berbaring ditempat tidur dalam posisi miring ke kiri untuk beberapa waktu. (manuaba 2010:51)

6. Kehadiran pendamping

Kehadiran seorang yang penting dan dapat dipercaya sangat dibutuhkan oleh pasien yang akan menjalani proses bersalin. Individu ini tidak selalu suami atau keluarga, jika diawal pertemuan bidan sudah dapat “memikat hati” ibu, maka hal ini merupakan suatu hal yang sangat istimewa bagi ibu dan akhirnya ia akan menjadikan bidan sebagai orang yang paling ia percaya dalam proses persalinan(Marmi2015:77).

7. Bebas dari nyeri

Setiap pasien yang bersalin selalu menginginkan terbebas dari rasa nyeri akibat his. Hal yang perlu ditekankan pada pasien adalah bahwa tanpa adanya rasa nyeri maka persalihan tidak akan mengalami kemajuan, karena salah satu tanda persalinan adalah adanya his yang kan menimbulkan rasa sakit. Beberapa upaya yang dapat ditempuh untuk mengurangi rasa sakit seperti mandi dengan air hangat, berjalan-jalan didalam kamar, duduk dikursi sambil membaca buku, posisi lutut dada diatas tempat tidur, dan sebagainya.(Sulistyawati,2010:112)

b. Kebutuhan Psikologis

1. Kebutuhan rasa nyaman disebut juga “*safety needs*”. Rasa aman dalam bentuk lingkungan psikologis yaitu terbebas dari gangguan dan ancaman serta permasalahan yang dapat mengganggu ketenangan hidup seseorang.

2. Kebutuhan akan rasa cinta dan memiliki atau kebutuhan social.

Disebut juga dengan “*love and belonging next needs*”

3. Kebutuhan harga diri. Disebut juga dengan “*self esteem needs*”.

Setiap manusia membutuhkan pengakuan secara layak atas keberadaan bagi orang lain. Hak dan martabatnya sebagai manusia tidak dilecehkan. (Mahrisah, 2012:64).

F. Sectio Caesarea

1. Pengertian

Sectio caesarea adalah suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 500 gr, melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh (intact) (Syarifuddin, 2007,45)

Bedah sesar adalah sebuah bentuk melahirkan anak dengan melakukan sebuah irisan pembedahan yang menembus abdomen seorang ibu dan uterus untuk mengeluarkan satu bayi atau lebih. Cara ini biasanya dilakukan ketika kelahiran melalui vagina akan mengarah pada komplikasi-komplikasi, kendati cara ini semakin umum sebagai pengganti kelahiran normal (Dewi, 2007:21).

Dapat disimpulkan bahwa sectio caesarea adalah pengeluaran hasil konsepsi dengan cara pembedahan yang menembus abdomen sampai ke uterus.

2. Indikasi

Berdasarkan waktu dan pentingnya dilakukan sectio caesarea, maka dikelompokkan 4 kategori (Edmonds, 2007) :

a. Kategori 1 atau emergency

Dilakukan sesegera mungkin untuk menyelamatkan ibu atau janin. Contohnya abrupsi plasenta, atau penyakit parah janin lainnya.

b. Kategori 2 atau urgent

Dilakukan segera karena adanya penyulit namun tidak terlalu mengancam jiwa ibu ataupun janinnya. Contohnya distosia.

c. Kategori 3 atau scheduled

Tidak terdapat penyulit.

d. Kategori 4 atau elective

Dilakukan sesuai keinginan dan kesiapan tim operasi.

Menurut Impey dan Child (2008:125), mengelompokkan 2 kategori, yaitu emergency dan elective Caesarean section. Disebut emergency apabila adanya abnormalitas pada power atau tidak adekuatnya kontraksi uterus. Passage bila malaposisi ataupun malapresentasi. Serta Passage bila ukuran panggul sempit atau adanya kelainan anatomi.

a. Indikasi Ibu

- 1) Panggul Sempit Absolut
- 2) Tumor yang dapat mengakibatkan Obstruksi
- 3) Plasenta Previa
- 4) Ruptura Uteri
- 5) Disfungsi Uterus
- 6) Solutio Plasenta

b. Indikasi Janin

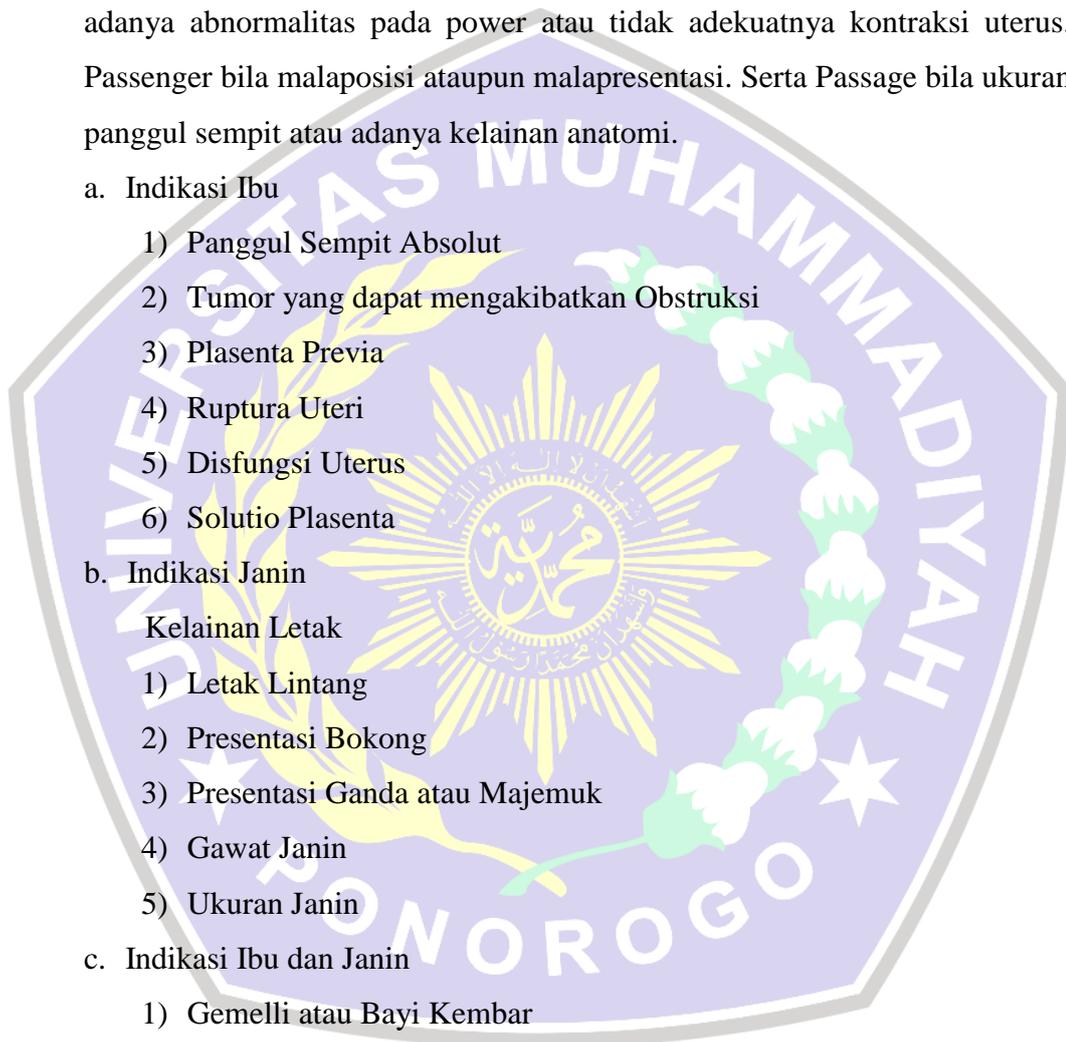
Kelainan Letak

- 1) Letak Lintang
- 2) Presentasi Bokong
- 3) Presentasi Ganda atau Majemuk
- 4) Gawat Janin
- 5) Ukuran Janin

c. Indikasi Ibu dan Janin

- 1) Gemelli atau Bayi Kembar
- 2) Riwayat Sectio Caesarea
- 3) Preeklampsia dan Eklampsia

d. Indikasi Sosial



3. Komplikasi

Kemungkinan komplikasi dilakukannya pembedahan SC menurut Wiknjosastro (2007:68)

a. Infeksi puerperal

Komplikasi yang bersifat ringan seperti kenaikan suhu tubuh selama beberapa hari dalam masa nifas yang bersifat berat seperti peritonitis, sepsis.

b. Perdarahan

Perdarahan banyak bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang arteria uterine ikut terbuka atau karena atonia uteri.

c. Komplikasi lain seperti luka kandung kemih, kurang kuatnya jaringan parut pada dinding uterus sehingga bisa terjadi ruptur uteri pada kehamilan berikutnya

4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang diberikan pada pasien Post SC diantaranya:

a. Penatalaksanaan secara medis

- 1) Analgesik diberikan setiap 3 – 4 jam atau bila diperlukan seperti Asam Mefenamat, Ketorolak, Tramadol.
- 2) Pemberian tranfusi darah bila terjadi perdarahan partum yang hebat.
- 3) Pemberian antibiotik seperti Cefotaxim, Ceftriaxon dan lain-lain. Walaupun pemberian antibiotika sesudah Sectio Caesaria efektif dapat dipersoalkan, namun pada umumnya pemberiannya dianjurkan.
- 4) Pemberian cairan parenteral seperti Ringer Laktat dan NaCl.

b. Penatalaksanaan secara keperawatan

- 1) Periksa dan catat tanda – tanda vital setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan 30 menit pada 4 jam kemudian.
- 2) Perdarahan dan urin harus dipantau secara ketat
- 3) Mobilisasi

- a) Pada hari pertama setelah operasi penderita harus turun dari tempat tidur dengan dibantu paling sedikit 2 kali.
 - b) Pada hari kedua penderita sudah dapat berjalan ke kamar mandi dengan bantuan.
- 4) Pemulangan
- Jika tidak terdapat komplikasi penderita dapat dipulangkan pada hari kelima setelah operasi (Bobak, 2008:91)



2.1.3 Konsep Dasar Masa nifas

A.Pengertian masa nifas

Masa nifas atau bisa juga disebut dengan puerperium secara tradisional didefinisikan sebagai periode 6 minggu segera setelah lahirnya bayi dan mencerminkan periode saat fisiologis ibu, terutama sistem reproduksi kembali mendekati mendekati keadaan sebelum hamil, (Marmi 2006 :87)

Sedangkan menurut Sharon j ,2011 :80 yang di tuliskan didalam buku keperawatan maternitas untuk pengertian masa nifas sendiri atau nama lain dari masa nifas yaitu perperium (peur yang mempunyai arti seorang anak sedangkan parare itu sendiri kembali seperti semula) yaitu merujuk kepada masa 6 minggu antara terminasi persalinan dan kembalinya organ reproduksi ke kondisi sebelumnya atau skondisi dimana seorang wanita sebelum hamil.

Menurut varney H.2007:958 menyatakan bahwa periode postpartum atau masa nifas adalah masa dari kelahiran plasenta dan selaput janin (menandakan akhir dari periode inpartu)hingga kembalinya traktus reproduksi wanita pada kondisi semula atau kembalinya kondisi wanita sebelum hamil.

B.Tahapan masa nifas

1. Peurperium dini

Kepulihan etika ibu sudah diperbolehkan berdiri maupun untuk berjalan dan juga didalam agama islam pada masa ini dianggap telah bersih dan juga boleh bekerja setelah 40 hari.

2. Puerperium intermedial

Kepulihan menyeluruh alat alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu

3. Remote puerperium

Remote puerperium adalah waktu yang di perlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulan atau tahunan.

(Intan kumalasari 2015:106)

C. Proses dan Adaptasi Psikologi Ibu Masa Nifas

1. Adaptasi psikologi ibu nifas

Menurut Ambarwati dan Wulandari (2009: 88), adaptasi psikologi ibu masa nifas terdiri tiga fase yaitu:

1) Fase *taking in* yaitu periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. pada saat itu, fokus perhatian ibu pada dirinya sendiri. Pengalaman setelah persalinan sering diceritakan berulang-ulang.

2) Fase *taking hold* yaitu periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu merasa khawatir akan ketidak mampuannya dan tanggung jawab dalam

merawat bayi, ibu memiliki rasa sensitif sehingga ibu mudah tersinggung.

3) Fase *letting go* yaitu fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan, ibu sudah dapat menyesuaikan diri. Merawat diri dan bayinya, serta kepercayaan diri sudah meningkat.

2. Proses Masa Nifas

Menurut Sitti Saleha, 2009: 2, secara garis besar terdapat 3 proses penting masa nifas, yaitu sebagai berikut.

1) Pengecilan rahim atau involusi

Rahim adalah organ tubuh yang spesifik dan unik karena dapat mengecil serta membesar dengan menambah atau mengurangi jumlah selnya. Bentuk otot rahim mirip jala berlapis 3 dengan serat-seratnya, yang melintang kanan, kiri dan transversal. Di antara otot-otot itu ada pembuluh darah yang mengalirkan darah ke plasenta. Setelah plasenta lepas, otot rahim akan berkontraksi atau mengerut, sehingga pembuluh darah terjepit dan pendarahan berhenti. Setelah bayi lahir, umumnya berat rahim menjadi sekitar 1.000 gram dan dapat diraba kira-kira setinggi 2 jari di bawah umbilikus. Setelah satu minggu kemudian beratnya berkurang jadi sekitar 500 gram. Sekitar 2 minggu beratnya sekitar 300 gram dan tidak dapat di raba lagi. Jadi, secara alamiah rahim akan

kembali mengecil perlahan-lahan kebentuknya semula. Setelah 6 minggu beratnya sudah sekitar 40-60 gram. Pada saat ini di anggap bahwa masa nifas sudah selesai. Namun sebenarnya rahim akan kembali ke posisi yang normal dengan berat 30 gram dalam waktu 3 bulan, ini bukan hanya rahim saja yang kembali normal, tapi juga kondisi tubuh ibu secara keseluruhan.

2) Kekentalan darah (Homekonsentrasi) 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 normalnya sebesar 11-12 gr%. Jika hemoglobinnya terlalu rendah, maka bisa jadi anemia atau kekurangan darah. Oleh karena itu, selama hamil ibu perlu di beri obat-obatan penambah darah, sehingga sel-sel darahnya bertambah dan konsentrasi darah atau hemoglobinnya normal atau tidak terlalu rendah. Setelah melahirkan, sistem sirkulasi darah ibu akan kembali seperti semula. Darah kembali mengental, dimana kadar perbandingan sel darah dan cairan darah kembali normal. Umumnya hal ini terjadi pada hari ke-3 sampai hari ke 15 pasca persalinan.

3) Proses laktasi atau menyusui

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

D. perubahan fisiologi masa nifas

1. Perubahan sistem reproduksi

Menurut Intan Kumalasari didalam bukunya yang berjudul perawatan antenatal,intranatal,posnatal,bbl dan kb 2015:156

a. Involusi uterus

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses yakni dimana uterus akan kembali ke kondisi semula sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram dan proses ini dimulai segera pascadelah kondisi dimana plasenta telah lahir akibat kontraksi otot polos uterus

involusi uteri ari luar dapat diamati dengan memeriksa tinggi fundus uteri sebagai berikut

1) segera setelah persalinan tinggi fundus uteri 2 cm dibawah pusat 12 jm kemudian kembali lagi 1 cm diatas pusat dan menurun kira kira 1 cm setiap hari.

2) Pada hari kedua setelah persalinan tinggi fundus uteri 1 cm dibawah pusat dan pada hari ke 3 sampai hari ke 4 tinggi fundus uteri 2 cm dibawah pusat.

3) Pada hari ke 5 sampai ke 7 tinggi fundus uteri setengah pusat simfisis dan pada hari selanjutnya atau sekitar pada hari yang ke10 tinggi fundus uteri sudah tidak teraba lagi.(Saleha 2009:41)

b. Afterpains

Pada primipara,tonus iterus meningkat sehingga undus pada umumnya tetap kencang,relaksasi dan kotraksi yang periodik serig dialami multipara dan bisamenimbulkan nyeri yang bertahan setelah ibu melahirkan.

c. Lochea

Lochea adalah sekresi cairan rahimselama masa nifas,luchea ini mengandung darah dan sisa jaringan

desidua yang nekrotik dalam uterus, sedangkan lucheas sendiri ada beberapa jenisnya sebagai berikut.

- 1) Lucheas rubra : lucheas ini muncul pada hari 1 sampai ke 4 masa nifas dan berwarna merah karena berisi darah segar jaringan-jaringan sisa plasenta
- 2) Lucheas sanguinolenta : cairan berwarna merah kecoklatan dan berlendir berlangsung hari ke 4 sampai ke 7
- 3) Lucheas serosa : berwarna kuning kecoklatan muncul hari ke 7 sampai 14
- 4) Lucheas alba : mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, dll dan berlangsung selama 2 sampai 6 minggu (Intan Kumalasari 2015:98)

d. Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama dengan uterus sedangkan warna serviks sendiri berwarna merah kehitaman karena pembuluh darah. Sedangkan konsistensinya lunak kadang-kadang terdapat laserasi oleh karena itu robekan kecil terjadi sebelum dilatasi serviks tidak pernah kembali pada keadaan sebelum hamil. (Rukiyah 2010:75)

e. Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6-8 minggu postpartum, penurunan postpartum berperan dalam penapisan mukosa vagina dan hilangnya rugae.rugae akan terlihat kembalipada sekitar minggu ke 4

2. Perubahan sistem pencernaan

Biasanya ibu mengalami obstipasi setelah persalinan atau setelah melahirkan anak.hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan colon menjadi kosong dan juga pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan yang bisa menjadikan ibu dehidrasi,kurang makan ,hemoroid,lasersi jalan lahir.Supaya buang air besar kembali teratur dapat diberikan diet atau ibu dianjurkan diberikan makan makanan yang berserat dan juga pemberian cairan yang cukup.Bila usaha ini tidak berhasil dalam waktu 2 sampai 3 hari dapat ditolong dengan pemberian huknah atau gliserin spuit atau diberikan obat laksan yang lain.(Trisnawati 2012:87)

3. Perubahan sistem perkemihan

Hendaknya buang air kecil dapat dilakukan sendiri secepatnya kadang kadang puerperium mengalami sulit buang air kecil

karena sfingter uretra ditekan oleh kepala janin dan spesme oleh iritasi muskulus sphinter ani selama persalinan juga oleh karena adanya odema kandung kemih yang terjadi selama persalinan selain itu juga oleh sering terjainya edema pada anndung kemih yang terjadi pada persalinan.kadang kadang odema dari trigonium menimbulkan obstruksi dari utera sehingga sering terjadi retensio urine.kandung kemih dalah puerperium sangat kurang sensitiv dan kapasitasnya bertambah sehingga kandung kemih penuh sesudah buang air kecil masih tertinggal urie residual. Sisa urine dan trauma pada kandung kemih waktu persalinan memudahkan untuk terjadinya infeksi.dilatasi leter dan pyelum normal kembali dalam waktu 2 minggu,urine biasanya berlebihan antara hari ke 2 dan hari ke 5 hal ini disebabkan karena kelebihan cairan sebagai akibat retensi air dalam kehamilan dan sekarang dikeluarkan terkaddang hematuri akibat proses katalik involusi.(Rukiyah 2012:89)

3. Perubahan sistem musculsekuler

Ligamen,fasia dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalina setelah bayi ahir secara berangsur angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi karena ligamen rotundom menjadi kendor.stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelahpersalinan sebagai akibat putusnya serat

serat elastis kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada saat hamil dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu dan pemulihannya dibantu dengan latihan yaitu seperti senam nifas (Mansyur 2014:78)

4. Perubahan sistem endokrin

Menurut Mansyur 2014:80 ada beberapa bagian yaitu

a. Hormon plasenta

Selama periode pasca partum terjadi perubahan hormon yang sangat besar, pengeluaran plasenta menyebabkan penurunan signifikan hormon-hormon yang diproduksi oleh plasenta, dan menyebabkan hormon-hormon plasenta tersebut menurun dengan sangat cepat setelah persalinan. Penurunan hormon human placenta lactogen, estrogen dan progesteron serta plasenta enzim insulin dapat membaik efek diabetogenik kehamilan sehingga dapat menyebabkan kadar gula darah menurun secara bermakna pada saat masa nifas, sedangkan pada ibu diabetik biasanya memerlukan insulin dalam jumlah jauh lebih kecil selama beberapa hari karena perubahan hormon normal ini membuat masa nifas menjadi suatu periode transisi untuk metabolisme karbohidrat, interpretasi tes toleransi glukosa lebih sulit pada saat ini.

b. Hormon pituitary

Prolaktin darah meningkat dengan cepat pada wanita yang tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu, hormon FSH dan LH meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke 3 dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi

c. Hormon oksitosin

Oksitosin dikeluarkan dari kelenjar bawah otak bagian belakang, bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara selama tahap ketiga persalinan atau kala tiga persalinan oksitosin menyebabkan pemisahan plasenta kemudian uterusnya bertindak atas otot yang menahan kontraksi mengurangi tempat plasenta dan mencegah perdarahan sedangkan pada wanita yang memilih menyusui bayinya isapan sang bayi merangsang pengeluaran oksitosin dan ini membantu uterus kembali normal

d. Hipotalamik pituitary ovarium

Untuk wanita yang menyusui dan yang tidak menyusui akan mempengaruhi lamanya untuk mendapatkan menstruasi, sering kali menstruasi pertama ibu bersifat anovulasi yang dikarenakan rendahnya kadar estrogen dan progesteron diantara wanita laktasi sekitar 15% memperoleh menstruasi selama 6 minggu dan 45% setelah 12 minggu, diantara wanita yang tidak laktasi 40% menstruasi setelah 6

minggu dan 65 % setelah 12 minggu dan 90 % setelah 24 minggu

e. Pemulihan Ovulasi dan Menstruasi

Pada ibu yang menyusui bayinya, ovulasi jarang sekali terjadi sebelum 20 minggu, dan tidak terjadi diatas 28 minggu pada ibu yang melanjutkan menyusui untuk 6 bulan. Pada ibu yang tidak menyusui ovulasi dan menstruasi biasanya mulai antara 7-10 minggu.

f. Perubahan Tanda-tanda Vital

Tekanan darah seharusnya stabil dalam kondisi normal. Temperatur kembali ke normal dari sedikit peningkatan selama periode intrapartum dan menjadi stabil dalam 24 jam pertama postpartum. Nadi dalam keadaan normal kecuali partus lama dan persalinan sulit.(Trisnawati 2012:92).

g. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Cardiac output meningkat selama persalinan dan peningkatan lebih lanjut setelah kala III, ketika besarnya volume darah dari uterus terjepit di dalam sirkulasi. Penurunan setelah hari pertama puerperium dan kembali normal pada akhir minggu ketiga.

Meskipun terjadi penurunan deo dalam aliran darah ke organ setelah hari pertama, aliran darah ke payudara meningkat untuk mendukung laktasi. Merupakan perubahan umum yang penting keadaan normal dari sel darah merah dan putih pada akhir puerperium.

Pada beberapa hari pertama setelah kelahiran, fibrinogen, plasminogen, dan faktor pembekuan menurun cukup cepat. Akan tetapi darah lebih mampu untuk melakukan koagulasi dengan peningkatan viskositas, dan ini berakibat meningkatkan risiko trombosis. (Rukiyah 2010:85).

h. Perubahan payudara

Payudara mengalami 3 macam perubahan yang dipengaruhi hormon.

- a. Perubahan pertama ialah mulai dari masa hidup anak melalui masa pubertas, masa fertilitas, sampai ke klimakterium dan menopause. Sejak pubertas, pengaruh estrogen dan progesteron yang diproduksi ovarium dan juga hormon hipofise, telah menyebabkan duktus berkembang dan timbulnya asinus.
- b. Perubahan kedua adalah perubahan sesuai dengan daur menstruasi. Sekitar hari kedelapan menstruasi payudara jadi lebih besar dan pada beberapa hari sebelum

menstruasi berikutnya terjadi pembesaran maksimal. kadang-kadang timbul benjolan yang nyeri dan tidak rata. Selama beberapa hari menjelang menstruasi, payudara menjadi tegang dan nyeri sehingga pemeriksaan fisik, terutama palpasi, tidak mungkin dilakukan. Pada waktu itu pemeriksaan foto mammogram tidak berguna karena kontras kelenjar terlalu besar. Begitu menstruasi mulai, semuanya berkurang.

- c. Perubahan ketiga terjadi pada waktu hamil dan menyusui. Pada kehamilan, payudara menjadi besar karena epitel ductus lobul dan ductus alveolus berproliferasi, dan tumbuh ductus baru. Sekresi hormon prolaktin dari hipofisis anterior memicu (trigger) laktasi. Air susu diproduksi oleh sel-sel alveolus, mengisi asinus, kemudian dikeluarkan melalui ductus ke puting susu.

Tabel 2.7

Kunjungan masa nifas:

No	Waktu	Asuhan
I	6-8 jam	Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri.
		Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut.
		Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri.
		Pemberian ASI awal.
		Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
		Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi.

		Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik.
II	6 hari	Memastikan involusi uterus barjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilikus, tidak ada perdarahanabnormal.
		Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan.
		Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup.
		Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan.
		Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui.
		Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.
III	2 minggu	Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.
IV	6 minggu	Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas.
		Memberikan konseling KB secara dini.

Sumber :Rukiyah 2010 :87

E. Kebutuhan dasar ibu nifas

Kebutuhan dasar masa nifas antara lain sebagai berikut:

a. Gizi

Ibu nifas dianjurkan untuk:

- 1) Makan dengan diit berimbang, cukup karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral.
- 2) Mengonsumsi makanan tambahan, nutrisi 800 kalori/hari pada 6 bulan pertama, 6 bulan selanjutnya 500kalori/hari dan tahun kedua 400 kalori. Jadi jumlah kalori tersebut adalah tambahan dari kalori per harinya.

3) Mengonsumsi vitamin A 200.000 iu. Pemberian vitamin A dalam bentuk suplementasi dapat meningkatkan kualitas ASI, meningkatkan daya tahan tubuh dan meningkatkan kelangsungan hidup anak (Suherni, Hesty Widayasih, Anita Rahmawati, 2009:101).

b. Ambulasi

Ambulasi sedini mungkin sangat dianjurkan, kecuali ada kontraindikasi. Ambulasi ini akan meningkatkan sirkulasi dan mencegah risiko tromboflebitis, meningkatkan fungsi kerja peristaltik dan kandung kemih, sehingga mencegah distensi abdominal dan konstipasi. Bidan harus menjelaskan kepada ibu tentang tujuan dan manfaat ambulasi dini. Ambulasi ini dilakukan secara bertahap sesuai kekuatan ibu. Terkadang ibu nifas enggan untuk banyak bergerak karena merasa letih dan sakit. Jika keadaan tersebut tidak segera diatasi, ibu akan terancam mengalami trombosis vena. Untuk mencegah terjadinya trombosis vena, perludilakukan ambulasi dini oleh ibu nifas. Pada persalinan normal dan keadaan ibu normal, biasanya ibu diperbolehkan untuk mandi dan ke WC dengan bantuan orang lain, yaitu pada 1 atau 2 jam setelah persalinan. Sebelum waktu ini, ibu harus diminta untuk melakukan latihan menarik napas dalam serta latihan tungkai yang sederhana. Dan harus duduk serta mengayunkan tungkainya di tepi tempat tidur.

Sebaiknya, ibu nifas turun dan tempat tidur sediri mungkin setelah persalinan. Ambulasi dini dapat mengurangi kejadian komplikasi kandung kemih, konstipasi, trombosis vena puerperalis, dan emboli perinorthi. Di samping itu, ibu merasa lebih sehat dan kuat serta dapat segera merawat bayinya. Ibu harus didorong untuk berjalan dan tidak hanya duduk di tempat tidur. Pada ambulasi pertama, sebaiknya ibu dibantu karena pada saat ini biasanya ibu merasa pusing ketika pertama kali bangun setelah melahirkan. (Bahiyatun, 2009:76-77).

c. Higiene Personal Ibu

Sering membersihkan area perineum akan meningkatkan kenyamanan dan mencegah infeksi. Tindakan ini paling sering menggunakan air hangat yang dialirkan (dapat ditambah larutan antiseptik) ke atas vulva perineum setelah berkemih atau defekasi, hindari penyemprotan langsung. Ajarkan ibu untuk membersihkan sendiri. Pasien yang harus istirahat di tempat tidur (mis, hipertensi, post-seksio sesaria) harus dibantu mandi setiap hari dan mencuci daerah perineum dua kali sehari dan setiap selesai eliminasi. Setelah ibu mampu mandi sendiri (dua kali sehari), biasanya daerah perineum dicuci sendiri. Penggantian pembalut hendaknya sering dilakukan, setidaknya setelah membersihkan perineum atau setelah berkemih atau defekasi. Luka pada perineum akibat episiotomi, ruptura, atau

laserasi merupakan daerah yang tidak mudah untuk dijaga agar tetap bersih dan kering. Tindakan membersihkan vulva dapat memberi kesempatan untuk melakukan inspeksi secara seksama daerah perineum. Payudara juga harus diperhatikan kebersihannya. Jika puting terbenam, lakukan masase payudara secara perlahan dan tarik keluar secara hati - hati. Pada masa postpartum, seorang ibu akan rentan terhadap infeksi. Untuk itu, menjaga kebersihan sangat penting untuk mencegah infeksi. Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan lingkungannya. Ajari ibu cara membersihkan daerah genitalnya dengan sabun dan air bersih setiap kali setelah berkemih dan defekasi. Sebelum dan sesudah membersihkan genitalia, ia harus mencuci tangan sampai bersih. Pada waktu mencuci luka (epistotomi), ia harus mencucinya dan arah depan ke belakang dan mencuci daerah anus yang terakhir. Ibu harus mengganti pembalut sedikitnya dua kali sehari. Jika ia menyusui bayinya, anjurkan untuk menjaga kebersihan payudaranya. Alat kelamin wanita ada dua, yaitu alat kelamin luar dan dalam. Vulva adalah alat kelamin luar wanita yang terdiri dari berbagai bagian, yaitu kommissura anterior, kommissura interior, labia mayora, labia minora, klitoris, prepusium klitoris, orifisium uretra, orifisium vagina, perineum anterior, dan perineum posterior. Robekan perineum terjadi pada

semua persalinan, dan biasanya robekan terjadi di garis tengah dan dapat meluas apabila kepala janin lahir terlalu cepat. Perineum yang dilalui bayi biasanya mengalami peregangan, lebam, dan trauma. Rasa sakit pada perineum semakin parah jika perineum robek atau disayat pisau bedah. Seperti semua luka baru, area episiotomi atau luka sayatan membutuhkan waktu untuk sembuh, yaitu 7 hingga 10 hari. Infeksi dapat terjadi, tetapi sangat kecil kemungkinannya jika luka perineum dirawat dengan baik. Selama di rumah sakit, dokter akan memeriksa perineum setidaknya sekali sehari untuk memastikan tidak terjadi peradangan atau tanda infeksi lainnya. Dokter juga akan memberi instruksi cara menjaga kebersihan perineum pascapersalinan untuk mencegah infeksi.

Perawatan perineum 10 hari :

- 1) Ganti pembalut wanita yang bersih setiap 4-5 jam. Posisikan pembalut dengan baik sehingga tidak bergeser.
- 2) Lepaskan pembalut dari arah depan ke belakang untuk menghindari penyebaran bakteri dan anus ke vagina.
- 3) Alirkan atau bilas dengan air hangat atau cairan antiseptic pada area perineum setelah defekasi. Keringkan dengan kain pembalut atau handuk dengan cara ditepuk – tepuk dari arah depan ke belakang.
- 4) Jangan dipegang sampai area tersebut pulih.

- 5) Rasa gatal pada area sekitar jahitan adalah normal dan merupakan tanda penyembuhan. Namun, untuk meredakan rasa tidak enak, atasi dengan mandi berendam air hangat atau kompres dingin dengan kain pembalut yang telah didinginkan.
- 6) Berbaring miring, hindari berdiri atau duduk lama untuk mengurangi tekanan pada daerah tersebut.
- 7) Lakukan latihan Kegel sesering mungkin guna merangsang peredaran darah di sekitar perineum. Dengan demikian, akan mempercepat penyembuhan dan memperbaiki fungsi otot - otot. Tidak perlu terkejut bila tidak merasakan apa pun saat pertama kali berlatih karena area tersebut akan kebal setelah persalinan dan pulih secara bertahap dalam beberapa minggu.

(Bahiyatun, 2009:77-78).

d. Istirahat dan tidur

Anjurkan ibu untuk :

- 1) Istirahat yang cukup untuk mengurangi kelelahan.
- 2) Tidur siang atau istirahat selagi bayi tidur.
- 3) Kembali ke kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan.

Mengatur kegiatan rumahnya sehingga dapat menyediakan waktu untuk istirahat pada siang kira-kira 2 jam dan malam 7-8 jam. Kurang istirahat pada ibu nifas dapat berakibat:

- 1) Mengurangi jumlah ASI.
- 2) Memperlambat *involusi*, yang akhirnya bisa menyebabkan perdarahan.
- 3) Depresi

(Suherni, Hesty Widyasih, Anita Rahmawati, 2009:104-105).

e. Senam Nifas

Selama kehamilan dan persalinan ibu banyak mengalami perubahan fisik seperti dinding perut menjadi kendur, longgarnya liang senggama, dan otot dasar panggul. Untuk mengembalikan kepada keadaan normal dan menjaga kesehatan agar tetap prima, senam nifas sangat baik dilakukan pada ibu setelah melahirkan. Ibu tidak perlu takut untuk banyak bergerak, karena dengan ambulasi secara dini dapat membantu rahim untuk kembali ke bentuk semula. Senam nifas adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan setiap hari sampai hari yang kesepuluh, terdiri dari sederetan gerakan tubuh yang dilakukan untuk mempercepat pemulihan ibu. (Suherni, Hesty Widyasih, Anita Rahmawati, 2009:105).

f. Seksualitas masa nifas

Kebutuhan seksual sering menjadi perhatian ibu dan keluarga. Diskusikan hal ini sejak mulai hamil dan diulang pada postpartum berdasarkan budaya dan kepercayaan ibu dan keluarga. Seksualitas ibu dipengaruhi oleh derajat ruptur perineum dan penurunan hormon steroid setelah persalinan.

Keinginan seksual ibu menurun karena kadar hormon rendah, adaptasi peran baru, kelelahan (kurang istirahat dan tidur).

Penggunaan kontrasepsi (ovulasi terjadi pada kurang lebih 6 minggu) diperlukan karena kembalinya masa subur yang tidak dapat diprediksi. Menstruasi ibu terjadi pada kurang lebih 9 minggu pada ibu tidak menyusui dan kurang lebih 30-36 minggu atau 4-18 bulan pada ibu yang menyusui. Hal-hal yang mempengaruhi seksual pada masa nifas, yaitu:

- 1) Intensitas respons seksual berkurang karena perubahan faal tubuh. Tubuh menjadi tidak atau belum sensitif seperti semula.
- 2) Rasa lelah akibat mengurus bayi mengalahkan minat untuk bernesraan.
- 3) Bounding dengan bayi mengurus semua cinta kasih, sehingga waktu tidak tersisa untuk pasangan.
- 4) Kehadiran bayi di kamar yang sama membuat ibu secara psikologis tidak nyaman berhubungan intim.

- 5) Pada minggu pertama setelah persalinan, hormon estrogen menurun yang mempengaruhi sel - sel penyekresi cairan pelumas vagina alamiah yang berkurang. Hal ini menimbulkan rasa sakit bila berhubungan seksual. Untuk itu, diperlukan pelumas atau rubrikan.
- 6) Ibu mengalami *let down* ASI, sehingga respons terhadap orgasme yang dirasakan sebagai rangsangan seksual pada saat menyusui. Respons fisiologis ini dapat menekan ibu, kecuali mereka memahami bahwa hal tersebut adalah normal.

Solusi untuk mengatasi masalah di atas, antara lain:

- 1) Bidan biasanya memberi batasan rutin 6 minggu pasca persalinan. Akan tetapi, jika pasangan ingin lebih cepat, konsultasikan hal ini untuk mengetahui dengan pasti jenis persalinan, kondisi perineum, luka episiotomi, dan kecepatan pemulihan sesungguhnya. Jika permintaan ditolak dokter atau bidan, pasangan hendaknya menaati dan menunggu hingga 6 minggu pasca persalinan agar tidak menyakitkan ibu secara fisik.
- 2) Ungkapkan cinta dengan cara lain, seperti dengan duduk berpelukan di depan TV menggosok punggung pasangan, dan berdansa berdua. Jika tidak lelah, dapat membantu melakukan pasangan dengan masturbasi. Jika keduanya menginginkan, dapat melakukan hubungan intim oral.

Namun, kadang tidak ada keintiman yang lebih memuaskan dari berbaring dan berpelukan.

- 3) Program kontrasepsi harus segera dilakukan sebelum hubungan seksual karena ada kemungkinan hamil kembali dalam kurun waktu kurang dan 6 minggu (kontrasepsi untuk mencegah kehamilan) (Bahiyatun, 2009:83-84).

g. Keluarga Berencana

Keluarga berencana adalah salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan dengan jalan memberi nasihat perkawinan, pengobatan kemandulan, dan penjarangan kehamilan. KB merupakan salah satu usaha membantu keluarga / individu merencanakan kehidupan berkeluarganya dengan baik, sehingga dapat mencapai keluarga berkualitas. Manfaat keluarga berencana (KB) :

1) Untuk Ibu

- a) Perbaikan kesehatan badan karena tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek.

- b) Adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak-anak, untuk istirahat, dan menikmati waktu luang, serta melakukan kegiatan - kegiatan lain.

2) Untuk anak yang dilahirkan

- a) Dapat tumbuh secara wajar karena ibu yang mengandungnya berada dalam keadaan sehat.
 - b) Sesudah lahir anak tersebut akan memperoleh perhatian, pemeliharaan, dan makanan yang cukup. Hal ini disebabkan oleh kehadiran anak tersebut yang memang diinginkan dan diharapkan.
- 3) Untuk anak yang lain
- a) Memberi kesempatan perkembangan fisiknya lebih baik karena memperoleh makanan yang cukup dan sumber yang tersedia dalam keluarga.
 - b) Perkembangan mental dan sosial lebih sempurna karena pemeliharaan yang lebih baik dan lebih banyak waktu yang diberikan oleh ibu untuk anak.
 - c) Perencanaan kesempatan pendidikan yang lebih baik karena sumber pendapatan keluarga tidak habis untuk mempertahankan hidup semata - mata.
- 4) Untuk ayah
- a) Memperbaiki kesehatan fisiknya
 - b) Memperbaiki kesehatan mental dan sosial karena kecemasan berkurang serta lebih banyak waktu luang untuk keluarganya.

Evaluasi yang perlu dilakukan bidan dalam memberi asuhan kepada ibu nifas dan rencana ber-KB, antara lain :

- (1) Ibu mengetahui pengertian KB dan manfaatnya.
- (2) Ibu dapat menyebutkan apasaja macam macam dari metode kontrasepsi untuk ibu menyusui.
- (3) Ibu dapat menyebutkan beberapa keuntungan pemakaian alat kontrasepsi.

Ibu dapat memilih / menentukan metode kontrasepsi yangdirasa cocok bagi dirinya Anita Rahmawati, 2009 :108



2.1.4 KONSEP DASAR BAYI BARU LAHIR (BBL)

1. Pengertian

Neonatus ialah bayi yang baru mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan extra uterin. Beralih dari ketergantungan mutlak pada ibu menuju kemandirian fisiologis (Rukiyah, 2010:2). Penulis menyimpulkan neonatus adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran yang memiliki masa kehidupan yang berlangsung 4 minggu dan menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin.

2. Ciri – Ciri Bayi Baru Lahir Normal

1. Berat badan 2500 – 4000 gram
2. Panjang badan 48 – 52 Cm
3. Lingkar dada 30 – 38 cm
4. Lingkar Kepala 33 – 35 cm
5. Frekuensi jantung 120 – 160 x / menit
6. Pernafasan + 60 – 80 x /menit
7. Kulit kemerah – merahan
8. Rambut lamogo tidak terlihat, rambut kepala telah sempurna
9. Kuku agak panjang dan lemas

10. Genitalia

- Perempuan
 - Labia mayora sudah menutupi labia minora
- Laki – laki
 - Testis sudah turun, skrotum sudah ada

11. Refleks hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik

12. Refleks morrow atau gerakan memeluk bila dikagetkan ada

13. Refleks menggenggam sudah baik (Intan kumalasari 2015:32)

3. Tahapan Bayi Baru Lahir

- 1) Tahap I terjadi segera setelah lahir, selama menit-menit pertama kelahiran. Pada tahap ini digunakan sistem scoring 10 apgar untuk fisik dan scoring gray untuk interaksi bayi dan ibu.
- 2) Tahap II disebut tahap transisional reaktifitas. Pada tahap II dilakukan pengkajian selama 24 jam pertama terhadap adanya perubahan perilaku. Tahap II disebut tahap transisional reaktifitas. Pada tahap II dilakukan pengkajian selama 24 jam pertama terhadap adanya perubahan perilaku.

- 3) Tahap III disebut tahap priodik, pengkajian dilakukan setelah 24 jam pertama yang meliputi pemeriksaan seluruh tubuh (Rukiyah 2010:78)

4. Fisiologi Bayi Baru Lahir

Saat lahir, BBL harus beradaptasi dari keadaan yang sangat tergantung menjadi mandiri. Banyak perubahan yang akan dialami oleh bayi yang semula berada dalam lingkungan interna ke lingkungan externa.

1. Sistem pernafasan

Ketika struktur matang, ranting paru-paru sudah bisa mengembangkan system alveoli. Selama dalam uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta dan setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi. Tekanan mekanik dari torak sewaktu melalui jalan lahir (stimulasi mekanik).

- 1) Penurunan PaO_2 dan peningkatan $PaCO_2$ merangsang kemoreseptor yang terletak disinus karotikus (stimulasi kimiawi).
- 2) Rangsangan dingin didaerah muka dan perubahan suhu di dalam uterus (stimulasi sensorik).

3) Reflex deflasi Hering Breur

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

pertama kali untuk mempertahankan tekanan alveoli, selain adanya surfaktan, juga karena adanya tarikan napas dan pengeluaran napas dengan merintih sehingga udara bisa tertahan di dalam. Cara neonatus bernapas dengan cara bernapas difragmatik dan abdominal, sedangkan untuk frekuensi dan dalamnya bernapas belum teratur. Apabila surfaktan berkurang maka alveoli akan kolaps dan paru-paru kaku, sehingga terjadi atelektasis. Dalam kondisi seperti ini (anoksi), neonatus masih dapat mempertahankan hidupnya karena adanya kelanjutan metabolisme anaerobic.

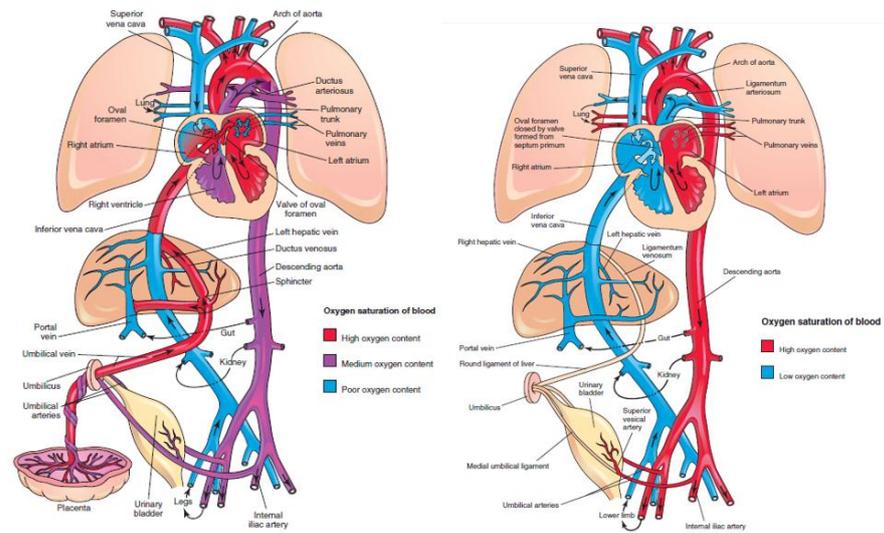
2. Peredaran darah

Pada masa fetus, peredaran darah dimulai dari plasenta melalui vena umbilikal ke hati dan sebagian lainnya langsung ke serambi kiri jantung, kemudian ke bilik kiri jantung. Dari bilik kiri darah dipompa melalui aorta ke seluruh tubuh, sedangkan yang dari bilik kanan darah dipompa sebagian ke paru-paru dan sebagian melalui duktus arteriosus ke aorta.

Setelah bayi lahir, paru-paru akan berkembang yang akan mengakibatkan tekanan arteriol dalam paru menurun yang diikuti dengan menurunnya tekanan pada jantung

kanan. Kondisi ini menyebabkan tekanan jantung kiri lebih besar dibandingkan dengan tekanan jantung kanan, dan hal tersebutlah yang membuat foramen ovale secara fungsional menutup. Hal ini terjadi pada jam-jam pertama setelah kelahiran. Oleh karena tekanan dalam paru-paru turun dan tekanan dalam aorta cenderung naik dan juga karena rangsangan biokimia (PaO_2 yang naik) serta duktus arteriosus yang berobliterasi. Hal ini terjadi pada hari pertama.

Aliran darah paru pada hari pertama kehidupan adalah 4 sampai 5 liter per menit/ m^2 dan bertambah pada hari kedua. Aliran darah sistolik pada hari pertama rendah yaitu 1,96 liter per menit/ m^2 dan bertambah pada hari kedua dan ketiga (3,54 liter/ m^2) karena penutupan duktus arteriosus. Tekanan darah pada waktu lahir dipengaruhi oleh jumlah darah yang melalui transfusi plasenta yang pada jam-jam pertama sedikit menurun, untuk kemudian naik lagi dan menjadi konstan kira-kira 85/40 mmHg (Varney 2008)



Gambar 2.16
Perubahan sirkulasi fetus dan Neonatus
Sumber Varney 2008:65

3. Suhu tubuh

Empat kemungkinan mekanisme yang dapat menyebabkan bayi baru lahir kehilangan panas tubuhnya. (Syarifudin 2009:87)

1) Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi (pemindahan panas dari tubuh bayi ke objek lain melalui kontak langsung). Sebagai contoh, konduksi bisa terjadi ketika menimbang bayi tanpa alas timbangan, memegang bayi pada saat tangan dingin, dan menggunakan stetoskop dingin untuk pemeriksaan BBL.

2) Konveksi

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

3) Radiasi

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

4) Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan yang bergantung pada kecepatan dan kelembapan udara (perpindahan panas dengan cara mengubah cairan menjadi uap). Evaporasi ini dipengaruhi oleh jumlah

panas yang dipakai,tingakt kelembapan udara,dan aliran udara yang melewati.Agar dapat mencegah terjadinya kehilangan panas pada bayi,maka lakukan hal-hal berikut:

- (1) Keringkan bayi secara seksama
- (2) Selimuti bayi dengan selimut kering dan hangat
- (3) Tutup bagian kepala bayi
- (4) Anjurkan ibi untuk memeluk dan menyusui bayi
- (5) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir
- (6) Tempatkan bayi dilingkungan yang hangat

tabel 2.8
Apgar scor

TANDA	0	1	2
Appearance (warna kulit)	<i>Blue</i> (seluruh tubuh biru atau pucat)	Body pink, limbs blue(tubuh kemerahan,ekstremitas biru)	All pink (seluru tubuh kemerahan)
Pulse(denyut jantung)	<i>Absent</i> (tidak ada)	<100	>100
Grimace (refleks)	<i>None</i> (tidak bereaksi)	Grimace (sedikit gerakan)	Cry (reaksi melawan,menangis)
Grimace (tonus otot)	<i>Limp</i> (tidak bereaksi)	Some fleksion of limbs(ekstremitas sedikit fleksi)	Active movement, limbs well flexed (gerakan aktif, ekstremitas fleksi dengan baik)
Respiratory (tonus otot)	<i>None</i> (tidak ada)	Slow, irregular (lambat,tidak teratur)	Good, strong cry (menangis kuat)

Sumber :sarifudin 2008:92)

4. Metabolisme

Luas permukaan tubuh neonatus relatif lebih luas daripada tubuh orang dewasa, sehingga metabolisme basal per kg berat badan akan lebih besar. Oleh karena itulah, BBL harus menyesuaikan diri dengan lingkungan baru sehingga energi dapat diperoleh dari metabolisme karbohidrat dan lemak.

Pada jam-jam pertama kehidupan, energi didapat dari karbohidrat. Pada hari kedua, energi berasal dari pembakaran lemak. Setelah mendapat susu, sekitar di hari keenam energi diperoleh dari lemak dan karbohidrat yang masing-masing 60 dan 40% (Marmi 2015:76).

5. Keseimbangan Air dan Fungsi Ginjal

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

- 1) Jumlah nefron masih belum sebanyak orang dewasa
- 2) Ketidak seimbangan luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal
- 3) Renal blood flow relative kurang bila dibandingkan dengan orang dewasa. (Syarifudin 2008:103)

6. Imunologi

Bayi baru lahir tidak memiliki sel plasma pada sum-sum tulang juga tidak memiliki lamina propia ilium dan apendiks. Plasenta merupakan sawar, sehingga fetus bebas dari antigen dan stress imunologis. Pada BBL hanya terdapat gamaglobulin G, sehingga imunologi dari ibu dapat berpindah melalui plasenta karena berat molekulnya kecil. Akan tetapi, bila ada infeksi yang dapat melalui plasenta (lues, toksoplasma, herpes simpleks, dan lain-lain) reaksi imunologis dapat terjadi dengan pembentukan sel plasma serta antibody gama A, G, dan M. (Marmy 2012:108)

7. Hati

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

8. Keseimbangan Asam Basa

Tingkat keasama (pH) darah pada waktu lahir umumnya rendah karena glikolisis anaerobic. Namun, dalam waktu 24 jam, neonatus telah mengompensasi asidosis ini. (Dewi, 2012:13-15).

5. Refleks Pada Bayi

1. **Refleks menghisap (sucking reflex)** Bayi akan melakukan gerakan menghisap ketika Anda menyentuhkan puting susu ke ujung mulut bayi. Refleks menghisap terjadi ketika bayi yang baru lahir secara otomatis menghisap benda yang ditempatkan di mulut mereka. Refleks menghisap memudahkan bayi yang baru lahir untuk memperoleh makanan sebelum mereka mengasosiasikan puting susu dengan makanan. Menghisap adalah refleks yang sangat penting pada bayi. Refleks ini merupakan rute bayi menuju pengenalan akan makanan. Kemampuan menghisap bayi yang baru lahir berbeda-beda. Sebagian bayi yang baru lahir menghisap dengan efisien dan bertenaga untuk memperoleh susu, sementara bayi-bayi lain tidak begitu terampil dan kelelahan bahkan sebelum mereka kenyang. Kebanyakan bayi yang baru lahir memerlukan waktu beberapa minggu untuk mengembangkan suatu gaya menghisap yang dikoordinasikan dengan cara ibu memegang bayi, cara susu keluar dari botol atau payudara, serta dengan kecepatan dan temperamen bayi waktu menghisap. Refleks menghisap

adalah suatu contoh refleks yang muncul saat lahir dan kemudian akan menghilang seiring dengan usia bayi.

2. **Refleks menggenggam (palmar grasp reflex)** Grasping Reflex adalah refleks gerakan jari-jari tangan mencengkram benda-benda yang disentuh ke bayi, indikasi syafar berkembang normal – hilang setelah 3-4 bulan Bayi akan otomatis menggenggam jari ketika Anda menyodorkan jari telunjuk kepadanya. Reflek menggenggam terjadi ketika sesuatu menyentuh telapak tangan bayi. Bayi akan merespons dengan cara menggenggamnya kuat. Pada akhir bulan ketika, refleks menggenggam berkurang dan bayi memperlihatkan suatu genggamannya yang lebih spontan, yang sering dihasilkan dari rangasangan visual. Misalnya, ketika bayi melihat suatu gerakan yang berputar diatas tempat tidurnya, ia akan meraih dan mencoba menggenggamnya. Ketika perkembangan motoriknya semakin lancar, bayi akan menggenggam benda benda, menggunakannya secara hati hati, dan mengamati benda benda tersebut.
3. **Refleks leher (tonic neck reflex)** Akan terjadi peningkatan kekuatan otot (tonus) pada lengan dan tungkai sisi ketika bayi Anda menoleh ke salah satu sisi.
4. **Refleks mencari (rooting reflex)** Rooting reflex terjadi ketika pipi bayi diusap (dibelai) atau di sentuh bagian pinggir mulutnya. Sebagai respons, bayi itu memalingkan kepalanya ke arah benda

yang menyentuhnya, dalam upaya menemukan sesuatu yang dapat dihisap. Refleks menghisap dan mencari menghilang setelah bayi berusia sekitar 3 hingga 4 bulan. Refleks digantikan dengan makan secara sukarela. Refleks menghisap dan mencari adalah upaya untuk mempertahankan hidup bagi bayi mamalia atau binatang menyusui yang baru lahir, karena dengan begitu dia dapat menemukan susu ibu untuk memperoleh makanan.

5. **Refleks moro (moro reflex)** Refleks Moro adalah suatu respon tiba tiba pada bayi yang baru lahir yang terjadi akibat suara atau gerakan yang mengejutkan. Ketika dikagetkan, bayi yang baru lahir itu melengkungkan punggungnya, melemparkan kepalanya kebelakang, dan merentangkan tangan dan kakinya. Refleks ini berbeda dengan refleks lainnya yang termasuk dalam kategori gerakan motor. Refleks moro adalah peninggalan nenek moyang primate kita dan refleks ini merupakan upaya untuk mempertahankan hidup. Refleks ini merupakan keadaan yang normal bagi semua bayi yang baru lahir, juga cenderung menghilang pada usia 3 hingga 4 bulan. Sentuhan yang lembut pada setiap bagian tubuh bayi akan menenangkan bayi yang sempat terkejut. Memegang lengan bayi yang dilenturkan pada bahu akan menenangkan bayi. Menurut para ahli, refleks moro ini termasuk reaksi emosional yang timbul dari kemauan atau kesadaran bayi dan akan hilang dengan sendirinya dalam waktu yg

singkat. Refleks moro ini timbul ketika bayi dikejutkan secara tiba-tiba atau mendengar suara yang keras. Bayi melakukan gerakan refleks dengan melengkungkan punggungnya dan mendongakkan kepalanya ke arah belakang. Bersamaan dengan gerakan tersebut, kaki dan tangan bayi digerakkan ke depan. Reaksi yang berlangsung sesaat ini pada umumnya diiringi dengan tangisan yang keras.

6. **Babinski Reflex** . Refleks primitif pada bayi berupa gerakan jari-jari mencengkram ketika bagian bawah kaki diusap, indikasi syaraf berkembang dengan normal. Hilang di usia 4 bulan.
7. **Swallowing Reflex** adalah refleks gerakan menelan benda-benda yang didekatkan ke mulut, memungkinkan bayi memasukkan makanan ada secara permainan tapi berubah sesuai pengalaman
8. **Breathing Reflex** Refleks gerakan seperti menghirup dan menghembuskan nafas secara berulang-ulang – fungsi : menyediakan O₂ dan membuang CO₂ – permanen dalam kehidupan
9. **Eyeblink Reflex** Refleks gerakan seperti menutup dan mengejapkan mata – fungsi : melindungi mata dari cahaya dan benda-benda asing – permanen dalam kehidupan Jika bayi terkena sinar atau hembusan angin, matanya akan menutup atau dia akan mengerjapkan matanya.

10. **Pupillary Reflex** Refleks gerakan menyempitkan pupil mata terhadap cahaya terang, membesarkan pupil mata terhadap lingkungan gelap. – fungsi : melindungi dari cahaya terang, menyesuaikan terhadap suasana gelap

11. **Refleks tonic neck** Disebut juga posisi menengadah, muncul pada usia satu bulan dan akan menghilang pada sekitar usia lima bulan. Saat kepala bayi digerakkan kesamping, lengan pada sisi tersebut akan lurus dan lengan yang berlawanan akan menekuk (kadang-kadang pergerakan akan sangat halus atau lemah). Jika bayi baru lahir tidak mampu untuk melakukan posisi ini atau jika reflek ini terus menetap hingga lewat usia 6 bulan, bayi dimungkinkan mengalami gangguan pada neuron motorik atas. Berdasarkan penelitian, refleks tonic neck merupakan suatu tanda awal koordinasi mata dan kepala bayi yang akan menyiapkan bayi untuk mencapai gerak sadar.

12. **Refleks tonic Labyrinthine / labirin** Pada posisi telentang, refleks ini dapat diamati dengan menggantung bayi beberapa saat lalu dilepaskan. Tungkai yang diangkat akan bertahan sesaat, kemudian jatuh. Hilang pada usia 6 bulan.

13. **Refleks merangkak (crawling)** Jika ibu atau seseorang menelungkupkan bayi baru lahir, ia membentuk posisi merangkak karena saat di dalam rahim kakinya tertekuk ke arah tubuhnya.

14. **Refleks berjalan dan melangkah (stepping)** Jika ibu atau seseorang menggendong bayi dengan posisi berdiri dantelapak kakinya menyentuh permukaan yang keras, ibu/orang tersebut akanmelihat refleks berjalan, yaitu gerakan kaki seperti melangkah ke depan. Jikatulang keringnya menyentuh sesuatu, ia akan mengangkat kakinya sepertiakan melangkahi benda tersebut. Refleks berjalan ini akan hilang dan berbedadengan gerakan berjalan normal, yang ia kuasai beberapa bulan berikutnya.Menurun setelah 1 minggu dan akan lenyap sekitar 2 bulan.

15. **Refleks yawning**, Yakni refleks seperti menjerit kalau ia merasa lapar, biasanya kemudian disertai dengan tangisan.¹³. Reflek Plantar Reflek ini juga disebut reflek plantar grasp, muncul sejak lahir danberlangsung hingga sekitar satu tahun kelahiran. Reflek plantar ini dapatdiperiksa dengan menggosokkan sesuatu di telapan kakinya, maka jari-jarikakinya akan melekok secara erat.¹⁴.

16. **Reflek Swimming** Reflek ini ditunjukkan pada saat bayi diletakkan di kolam yang berisii air, ia akan mulai mengayuh dan menendang seperti gerakan berenang.Reflek ini akan menghilang pada usia empat sampai enam bulan. Reflek ini berfungsi untuk membantu bayi bertahan jika ia tenggelam. Meskipun bayi akan mulai mengayuh dan menendang seperti berenang, namun

meletakkan bayi di air sangat berisik. Bayi akan menelan banyak air pada saat itu (Varney 2008:96)

6. Kebutuhan Bayi Baru Lahir

1. Aspek gizi

1) Pemberian ASI

Kolostrum mengandung zat kekebalan terutama untuk melindungi bayi dari berbagai penyakit infeksi terutama diare. Jumlah kolostrum yang diproduksi sangat bervariasi tergantung dari hisapan bayi pada hari-hari pertama kelahiran. Walau sedikit namun cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi. Oleh karena itu kolostrum harus diberikan pada bayi. Kolostrum mengandung protein, vitamin A yang tinggi dan mengandung karbohidrat dan lemak rendah, sehingga sesuai dengan kebutuhan gizi bayi pada hari-hari pertama kelahiran. Membantu mengeluarkan mekonium yaitu kotoran bayi yang pertama berwarna hitam kehijauan.

2) Komposisi ASI

ASI mudah dicerna, karena selain mengandung zat gizi yang sesuai, juga mengandung enzim-enzim untuk mencernakan zat-zat gizi yang terdapat dalam ASI tersebut. ASI mengandung zat-zat yang berkualitas tinggi yang berguna untuk pertumbuhan dan perkembangan kecerdasan bayi atau anak. Selain mengandung protein yang tinggi, ASI memiliki perbandingan antara Whey dan Casein yang sesuai untuk bayi. Resiko whey dan casein merupakan

salah satu keunggulan ASI dibandingkan dengan susu sapi. ASI mengandung whey lebih banyak yaitu 65:35. Komposisi ini menyebabkan protein ASI lebih mudah diserap. Sedangkan pada susu sapi mempunyai perbandingan Whey: Casein adalah 20:80, sehingga tidak mudah diserap.

2. Aspek imunologi

- 1) ASI mengandung zat anti infeksi, bersih dan bebas kontaminasi.
- 2) Immunoglobulin A (Ig.A) dalam kolostrum atau ASI kadarnya cukup tinggi. Sekretori Ig.A tidak diserap tetapi dapat melumpuhkan bakteri pathogen E.coli dan berbagai virus pada saluran pencernaan.
- 3) Laktoferin yaitu sejenis protein yang merupakan komponen zat kekebalan yang mengikat zat besi disaluran pencernaan.
- 4) Lysosim, enzim yang melindungi bayi terhadap bakteri (E.coli dan Salmonella) dan virus. Jumlah lysosim dalam ASI 300 kali lebih banyak daripada susu sapi.
- 5) Sel darah putih pada ASI pada 2 minggu pertama lebih dari 4000 sel per mil. Terdiri dari 3 macam yaitu : Bronchus-Associated Lymphocyte Tissue (BALT) antibody pernafasan, Gut Associated Lymphocyte Tissue (GALT) antibody saluran pernafasan, dan mammary Associated Lymphocyte Tissue (MALT) payudara ibu.

- 6) Factor bifidus, sejenis karbohidrat yang mengandung nitrogen, menuju pertumbuhan bakteri *Lactobacillus bifidus*. Bakteri ini menjaga keasaman flora usus bayi yang berguna untuk menghambat pertumbuhan bakteri yang merugikan.

3. Aspek psikologis

Rasa percaya diri ibu untuk menyusui: bahwa ibu mampu menyusui dengan produksi ASI yang mencukupi untuk bayinya. Menyusui dipengaruhi oleh emosi ibu dan kasih sayang terhadap bayi akan meningkatkan produksi hormone terutama oksitosin yang pada akhirnya akan meningkatkan produksi ASI.

7. Asuhan segera bayi baru lahir

Menurut Elizabeth dkk, 2015, adalah asuhan yang diberikan kepada bayi baru lahir selama satu jam pertama setelah kelahiran. Sebagian besar BBL akan menunjukkan usaha pernafasan spontan dengan sedikit bantuan/gangguan. Oleh karena itu PENTING diperhatikan dalam memberikan asuhan SEGERA, yaitu jaga bayi tetap kering dan hangat, kontak antara kulit bayi dengan ibu sesegera mungkin.

- a. Membersihkan jalan nafas.
- b. Sambil menilai pernafasan secara cepat, letakkan bayi dengan handuk di atas perut ibu. Bersihkan darah atau lendir dari wajah bayi dengan kain bersih dan kering/kassa.
- c. Periksa ulang pernafasan (Elizabeth dkk, 2015).

Tujuan utama perawatan bayi segera sesudah lahir, yaitu:

1) Pencegahan Infeksi

Bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi yang disebabkan oleh paparan atau kontaminasi mikroorganisme selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir. Sebelum menangani bayi baru lahir, penolong harus melakukan upaya pencegahan infeksi berikut:

- 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah menyentuh bayi.
- 3) Memakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan.
- 4) Memastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan, terutama klem, gunting, penghisap lendir *Del ee* dan benang tali pusat telah di disinfeksi tingkat tinggi atau steril. Gunakan bola karet yang baru dan bersih jika ingin melakukan penghisapan lendir dengan alat tersebut.
- 5) Pastikan semua pakaian, handuk, selimut dan kain yang digunakan untuk bayi, sudah dalam keadaan bersih. Demikian pula halnya timangan, pita pengukur, termometer, stetoskop dan benda lain yang akan bersentuhan dengan bayi juga bersihkan (Elizabeth dkk, 2015:32).

6) Mempertahankan Suhu Tubuh Bayi

Pada waktu baru lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya

tetap hangat. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat. Suhu bayi harus dicatat (Elizabeth dkk, 2015:35). Membersihkan Jalan Nafas Bayi normal akan menangis spontan segera setelah lahir. Apabila tidak langsung menangis, penolong segera membersihkan jalan nafas dengan cara sebagai berikut:

- 1) Letakkan bayi pada posisi terlentang ditempat yang keras dan hangat.
- 2) Gulung sepotong kain dan letakkan dibawah bahu sehingga leher bayi lebih lurus dan kepala tidak menekuk.
- 3) Bersihkan hidung, rongga mulut dan tenggorokan bayi dengan jari tangan yang dibungkus kassa steril.
- 4) Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2-3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain kering.
- 5) Alat penghisap lendir mulut atau alat penghisap lainnya yang steril, tabung oksigen dengan selangnya harus telah siap ditempat.
- 6) Segera lakukan usaha menghisap mulut atau hidung.
- 7) Petugas harus memantau dan mencatat usaha nafas yang pertama.
- 8) Warna kulit, adanya cairan atau mekonium dalam hidung atau mulut harus diperhatikan.
- 9) Bidan hendaknya melakukan resusitasi seteah 1 menit bayi tidak bernafas (Marmi 2015:54)

10) Memotong dan Merawat Tali Pusat

Tali pusat dipotong sebelum atau sesudah plasenta lahir tidak begitu menentukan dan tidak akan mempengaruhi bayi, kecuali pada bayi kurang bulan. Apabila bayi lahir tidak menangis, maka tali pusat segera dipotong untuk memudahkan melakukan tindakan resusitasi pada bayi. Tali pusat dipotong 3 cm dari dinding bayi dengan dibuat ikatan baru. Luka tali pusat dibalut kasa steril. Pembalut tersebut diganti setiap hari atau setiap kali basah atau kotor (Elizabeth dkk, 2015:38).

11) Memberi Obat Tetes atau Salep Mata

Di daerah dimana prevalensi gonorrhoe tinggi, setiap bayi baru lahir perlu diberi salep mata sesudah lima jam bayi baru lahir. Pemberian obat mata chloramphenicol 0,5% dianjurkan untuk pencegahan penyakit mata karena klamidia

12) Memberi Vitamin K

Kejadian perdarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi baru lahir dilaporkan cukup tinggi, berkisar antara 0,25-0,5%. Untuk mencegah terjadinya perdarahan tersebut, diberi vitamin K parental dengan dosis 0.5-1 mg secara IM (Elizabeth dkk, 2015:40).

13) Imunisasi

Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Imunisasi

Hepatitis B pertama diberikan 1 jam setelah pemberian Vitamin K, pada saat bayi baru berumur 2 jam (APN, 2008:47)

14. Tanda bahaya bayi baru lahir

Menurut Varney, 2007:118, segera hubungi dokter anak atau perawat praktisi anda jika:

- a. Bayi anda tampak lemah, tidak mau makan, atau bertingkah laku tidak wajar.
- b. Bayi tidak berkemih dalam 24 jam pertama.
- c. Bayi tidak defekasi dalam 48 jam pertama.
- d. Tali pusat berbau busuk atau terdapat pus yang keluar.
- e. Suhu bayi dibawah 36 derajat atau diatas 37 derajat C, diukur pada ketiak.
- f. Bagian yang berwarna putih pada mata, berubah menjadi kuning dan warna kulit juga tampak kuning, kecoklatan atau seperti buah persik.

Menurut APN, 2008, tanda-tanda bahaya bayi baru lahir. Bila ditemukan tanda bahaya berikut, rujuk bayi ke fasilitas kesehatan:

- a. Tidak dapat menyusu
- b. Kejang
- c. Mengantuk atau tidak sadar
- d. Napas cepat (>60 per menit)
- e. Merintih
- f. Retraksi dinding dada bawah

g. Sianosis sentral

15. Pelayanan Kesehatan Bagi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir mendapatkan pelayanan kesehatan dari bidan/dokter/perawat minimal tiga kali, yaitu pada:

- a. Hari pertama
- b. Hari ketiga
- c. Minggu kedua
- d. Jika belum disuntik vitamin K1, mintalah pada petugas kesehatan.
- e. Jika belum di imunisasi Hepatitis B, mintalah sebelum bayi berumur 7 hari (Buku KIA, 2009).

Tabel 2.9
Imunisasi

Umur	Jenis Imunisasi
0-7 hari	HB 0
1 bulan	BCG, Polio 1
2 bulan	DPT/HB 1, Polio 2
3 bulan	DPT/HB 2, Polio 3
4 bulan	DPT/HB 3, Polio 4
9 bulan	Campak

(Buku KIA 2009:)

2.1.5 KONSEP DASAR KELUARGA BERENCANA (KB)

1. Pengertian

Kontasepsi yaitu pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim (nina siti mulyani, mega rinawati.2013:1). Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan. Upaya yang dapat bersifat sementara, dapat pula bersifat permanen (Mega rinawati.2013:15). Kontrasepsi pascapersalinan merupakan inisiasi pemakaian metode kontrasepsi dalam waktu 6 minggu pertama pasca persalinan untuk mencegah terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan, khususnya pada 1-2 tahun pertama pascapersalinan (Mega rinawati.2013:15)

2. Macam-Macam Kontrasepsi

1. Kontrasepsi dengan alat

a. Kondom

Menurut Biran Affandi (2012:MK-17) kondom merupakan selubung/sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat hubungan seksual. kondom terbuat dari karet sintesis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti putting susu. Berbagai bahan telah ditambahkan pada

kondom baik untuk meningkatkan efektivitasnya (misalnya penambahan spermisida) maupun sebagai aksesoris aktivitas seksual.



Gambar 2.17

Kondom

Sumber :Manuaba,2009, hal:595

Macam-macam kondom:

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

Cara kerja:

Menurut Biran Affandi (2012:MK-18) cara kerja kondom adalah sebagai berikut :

- a) Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma diujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tumpah ke dalam saluran reproduksi perempuan.
- b) Mencegah penularan mikroorganisme (IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan yang lain (khusus kondom yang terbuat dari lateks dan vinil).

Keuntungan :

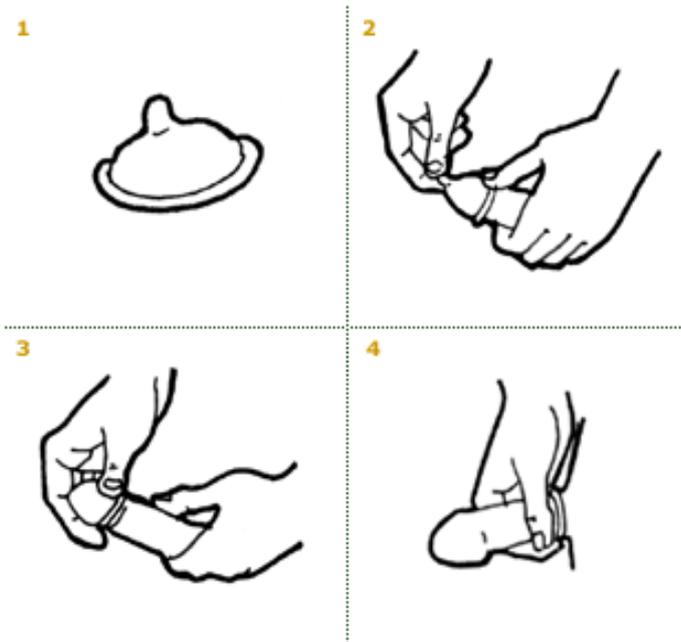
Murah, mudah didapatkan, tidak memerlukan pengawasan medis, berfungsi ganda, dan dipakai oleh kalangan yang berpendidikan.

Kerugian :

Kenikmatan terganggu, mungkin alergi terhadap karet atau jelinya yang mengandung spermisidis, dan sulit dipasarkan kepada masyarakat dengan pendidikan rendah. Kondom yang dipakai bersamaan dengan pantang berkala mempunyai keefektifitas yang makin meningkat.

Petunjuk pemakaian :

Bila kondom tidak ada ujung penampung, sisakan 1-2 cm ujung kondom untuk penampung ejakulat. Cabut penis sebelum ereksi hilang, pegang gelang kondom (bagian pangkal) agar sperma tidak tumpah. Jangan gunakan pelumas (minyak sayur, baby oil dll).



Gambar 2.18
cara pemakain kondom

Sumber : Manuaba,2010 hal:595

b. Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR)

- (9) Sangat efektif, reversible, dan jangka panjang (dapat sampai 10 tahun : CuT-380A).
- (10) Haid menjadi lebih lama dan lebih banyak
- (11) Pasangan dan pencabutan memerlukan pelatihan
- (12) Dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi.
- (13) Tidak boleh dipakai oleh perempuan yang terpapar pada infeksi menular seksual (IMS).

(Saifuddin,Abdul Bari.2006:MK-74

Macam-macam AKDR :



Gambar 2.19:

Macam-macam AKDR

Sumber :Manuaba,2010:98

Mekanisme kerja :

AKDR merupakan benda asing didalam rahim sehingga menimbulkan reaksi benda asing dengan timbunan leukosit, makrofag, dan limfosit. AKDR menimbulkan perubahan pengeluaran cairan, prostaglandin, yang menghalangi kapasitas spermatozoa. Pematatan endometrium oleh leukosit, makrofag, dan limfosit menyebabkan blastokis mungkin dirusak oleh makrofag dan blastokis tidak mampu melaksanakan nidasi. Lon cu yang dikeluarkan AKDR dengan Cupper menyebabkan gangguan gerak spermatozoa sehingga mengurangi kemampuan untuk melaksanakan konsepsi (Manuaba,2010:611)

Keuntungan :

Alat kontrasepsi dalam rahim dapat diterima masyarakat dunia, termasuk Indonesia menempati urutan ke-3 dalam pemakaian. Pemasangan tidak memerlukan medis teknis yang sulit. Kontrol medis yang ringan. Penyulit tidak terlalu berat. Pulihnya kesuburan setelah AKDR dicabut berlangsung baik (Manuaba,2010:611)

Kerugian :

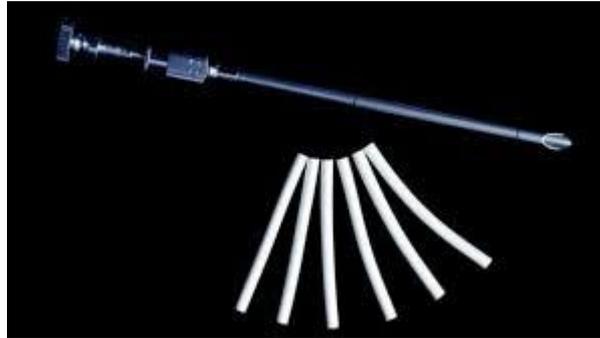
Terdapat perdarahan (spotting dan menomtrorargia). Dapat terjadi infeksi. Tali AKDR dapat menyebabkan perlukaan. Rasa tidak nyaman di perut (Manuaba,2010:611)

Efek samping :

1. Perubahan siklus haid (ummnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan).
2. Haid lebih lama dan banyak.
3. Perdarahan (spotting) antar menstruasi.
4. Saat haid lebih sedikit. (Manuaba,2010:612)

c. Implant

Kontrasepsi hormonal.Bisa berisi 6 buah (Norplant), 2 buah (Endo-plant) dan 1 buah (Implanon). *Sustained Released*.Dipasang di bawah kulit lengan atas tangan kiri (*right handed*). Progestogen (Levonorgestrel).



Gambar 2.20
Implan

Sumber Manuaba,2010:121

Cara kerja :

Mekanisme kerjanya sebagai progesterone yang dapat menghalangi pengeluaran LH sehingga tidak terjadi ovulasi, mengentalkan lender servik dan menghalangi migrasi spermatozoa, dan menyebabkan situasi endometrium tidak siap menjadi tempat nidasi. (Manuaba,2010:609).

Keuntungan :

Dipasang selama 5 tahun, control medis ringan, dapat dilayani di daerah pedesaan, penyulit medis tidak terlalu tinggi, biaya murah.

Kerugian :

Menimbulkan gangguan menstruasi, berat badan bertambah, menimbulkan acne, ketegangan payudara, liang senggama terasa kering.

d. Kb pil

Mini pil adalah tablet pil oral berisi progestin saja (Hartanto, 2004:155)



Gambar 2.21

KB Pil

Sumber Manuaba,2010.:128

Cara kerja

Menurut Biran Affandi (2012:MK-50) adalah:

- (a) Menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium
- (b) Endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit
- (c) Mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma
- (d) Mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu

Keuntungan :

Bila minum pil secara teratur maka tingkat keberhasilan bisa 100%, dapat dipakai pengobatan terhadap berbagai masalah :ketegangan menjelang menstruasi, perdarahan menstruasi yang tidak teratur, nyeri saat menstruasi, pengobatan pasangan

mandul. Pengobatan penyakit endometriti, dapat meningkatkan libido.

Kerugian :

Harus minum pil secara teratur,dalam waktu panjang dapat menekan ovarium,penyulit ringan,berat badan bertambah,tumbuh acne,memengaruhi fungsi hati dan ginjal.(Manuaba,2010:599).

e. Kontrasepsi KB suntik

KB suntik adalah g-alfa medroksi progesteron yang digunakan untuk tujuan kontrasepsi parenteral mempunyai efek progesteron yang kuat dan sangat efektif (Wiknjosastro,2007:921).

Cara kerja

Menurut Biran Affandi (2012:MK-43), cara kerja dari suntikan progestin adalah:

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

Keuntungan :

Pemberianya sederhana setiap 8 sampai 12 minggu, tingkat eektivitasnya tinggi,pengawasan medis yang ringan, tidak

mengganggu pengeluaran laktasi dan tumbuh kembang bayi, dapat diberikan pasca salin.

Kerugian :

Perdarahan yang tidak menentu, terjadi amenorea, masih terjadi kemungkinan hamil

(1) Jenis kontrasepsi Suntik

Menurut Sulistyawati (2013:66), terdapat dua jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin, yaitu :

- (a) Depo Mendroksi Progesteron (DMPA), mengandung 150 mg DMPA yang diberikan setiap tiga bulan dengan cara di suntik intramuscular (di daerah pantat).
- (b) Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat), mengandung 200 mg Noretindron Enantat, dibuang sesuaerikan setiap dua bulan dengan cara di suntik intramuscular (di daerah pantat atau bokong).
- (c) Golongan progestin dengan campuran estrogen propionat cyclo provera (cycloflem) mengandung 50 mg progesteron dan 5 mg komponen estrogen

(2) Indikasi

- 1.Usia reproduksi
- 2.Nulipara dan yang telah memiliki anak
- 3.Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai
- 4.Perokok
- 5.Setelah melahirkan dan tidak menyusui
- 6.Telah banyak anak
- 7.Setelah abortus
- 8.Sering lupa menggunakan pil progesteron
- 9.Anemia
- 10.Mendekati usia menopause

(3) Kontraindikasi

1. Hamil atau dicurigai hamil
2. Perdarahan pervaginam yang belum diketahui
3. Menderita kangker payudara
4. Diaetes militus

(Saifuddin 2010:69)

2. Kontrasepsi tidak dengan alat

a. Metode Amenore Laktasi (MAL)

MAL (Metode Amenore Laktasi) adalah kontrasepsi yang mengandalkan ASI Eksklusif, artinya ASI hanya diberikan

kepada bayinya tanpa makanan ataupun minuman tambahan hingga usia 6 bulan. Ibu yang dapat menggunakan MAL:

- (1) Ibu menyusui secara penuh (full breast feeding), dan lebih efektif bila pemberian $\geq 8x$ sehari
- (2) Ibu yang belum haid sejak pasca persalinan
- (3) Umur bayi kurang dari 6 bulan.
- (4) Harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya bila ibu sudah mendapatkan menstruasi.

Ibu yang seharusnya tidak memakai MAL

- a) Sudah mendapat haid setelah melahirkan.
- b) Tidak menyusui bayinya secara eksklusif.
- c) Usia bayi sudah lebih dari 6 bulan.
- d) Bekerja dan berpisah dari bayinya lebih dari 6 jam serta tidak memberikan ASI perah

(Nina Siti Mulyani, Mega Rinawati. 2013:29)

Efektivitas:

Risiko kehamilan tinggi bila ibu tidak menyusui bayinya secara benar. Bila dilakukan secara benar, risiko kehamilan kurang dari 1 di antara 100 ibu dalam 6 bulan setelah persalinan. Keuntungan khusus bagi kesehatan adalah mendorong pola menyusui yang benar, sehingga membawa manfaat bagi ibu dan bayi. Selain itu, ada

beberapa hal yang perlu diperhatikan agar efektivitas MAL optimal:

- a) Ibu harus menyusui secara penuh atau hampir penuh (bayi hanya sesekali diberi 1-2 teguk air/minuman pada upacara adat/agama).
 - b) Perdarahan sebelum 56 hari pascasalin dapat diabaikan (belum dianggap haid).
 - c) Bayi menghisap payudara secara langsung.
 - d) Menyusui dimulai dari setengah sampai satu jam setelah bayi lahir.
 - e) Kolostrum diberikan kepada bayi .
 - f) Pola menyusui *on demand* (menyusui setiap saat bayi membutuhkan) dan dari kedua payudara.
 - g) Sering menyusui selama 24 jam termasuk malam hari.
 - h) Hindari jarak antar menyusui lebih dari 4 jam
- (Afandi, 2012:MK-1).

Untuk mendukung keberhasilan kontrasepsi MAL maka ibu harus mengerti cara menyusui yang benar meliputi posisi, perlekatan dan menyusui secara efektif (Saifuddin, 2006:MK-5).

(5)Posisi bayi yang benar:

- a) Kepala, leher, dan tubuh bayi dalam satu garis lurus
- b) Badan bayi menghadap ke dada ibu
- c) Badan bayi melekat ke ibu

- d) Seluruh badan bayi tersangga dengan baik, tidak hanya leher dan bahu saja
- 2) Tanda bayi melekat dengan baik:
- Dagu bayi menempel pada payudara ibu
 - Mulut bayi terbuka lebar
 - Bibir bawah membuka lebar, lidah terlihat di dalamnya
 - Areola juga masuk ke mulut bayi, tidak hanya puting susu.
Areola bagian atas tampak lebih banyak/lebar
- 3) Tanda bayi menghisap dengan efektif:
- Menghisap secara mendalam dan teratur
 - Kadang diselingi istirahat
 - Hanya terdengar suara menelan
 - Tidak terdengar suara mengecap
- 4) Setelah selesai:
- Bayi melepas payudara secara spontan
 - Bayi tampak tenang dan mengantuk
 - Bayi tampak tidak berminat lagi pada ASI
- 5) Tanda bayi menghisap tidak efektif
- Menghisap dengan cepat dan dangkal
 - Mungkin terlihat lekukan ke dalam pipi bayi
 - Tidak terdengar suara menelan.

b. Senggama terputus

Senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mengalami ejakulasi. Cara kerja metode ini adalah alat kelamin pria dikeluarkan dari vagina sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina sehingga tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum dan kehamilan dapat dicegah.

Keterbatasan:

Efektivitas sangat bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan senggama terputus setiap melaksanakannya (Angka kegagalan 4-27 kehamilan per 100 perempuan per tahun). Memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual.

Indikasi :

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

Kontraindikasi :

- a) Suami dengan pengalaman ejakulasi dini.
Suami yang sulit melakukan senggama terputus.
- b) Istri yang mempunyai pasangan yang sulit bekerjasama.
- c) Pasangan yang kurang dapat saling berkomunikasi.
- d) Pasangan yang tidak bersedia melakukan senggama terputus.

(Saifuddin,2006:MK15-MK16).

c. Kontrasepsi mantap

1. Tubektomi

Tubektomi adalah prosedur bedah sukarela untuk menghentikan fertilitas (kesuburan) seorang perempuan. Jenis Minilaparotomi dan Laparoskopi

Mekanisme kerja :

yaitu dengan mengoklusi tuba falopii (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum.

Keuntungan Non kontrasepsi :

Berkurangnya resiko kanker ovarium.

Keterbatasan :

- a) Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini (tidak dapat dipulihkan kembali), kecuali dengan operasi rekanalisis.
- b) Klien dapat menyesal dikemudian hari.

- c) Resiko komplikasi kecil (meningkat apabila digunakan anastesi umum).
 - d) Rasa sakit/ketidak nyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan.
 - e) Dilakukan oleh dokter yang terlatih (dibutuhkan dokter spesialis ginekologi atau dokter spesialis beadh untuk proses laparoskopi).
 - f) Tidak melindungi diri dari IMS, termasuk HBV dan HIV/AIDS.
- a. Yang dapat menjalani tubektomi
- a) Usia > 26 tahun
 - b) Paritas > 2
 - c) Yakin telah mempunyai keluarga besar yang sesuai dengan kehendaknya.
 - d) Pada kehamilannya akan menimbulkan resiko kesehatan yang serius.
 - e) Pascapersalinan.
 - f) Pascakeguguran.
 - g) Paham dan sukarela setuju dengan prosedur ini.
- b. Yang sebaiknya tidak menjalani tubektomi.
- a) Hamil (sudah terdeteksi tau dicurigai).
 - b) Perdarahan vaginal yang belum terjelaskan (hingga harus dievaluasi).

- c) Infeksi sistemik atau pelvic yang akut (hingga masalah itu disembuhkan atau dikontrol).
- d) Tidak boleh menjalani proses pembedahan.
- e) Kurang pasti mengenai keinginannya untuk fertilitas di masa depan.
- f) Belum memberikan persetujuan tertulis.

c. Waktu dilakukan tubektomi

- 1. Satiap waktu selama siklus menstruasi apabila diyakini secara rasional klien tersebut tidak hamil.
- 2. Hari ke-6 hingga ke-13 dari siklus menstruasi (fase proliferasi)
- 3. Pascapersalinan

d. Pasca keguguran

- 1. Triwulan pertama : dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvic (minilap atau laparoskop).
- 2. Triwulan kedua : dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvic (minilap saja). (Saifuddin, 2006: MK81- MK84).

2. Vasektomi

Vasektomi adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vasa deferensia (saluran sperma) sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi (penyatuan dengan ovum) tidak terjadi.

1. Kondisi yang memerlukan perhatian khusus bagi tindakan vasektomi

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

2. Konseling, informasi, dan persetujuan tindakan medis.

1. Klien harus diberi informs bahwa prosedur vasektomi tidak mengganggu hormone pria atau menyebabkan perubahan kemampuan atau kepuasan seksual.
2. Setelah prosedur vasektomi, digunakan salah satu kontrasepsi terpilih hingga spermatozoa yang tersisa dalam vesikulaseminalis telah dikeluarkan seluruhnya secara empiric, sperma-analisis akan menunjukkan hasil negative setelah 15-20 kali ejakulasi.

3. Informasi bagi pasien

- a) Pertahankan band aid selama 3 hari.
- b) Luka yang sedang dalam penyembuhan dengan ditarik-tarik atau digaruk-garuk.

- c) Boleh mandi setelah 24 jam, asal daerah luka tidak basah. Setelah 3 hari luka boleh dicuci dengan sabun dan air.
- d) Pakailah penunjang skrotum, usahakan daerah operasi kering.
- e) Jika ada nyeri, berikan 1-2 tablet analgetik seperti parasetamol atau ibuprofen setiap 4-5 jam.
- f) Hindari mengangkat barang berat dan kerja keras untuk 3 hari.
- g) Boleh bersenggama sesudah hari ke 2-3. Namun untuk menvegah kehamilan pakailah kondom atau cara kontrasepsi lain selama 3 bulan atau sampai ejakulasi 15-20 kali.
- h) Periksa semsn 3 bulan pascavasektomi atau sesudah 15-20 kali ejakulasi.

4. Penilaian klinik

Riwayat sosiomedik yang perlu diketahui dari seorang calon akseptor vasektomimeliputi hal-hal berikut:

- (1) Riwayat operasi atau trauma pada region skrotalis atau inguinalis.
- (2) Riwayat disfungsi seksual, termasuk impotensi.
- (3) Kondisi area skrotalis (ketebalan kulit, perut atau infeksi).

(4) Temuan berupa undescensus testikularis, hidrokel/varikokel, massa intraskrotalis atau hernia inguinalis.

(5) Riwayat alergi.

(6) Adanya proteinuria atau diabetes mellitus.

5. Tempat pelayanan dan petugas pelaksana vasektomi tanpa pisau (VTP)

Tim medis VTP merupakan petugas kesehatan yang dilatih secara khusus untuk melakukan prosedur vasektomi. Di Indonesia, pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) yang memiliki tim medis VTP merupakan fasilitas kesehatan terdepan yang dapat memberikan pelayanan kontrasepsi khusus ini. Walaupun prosedur vasektomi merupakan tindakan bedah minor, ketersediaan peralatan dan medikamentosa untuk tindakan gawat darurat merupakan syarat mutlak pelayanan. (M Akses ke fasilitas kesehatan rujukan juga harus tersedia setiap saat. (Manuaba 2012:154)

6. Komplikasi

- a) saat Komplikasi dapat terjadi saat prosedur berlangsung atau beberapa setelah tindakan. Komplikasi selama prosedur dapat berupa komplikasi akibat reaksi anafilaksis yang disebabkan oleh penggunaan lidokain atau manipulasi berlebihan terhadap anyaman pembuluh darah disekitar vena deferensia.

- b) Komplikasi pasca tindakan dapat berupa hematoma skrotalis, infeksi atau abses pada testis, atrofi testis, epididimitis kongestif, atau peradangan kronik granuloma ditempat insisi. Penyulit janga panjang yang dapat mengganggu upaya pemulihan fungsi reproduksi adalah terjadinya antibody sperma.

(Saifuddin, Abdul Bari.2006:MK85-86).



2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kehamilan

i. DATA SUBJEKTIF

a. Biodata

1. Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan (Eny, 2010;131).

2. Umur

Usia seseorang dapat mempengaruhi keadaan kehamilannya. Bila wanita tersebut hamil pada masa reproduksi, kecil kemungkin untuk mengalami komplikasi dibanding wanita yang hamil dibawah ataupun diatas usia reproduksi (Marmi, 2011:107).

Adapun usia reproduksi untuk perempuan ialah 20-35 tahun. 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 (Wiknjosastro, 2005:23).

3. Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Eny, 2010;132).

4. 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).

5. Pekerjaan

Mengetahui pekerjaan klien adalah penting untuk mengetahui apakah klien berada dalam keadaan utuh dan untuk mengkaji potensi premature dan pajanan terhadap bahaya lingkungan kerja, yang dapat merusak janin (Marmi, 2011:155). Pekerjaan rutin (pekerjaan rumah tangga) dapat dilaksanakan. Bekerja sesuai dengan kemampuan, dan makin dikurangi dengan semakin tua kehamilan (Manuaba, 2010: 117).

6. Penghasilan

Penghasilan yang terbatas sehingga kelangsungan kehamilan dapat menimbulkan berbagai masalah kebidanan (Manuaba, 2010:235).

7. Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Eny, 2010:132).

b. Keluhan Utama

Menurut Varney, Kriebs dan Geger (2007: 540-543), keluhan ringan ringan pada kehamilan adalah edema dependen, varises, nokturia, konstipasi, sesak nafas, nyeri ulu hati, kram tungkai, nyeri punggung bawah. Pada ibu hamil trimester III, keluhan-keluhan yang sering dijumpai yaitu:

1. Edema Dependen

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

2. 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 kava inferior.

3. Konstipasi

Konstipasi diduga terjadi akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron. Pergeseran dan tekanan yang terjadi pada usus akibat pembesaran uterus atau bagian presentasi juga dapat menyebabkan konstipasi.

4. Hemoroid

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

5. Kram Tungkai

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

6. Sesak nafas

Sesak napas merupakan ketidaknyamanan terbesar, yang dialami pada trimester ke tiga. Selama periode ini, uterus telah mengalami pembesaran hingga terjadi penekanan diafragma. Selain itu diafragma akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan.

7. Nyeri punggung bawah

Nyeri punggung bawah merupakan nyeri punggung yang terjadi pada area lumbosakral. Nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi dan postur tubuhnya. Perubahan-perubahan ini disebabkan oleh berat uterus yang semakin membesar.

8. Varises

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

selaman kehamilan paling menonjol pada area kaki dan/atau vulva.

9. Kecemasan menghadapi persalinan

Sejumlah kecemasan muncul pada trimester ke tiga.

Wanita akan merasakan kecemasan berlebih dengan kehidupannya dan bayinya, seperti apakah nanti bayinya akan abnormal, terkait dengan persalinan (nyeri, kehilangan kendali, dan hal yang tidak diketahui), apakah ia nanti mampu bersalin dengan normal, apakah ia bisa merawat bayinya, ia juga merasa canggung, jelek, berantakan. Dalam hal ini ibu sangat memerlukan dukungan yang sangat besar dari pasangannya.

c. Riwayat Kesehatan

1) Penyakit yang pernah dialami (yang lalu)

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

(e) Diabetes militus-tergantung insulin (IDDM)

Wanita *Insulin-Dependent Diabetes Mellitus (IDDM)* dapat meningkatkan insiden hipertensi, preeklamsi yang akan memperburuk perjalanan persalinan. Janin berisiko tinggi mengalami kelainan kongenital dan mungkin memiliki ukuran besar atau berukuran sangat besar (makrosomia), yang dianggap sebagai komplikasi pada periode intrpartum yang berisiko terjadi persalinan lama, distosia bahu, dan lahir operasi (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:636).

(f) Hipertensi esensial

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

(g) Tuberkulosis

Bidan yang menghadapi penyakit tuberkulosis aktif dengan kehamilan sebaiknya merujuk penderita ke tempat yang memiliki fasilitas cukup (Manuaba, 2010:336).

(h) Penyakit tiroid

Penyakit kelenjar tiroid dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu morbus basedowi (hipertiroid), dan miksadema (hipotiroid). Pada kehamilan, kelejar tiroid bekerja lebih berat karena kebutuhan metabolisme yang meningkat sekitar 15 sampai 25%. Dapat

dijumpai kelenjar tiroid yang makin membesar sehingga tampak jelas (Manuaba, 2010:347).

(i) Hepatitis B

Kehamilan jarang mengganggu perjalanan infeksi hepatitis B. Masalah yang harus diperhatikan pada wanita hamil yang mengidap ini adalah bayi akan terinfeksi pada saat lahir dan akan menjadi *carrier* kronis yang menularkan penyakit ini ke individu lain, atau bayi akan meninggal akibat *karsinoma hepatoseluler*, *sirosis*, atau keduanya (Marmi, 2011:211).

(j) Infeksi Ginjal dan saluran kemih

Pengaruh infeksi ginjal dan saluran perkemihan terhadap kehamilan terutama karena demam yang tinggi dan menyebabkan terjadi kontraksi otot rahim sehingga dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas dan memudahkan infeksi pada neonatus. Kehamilan dapat menurunkan daya tahan tubuh sehingga makin meningkatkan infeksi menjadi sepsis yang menyebabkan kematian ibu dan janin (Manuaba, 2012:345).

(k) Infeksi virus herpes simpleks

Infeksi ini pada saat kehamilan tidak menembus plasenta tetapi menimbulkan gangguan pada plasenta dengan akibat abortus dan *missed abortion* atau prematuritas sampai lahir mati (Manuaba, 2010:344).

(l) Infeksi TORCH

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

(m) Penyakit jantung

Kehamilan yang disertai penyakit jantung dapat memperberat penyakit jantung. Dapat juga mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. Jantung yang normal dapat menyesuaikan diri terhadap segala perubahan sistem jantung dan pembuluh darah yang disebabkan oleh kehamilan, yaitu dorongan diafragma oleh besarnya kehamilan sehingga dapat mengubah posisi jantung dan pembuluh darah dan terjadi perubahan dari kerja jantung (Manuaba, 2010:333).

(n) Anemia

Anemia pada kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi dan merupakan jenis anemia yang pengobatannya relatif mudah. Anemia dalam kehamilan disebut "*potensial danger to mother and child*" (potensial membahayakan ibu dan anak), oleh sebab itu anemia memerlukan perhatian serius dari semua pihak yang terkait dalam pelayanan kesehatan pada lini terdepan (Manuaba.2010 : 237).

(o) Asma

Penyakit asma dan kehamilan kadang-kadang bertambah berat atau malah berkurang. Dalam batas yang wajar, penyakit asma tidak banyak mempengaruhi kelamin. Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi perumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan tukaran O₂ dan CO₂. (Manuaba, 2010:336). Terdapat komplikasi preeklamsia 11%, IUGR 12%, dan prematuritas 12% pada kehamilan dengan asma. Komplikasi ini bergantung pada derajat penyakit asma (Saifuddin, 2011:811).

(p) HIV/AIDS

Kehamilan dapat memperberat kondisi klinik wanita dengan infeksi HIV/AIDS. Transmisi vertikal merupakan penyebab tersering infeksi HIV pada bayi dan anak-anak. Transmisi AIDS dari ibu kepada janin dapat terjadi intrauterin (5-10%), saat persalinan (9-20%), dan pascapersalinan (5-20%). Kelainan yang dapat terjadi pada janin adalah berat badan bayi lahir rendah, bayi lahir mati, partus preterm, dan abortus spontan (Saifuddin, 2011:933). Sampai saat ini belum ada pengobatan AIDS yang memuaskan. Pemberian AZT (Zidovuidine) dapat memperlambat kematian dan menurunkan frekuensi serta beratnya infeksi oportunistik. Pengobatan infeksi HIV dan penyakit oportunistiknya dalam kehamilan merupakan masalah, karena banyak obat belum

diketahui dampak buruknya terhadap kehamilan (Wiknjosastro, 2005:557).

2) Penyakit yang sedang dialami (Sekarang)

Adanya perubahan fisik dan fisiologis pada masa hamil yang melibatkan seluruh sistem dalam tubuh akan mempengaruhi organ yang mengalami gangguan. Beberapa data penting riwayat kesehatan pasien yang perlu kita ketahui adalah apakah pasien sedang menderita penyakit, seperti jantung, diabetes mellitus (DM), ginjal, hipertensi/hipotensi, hepatitis dan sebagainya (Sulistyawati, 2011:169).

3) 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, 2006:311).

4) Riwayat Kebidanan

(1) Menstruasi

Menurut Marmi (2011:157), gambaran riwayat haid klien yang akurat biasanya membantu penetapan tanggal perkiraan kelahiran (*estimated*

date of delivery-EDD) yang sering disebut taksiran *partus*. Dengan menggunakan rumus Neagele $h+7$ $b-3$ $th+1$ untuk siklus 28 hari. Sedangkan untuk siklus 35 hari dengan menggunakan rumus $h+14$ $b-3$ $th+1$. Informasi tambahan tentang siklus menstruasi yang harus diperoleh mencakup frekuensi haid dan lama perdarahan. Jika menstruasi lebih pendek atau lebih panjang dari normal, kemungkinan wanita tersebut telah hamil saat terjadi perdarahan. dan tentang haid meliputi menarcho, banyaknya darah, haid teratur atau tidak, siklusnya, lamanya haid, sifat darah (cair atau bekuan-bekuan, warnanya, baunya) serta nyeri haid atau tidak dan kapan haid terakhirnya.

(2) Riwayat kehamilan yang lalu

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

(3) 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).

(4) Riwayat nifas yang lalu

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C. Bila terjadi peningkatan terus menerus selama 2 hari, kemungkinan terjadi infeksi (Manuaba, 2010:201).

(5) Kehamilan sekarang

Menurut Saifuddin (2006:60) jadwal pemeriksaan hamil dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan yaitu; satu kali pada triwulan pertama, satu kali pada triwulan kedua, dua kali pada triwulan 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.

(6) 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).

5) Pola Kebiasaan Sehari-hari

3. Nutrisi

Menurut Saifuddin (2011:286) nutrisi yang perlu ditambahkan pada saat kehamilan:

(5) 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. Jumlah pertambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil.

(6) Protein

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

(7) Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otak dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, keju, yogurt, dan kalsium bikarbonat.

Defisiensi kalsium dapat menyebabkan riketsia pada bayi atau osteomalsia pada ibu.

(8)Zat besi

Pemberian zat besi dimulai dengan memberikan satu tablet sehari sesegera mungkin setelah rasa mual hilang. Tiap tablet mengandung FeSO_4 320 mg (zat besi 60 mg) dan asam folat 500 μg , minimal masing-masing 90 tablet. Tablet besi sebaiknya tidak diminum bersama teh atau kopi, karena akan mengganggu penyerapan. Metabolisme yang tinggi pada ibu hamil memerlukan kecukupan oksigenasi jaringan yang diperoleh dari pengikatan dan pengantaran oksigen melalui hemoglobin di dalam sel-sel darah merah. Untuk menjaga konsentrasi hemoglobin normal, diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg/hari terutama setelah trimester kedua. Sumber zat besi terdapat dalam sayuran hijau, daging yang berwarna merah dan kacang-kacangan. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi.

(9)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. Kekurangan

asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil.

Tabel 2.10:
Tambahan Kebutuhan Nutrisi Ibu Hamil

Nutrisi	Kebutuhan Tidak Hamil/Hari	Tambahan Kebutuhan Hamil/Hari
Kalori	2000-2200 kalori	300-500 kalori
Protein	75 gr	8-12 gr
Lemak	53 gr	Tetap
Fe	28 gr	2-4 gr
Ca	500 mg	600 mg
Vit A	3500 IU	500 IU
Vit C	75 gr	30 mg
Asam Folat	180 gr	400 mg

Sumber : Sukarni, Icesmi, 2013:76.

4. Eliminasi

a. Buang Air Kecil (BAK)

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

b. 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).

5. Istirahat

Wanita hamil harus mengurangi semua kegiatan yang melelahkan. Wanita hamil juga harus menghindari posisi duduk, berdiri dalam waktu yang sangat lama (Marmi, 2011:124-125). Beristirahat cukup, minimal delapan jam pada malam hari dan dua jam di siang hari (Saifuddin, 2011:287).

6. Aktivitas

Jangan melakukan pekerjaan rumah tangga yang berat dan hindarkan kerja fisik yang dapat menimbulkan kelelahan yang berlebihan (Saifuddin, 2011:287). Senam hamil bertujuan mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat dimanfaatkan untuk berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Senam hamil dimulai pada usia kehamilan sekitar 24-28 minggu. Beberapa aktivitas yang dapat dianggap sebagai senam hamil yaitu jalan-jalan saat hamil terutama pagi hari (Manuaba, 2012:132-135).

7. Personal Hygiene

Menurut Marmi (2011:120-122) personal hygiene sangat diperlukan selama kehamilan, karena kebersihan badan mengurangi kemungkinan infeksi. Kebersihan yang perlu diperhatikan selama kehamilan meliputi:

8. Perawatan payudara

Payudara perlu dipersiapkan sejak sebelum bayi lahir sehingga dapat segera berfungsi dengan baik pada saat diperlukan. Pengurutan

payudara untuk mengeluarkan sekresi dan membuka duktus dan sinus laktiserus, sebaiknya dilakukan secara hati-hati dan benar karena pengurutan yang salah dapat menimbulkan kontraksi pada rahim sehingga terjadi kondisi seperti pada uji kesejahteraan janin menggunakan *uterotonika*. Basuhan lembut setiap hari pada areola dan puting susu akan dapat mengurangi letak dan lecet pada area tersebut. Untuk sekresi yang mengering pada puting susu, lakukan pembersihan dengan menggunakan campuran gliserin dan alkohol. Karena payudara menegang, sensitif dan menjadi lebih berat, maka sebaiknya gunakan penopang payudara yang sesuai (Saifuddin, 2011:286).

9. Perawatan gigi

Paling tidak dibutuhkan dua kali pemeriksaan gigi selama hamil yaitu pada trimester pertama dan ketiga. Dianjurkan untuk selalu menyikat gigi setelah makan karena ibu hamil sangat rentan terhadap terjadinya *karies* dan *gingivitis*. (Saifuddin, 2011:287).

10. Kebersihan tubuh dan pakaian

Kebersihan tubuh harus terjaga selama kehamilan. Perubahan anatomic pada tubuh, area genetalia/lipat paha dan payudara menyebabkan lipatan-lipatan kulit menjadi lebih lembab dan mudah terinfeksi oleh mikroorganisme. Sebaiknya gunakan pancuran atau gayung pada saat mandi, tidak dianjurkan berendam dalam *bathtube* dan melakukan *vaginal douche*. Gunakan pakaian yang longgar,

bersih dan nyaman. Hindarkan sepatu *high heels* dan alas kaki yang keras serta korsep penahan perut (Saifuddin, 2011:287).

11. Riwayat seksual

Menurut Manuaba (2012:120) Hubungan seksual disarankan untuk dihentikan bila terdapat tanda infeksi dengan pengeluaran cairan disertai rasa nyeri atau panas, terjadi perdarahan saat hubungan seksual, terdapat pengeluaran cairan (air) yang mendadak, hentikan pada mereka yang sering mengalami keguguran, persalinan sebelum waktunya, mengalami kematian dalam kandungan, sekitar dua minggu menjelang persalinan. Menurut Saifuddin (2011:160), 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.

12. Riwayat ketergantungan

3. 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).

4. 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).

5. 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.

6) Dukungan Situasional

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

7) Latar Belakang Sosial 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, 2011: 11). Hal

penting lain yang biasanya berkaitan dengan masa hamil yaitu menu untuk ibu hamil, misalnya ibu hamil harus pantang terhadap makanan yang berasal dari daging, ikan, telur dan goreng-gorengan karena kepercayaan akan menyebabkan kelainan pada janin. Adat ini akan sangat merugikan pasien dan janin karena hal tersebut akan membuat pertumbuhan janin tidak optimal dan pemulihan kesehatannya akan lambat. Dengan banyaknya jenis makanan yang harus ia pantangi, maka akan mengurangi juga nafsu makannya, sehingga asupan makanan malah jadi semakin berkurang, produksi ASI juga akan berkurang (Romauli, 2011:169-170)

8) Psikososial dan Spiritual Ibu Hamil Trimester III

Trimester ketiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Ibu hamil tidak sabar menantikan kelahiran bayi, berjaga-jaga dan menunggu tanda dan gejala persalinan, merasa cemas dengan kehidupan bayi dan dirinya sendiri, merasa canggung, jelek, berantakan dan memerlukan dukungan yang sangat besar dan konsisten dari pasangannya, mengalami proses duka lain ketika mengantisipasi hilangnya perhatian dan hak istimewa khusus selama hamil, dan hasrat untuk melakukan hubungan seksual akan menghilang seiring dengan membesarnya abdomen yang menjadi penghalang (Marmi, 2011:95-96).

ii. DATA OBJEKTIF

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

Langkah-langkah pemeriksaannya 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:

a. Baik

Jika pasien memperlihatkan respons yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.

b. 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 (Ari Sulistyawati, 2011:174-175).

c. Kesadaran

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

b. Tanda-tanda Vital

a) Tekanan darah

Tekanan darah dalam batas normal, yaitu 100/70-130/90 mmHg. Wanita yang tekanan darahnya sedikit meningkat di awal pertengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika wanita nulipara dengan sistolik > 120 mmHg, berisiko mengalami preeklampsia (Marmi, 2011:163). Pada umumnya normal. Kenaikan tidak boleh lebih dari 30 mmHg sistolik atau 15mmHg pada diastolik, lebih dari batasan tersebut ada kemungkinan mulai terdapat preeklamsia ringan (Manuaba, 2007:86).

b) Nadi

Denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100 denyut per menit (dpm). Curigai *hipotiroidisme* jika denyut nadi > 100 dmp. Periksa adanya *eksoftalmia* dan *hiperrefleksia* yang menyertai (Marmi, 2011:163).

c) Suhu

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

d) Pernafasan

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

c. Antropometri

e) 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).

f) 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. Menurut Cunningham dalam Saifuddin (2011:180) rekomendasi penambahan berat badan selama kehamilan berdasarkan indeks massa tubuh yaitu dapat dilihat dalam tabel 2.9

Tabel 2.11

Rekomendasi penambahan berat badan

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

Sumber : Saifuddin, 2011, halaman 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, 2011:180). Kenaikan berat badan $> 0,57$ kg/minggu merupakan faktor risiko timbulnya preeklampsia (Saifuddin, 2011:532).

g) 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)

e. Pemeriksaan Fisik

g) Kepala

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

h) Muka

Tampak *cloasma gravidarum* pada daerah wajah akibat dari pengaruh hormon kortikosteroid (Marmi, 2011:102). Edema pada muka atau

edema seluruh tubuh merupakan salah satu tanda gejala adanya *preeklampsia* (Saifuddin, 2011:543).

i) 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).

j) Mulut

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

k) Gigi

Adanya *caries* atau karies yang menandakan ibu kekurangan kalsium. Saat hamil sering terjadi *caries* yang berkaitan dengan *emesis* atau *hiperemesis gravidarum*, hal lain yang sering terjadi pada wanita hamil yaitu *gingivitis* (Saifuddin, 2011:287).

l) Leher

Kelenjar tiroid sedikit membesar selama masa hamil akibat hiperplasia anatomi ini tidak menyebabkan tiromegali yang signifikan dan setiap pembesaran yang signifikan perlu diteliti. Hipotiroidisme sulit dideteksi selama masa hamil karena banyak gejala hipotiroidisme, yakni keletihan, penambahan berat, dan konstipasi yang menyerupai gejala-gejala

kehamilan. tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis, pada penyakit jantung dapat ditemukan adanya pembendungan vena dileher (Marmi, 2011;164-166).

m) Payudara

Payudara harus diperiksa untuk mendeteksi setiap massa yang mungkin ganas, adanya hiperpigmentasi areola, puting susu bersih dan menonjol. Pada minggu ke-12 kolostrum mulai keluar dari papila mammae pada pasien multigravida yang telah mantap menyusui pada masa kehamilan sebelumnya. Wanita primigravida baru akan memproduksi kolostrum pada masa akhir kehamilan (Romauli, 2011:174).

n) Abdomen

Ukuran uterus dapat dikaji melalui observasi. Kandung kemih yang penuh, kolon yang terdistensi, atau obesitas, dapat memberi kesan yang salah tentang ukuran janin. Pada sebagian besar kasus, bentuk uterus lebih panjang ketika janin berada pada posisi longitudinal. Jika janin berada pada posisi transversal, uterus berbentuk melebar dan terletak lebih rendah. Umbilikus menjadi kurang cekung sejalan dengan perkembangan kehamilan dan cepat sedikit menonjol pada minggu-minggu terakhir. Ketika ibu sedang berdiri, abdomen dapat tampak lebih tipis. Otot abdomen yang lemah pada ibu multipara dapat menyebabkan uterus condong ke depan. Linea nigra dapat terlihat sebagai garis berwarna gelap akibat pigmentasi yang terletak memanjang di bagian

tengah abdomen di bawah dan terkadang di atas umbilikus. BSC (Bekas *Sectio Caesarea*) dapat mengindikasikan adanya operasi abdomen atau obstetrik yang pernah dilakukan sebelumnya (Fraser dan Cooper, 2009:258).

- a. Linea alba adalah Garis hitam yang terbentang dari atas symphysis sampai dengan pusat.
- b. Linea nigra adalah garis yang berwarna hitam kecoklatan
- c. Striae albican adalah garis yang berwarna putih untuk multigravida
- d. Striae livide adalah garis garis yang berwarna biru untuk primigravida (Rukiyah.2010:64)

o) Genetalia

Pemeriksaan alat genetalia eksterna terdiri dari inspeksi vulva untuk mengetahui pengeluaran cairan atau darah dari liang senggama, perlukaan pada vulva/labium mayus, dan pertumbuhan abnormal (kondiloma akuminata-lata, kista bartholini, abses bartholini, fibroma labium mayus). Pada palpasi vulva akan teraba tumor pada vulva, teraba benjolan atau penebalan labium mayus, dan teraba pembengkakan kelenjar Bartholini (Manuaba, 2010:537). Pemeriksaan genetalia dilakukan dengan mencari adanya lesi, eritema, perubahan warna, pembengkakan, ekskorsiasi dan memar. Bila ada lesi kemungkinan menunjukkan sifilis atau herpes (Marmi, 2011:170).

p) Anus

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi. Oleh karena itu, semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid. Progesteron juga menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Selain itu, pembesaran uterus mengakibatkan peningkatan tekanan, secara spesifik juga secara umum pada vena hemoroid (Varney, 2007:539).

q) Ekstremitas

Pada ibu hamil trimester III sering terjadi edema dependen, yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas kapiler, tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena kava inferior ketika berbaring. Jika edema muncul pada muka, tangan, dan disertai proteinuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya pre eklampsia (Marmi, 2011:136). Bila tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon ditekuk. Bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungkin merupakan tanda pre eklamsia. Bila reflek patella negatif kemungkinan pasien mengalami kekurangan B1 (Romauli, 2011:176).

f. **Pemeriksaan Khusus**

g) Palpasi

Palpasi atau periksa raba yaitu untuk menentukan besarnya rahim, menentukan tuanya kehamilan, menentukan letak janin, serta memastikan tidak ada tumor, kista myoma didalam rongga perut. Cara melakukan palpasi menurut leopold adalah sebagai berikut:

4) Leopold I

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

- 4) Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha
- 5) Pemeriksa berdiri di sebelah kanan penderita dan melihat kearah muka penderita
- 6) Rahim dibawa ke tengah
- 7) Tinggi fundus uteri ditentukan

TFU berdasarkan Leopold pada trimester III dapat dicermati pada tabel 2.5

Tabel 2.12
TFU berdasarkan leopold pada trimester III

Usia kehamilan	TFU
28 minggu	1/3 jari di atas pusat
32 minggu	Pertengahan prosesus xifoideus (px) dan pusat
36 minggu	Setinggi px atau 2-3 jari di bawah px
40 minggu	Pertengahan px dan pusat

Sumber: Manuaba, 2010:79

- 8) Tentukan bagian apa dari bayi yang terdapat pada fundus

Sifat kepala ialah keras, bendar 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.

5) Leopold II

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

⇔ Kedua tangan pindah ke samping

⇔ Tentukan dimana punggung anak. Punggung anak terdapat di pihak yang memberikan rintangan yang terbesar, carilah bagian-bagian terkecil yang biasanya terletak bertentangan dengan pihak yang memberi rintangan terbesar.

⇔ Kadang-kadang di samping terdapat kepala atau bokong ialah letak lintang.

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

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

6) Leopold III

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

(14) Dipergunakan satu tangan saja

(15) Bagian bawah ditentukan antara ibu jari dan jari lainnya

(16) 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).

7) Leopold IV

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

- g) Pemeriksa mengubah sikapnya menjadi ke arah kaki klien.
- h) Dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi bagian bawah
- i) Ditentukan apakah bagian bawah sudah masuk ke dalam PAP dan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul
- j) 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 Manuaba (2010:117) Jika kedua tangan divergen, maka bagian terbesar dari kepala sudah melewati pintu atas panggul (PAP). Sedangkan bila tangan konvergen maka bagian terbesar dari kepala belum masuk PAP.
 - i. 5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba di atas simfisis pubis.
 - ii. 4/5 jika sebagian (1/5) bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul.
 - iii. 3/5 jika sebagian (3/5) bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul.

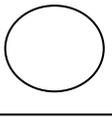
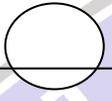
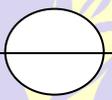
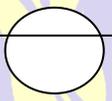
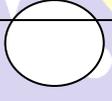
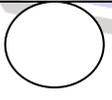
- iv. 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada di atas simfisis dan (3/5) bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digerakkan).
- v. 1/5 jika hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada di atas simpisis dan 4/5 bagian telah masuk ke dalam rongga panggul.
- vi. 0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk ke dalam rongga panggul.

(Nuraisah, dkk. 2012:77)



k) Perlimaan

Tabel 2.13
Perlimaan

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 : Marmi, 2011. :87

h) Osborn tes

Tujuan pemeriksaan test Osborn ini, adalah untuk mengetahui adanya DKP (disposisi kepala panggul) pada ibu hamil. Prosedur pemeriksaan test Osborn ini, adalah sebagai berikut:

1. Dilakukan pada umur kehamilan 36 minggu
2. Tangan kiri mendorong kepala janin masuk ke arah PAP

Apabila kepala mudah masuk tanpa halangan, maka hasil test Osborn adalah negative (-). Apabila kepala tidak masuk dan teraba tonjolan diatas simfisis, maka tonjolan diukur dengan 2 jari telunjuk dan jari tengah tangan kanan. Apabila lembar tonjolan lebih dari dua jari, maka hasil test Osborn adalah positif (+). Apabila lembar tonjolan kurang dari dua jari, maka hasil test Osborn adalah ragu-ragu (\pm). Dengan pertambahan usia kehamilan, ukuran kepala diharapkan bias menyesuaikan dengan ukuran panggul (moulase) (<http://m4n4a.pendokumentasian.askeb.wordpress.com//diakses> 6/9/16:9:51 AM)

i) Tinggi Fundus Uteri (TFU) menurut Mc Donald (Sarwono, 2007:p68)

Fundus uteri diukur dengan pita. Tinggi fundus di kalikan 2 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam bulan obstetric dan bila di kalikan 8 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam minggu.

1. Tinggi fundus (cm) $\times 2/7$ = (durasi kehamilan dalam bulan)
2. Tinggi fundus (cm) $\times 8/7$ = (durasi kehamilan dalam minggu)

(Saifuddin, 2008:58)

Table 2.14
TFU Mc.Donald

Usia kehamilan	Tinggi Fundus	
	Dalam cm	Menggunakan penunjuk-penunjuk badan
12 minggu	-	Teraba diatas simfisis pubis
16 minggu	-	Di tengah, antara simfisis pubis dan umbilicus
20 minggu	20 cm (± 2 cm)	Pada umbilicus
22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
28 minggu	28 cm (± 2 cm)	Di tengah, antara umbilikus dan prosessusifoideus
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
36 minggu	3cm(± 2 cm)	Pada prosessus sifoideus

Sumber : Sumber: Saifuddin, 2008:87

Tabel:2.15
TFUdalam cm

Tinggi fundus uteri dalam cm	Umur kehamilan dalm minggu
12 cm	12 minggu
16 cm	16 minggu
20 cm	20 minggu
24 cm	24 minggu
28 cm	28 minngu
32 cm	32 minggu
36 cm	36 minggu
40 cm	40 minngu

Sumber : Sarwono,2007:58

Table 2.16
TFU dalam minggu

Usia kehamilan dalam minggu	Tinggi fundus uteri
12 minggu	3 jari diatas simfisis
16 minggu	Pertengahan pusat – simfisis
20 minggu	3 jari dibawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	3 jari diatas pusat
32 minggu	Pertengahan pusat – px
36 minggu	3 jari dibawah px
40 minggu	Pertengahan pusat-px

Sumber: Saifuddin, 2009:96

j) Taksiran Berat Janin (TBJ)

Menurut Jannah (2012:85) untuk mengukur TBJ dalam gram mengetahui kepala sudah masuk pintu atas panggul atau belum. Rumusnya: TBJ = (TFU dalam cm - n) x 155 = gram

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

(Sarwono, 2007:76)

k) Auskultasi

Jumlah denyut jantung janin normal antara 120 sampai 140 denyut permenit (Manuaba, 2010: 116). Bila bunyi jantung kurang dari 120 per menit atau lebih dari 160 per menit atau tidak teratur, maka janin dalam keadaan asfiksia (kekurangan oksigen) (Marmi, 2011:188-189). Cara menghitung bunyi jantung ialah dengan mendengarkan 3 kali 5 detik. Kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan empat, misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga, dan 5 detik kelima dalam satu menit adalah :

- (1) (11-12-11) kesimpulannya teratur, frekuensi 136 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 (Marmi 2011:94).

1) 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 berlangsung biasa, pengukuran panggul diperlukan. Pemeriksaan panggul dibagi menjadi 2, yaitu:

1. Pemeriksaan Panggul Luar

- (a) *Distantia spinarum*, jarak antara spina iliaka anterior superior kiri dan kanan (normalnya $\pm 23-26$ cm).
- (b) *Distantia cristarum*, jarak antara crista iliaka kanan dan kiri (normalnya $\pm 26-29$ cm).
- (c) *Conjungata eksterna (baudeloque)*, jarak antara pinggir atas symphysis dan ujung processus spinosus ruas tulang lumbal ke-V (normalnya $\pm 18-20$ cm).
- (d) Ukuran lingkar panggul, dari pinggir atas symphysis ke pertengahan antara spina iliaka anterior superior dan trochanter

major sepihak dan kembali melalui tempat-tempat yang sama dipihak yang lain (normalnya 80-90 cm).

2. Pemeriksaan Panggul Dalam

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

4. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan Laboratorium

a. Pemeriksaan Darah

a) *Haemoglobin*

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

b) 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 dan Cooper, 2009:255).

5. Pemeriksaan Urine

Menurut Fraser dan Cooper (2009:255) urinalisis dilakukan pada setiap kunjungan untuk memastikan tidak adanya abnormalitas. Hal lain yang dapat ditemukan pada urinalisis rutin antara lain:

- a. Keton akibat pemecahan lemak untuk menyediakan glukosa, disebabkan oleh kurangnya pemenuhan kebutuhan janin yang dapat terjadi akibat muntah, hiperemesis, kelaparan, atau latihan fisik yang berlebihan.
- b. Glukosa karena peningkatan sirkulasi darah, penurunan ambang ginjal atau penyakit. Protein akibat kontaminasi oleh leukore vagina, atau penyakit seperti infeksi saluran perkemihan atau gangguan hipertensi pada kehamilan

Berikut cara memeriksa dan melihat hasil dari reduksi dan protein dengan metode benedict:

- a. Masukkan 2,5cc reagen benedit kedalam tabung reaksi
- b. Tambahkan urine 4 tetes
- c. Panaskan dalam air mendidih 5 menit atau dengan api spiritus 2 menit, jaga jangan sampai mendidih
- d. Angkat tabung dan baca hasilnya

Hasil :

- a. Negatif : tetap biru atau kehijauan
- b. Positif + : hijau kekuningan keruh
- c. Positif ++ : kuning keruh
- d. Positif +++ : jingga atau lumpur keruh
- e. Positif +++ : merah bata keruh

6. *Ultrasonografi (USG)*

Dibandingkan dengan pemeriksaan rontgen, USG tidak berbahaya untuk janin karena memakai prinsip sonar (bunyi). Jadi, boleh dipergunakan pada kehamilan muda. Pada layar, dapat dilihat letak, gerakan, dan gerakan jantung janin (Rustam Mochtar, 2011:45).

7. *Non Stress Test (NST)*

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai hubungan gambaran DJJ dan aktivitas janin. Cara pemeriksaan ini dikenal dengan nama *aktomardiografi*, atau *fetal activity acceleration determination (FAD;FAAD)*. Penilaian dilakukan terhadap frekuensi dasar DJJ, variabilitas dan timbulnya akselerasi yang menyertai gerakan janin (Marmi, 2011:190).

II. DIAGNOSA KEBIDANAN

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

1. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan

2. Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien
3. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Diagnosa : GP_{APIAH}, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2012:123).

Dengan kemungkinan masalah : edema dependen, nokturia, hemoroid, konstipasi, kram pada tungkai, sesak nafas, nyeri pinggang, varises, nyeri di ulu hati (*heart burn*), dan kecemasan menghadapi persalinan (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:538-543).

III.INTERVENSI

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan. Dengan kriteria :

1. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara *komprehensif*
2. Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga
3. Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga
4. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien

5. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumberdaya serta fasilitas yang ada.

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

Tujuan : Ibu dan janin sehat, sejahtera sampai melahirkan.

Kriteria hasil :

- 1) Keadaan umum baik.
- 2) Kesadaran composmentis.
- 3) Tanda-tanda vital normal (TD:100/70-130/90 mmHg, N:76-88 x/menit, S:36,5 – 37,5°C, RR:16-24 x/menit).
- 4) Pemeriksaan laboratorium.
- 5) Hb \geq 11 gr%, protein urine (-), reduksi urine (-).
- 6) DJJ 120-160 x/menit, kuat, irama teratur
- 7) TFU sesuai dengan usia kehamilan.
- 8) Situs bujur dan presentasi kepala.

Intervensi:

Menurut Varney, Kriebs dan Gegor (2007:554-556)

2. Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan.

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

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

R/Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya.

4. Diskusikan dengan ibu tentang kebutuhan dasar ibu hamil meliputi nutrisi, eliminasi, istirahat dan tidur, personal hygiene, aktivitas, hubungan seksual, perawatan payudara, dan senam hamil.

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

5. Jelaskan pada ibu tentang tanda bahaya kehamilan trimester III yang mengindikasikan pentingnya menghubungi tenaga kesehatan dengan segera.

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

6. Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan.

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

7. Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan.

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

8. Pesankan pada ibu untuk kontrol ulang sesuai jadwal atau sewaktu-waktu bila ada keluhan.

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

1. Masalah 1: Edema Dependen

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

Kriteria : Setelah tidur/istirahat edema berkurang

Intervensi menurut (Manuaba 2010:76)

(8) 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.

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

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

(10) Anjurkan pada ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama.

R/Meringankan penekanan pada vena dalam panggul.

(11) Anjurkan pada ibu menghindari pakaian yang ketat.

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

(12) Anjurkan pada ibu menggunakan penyokong atau korset.

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

2. Masalah 2: Nokturia

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

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

Intervensi menurut (Varney, Kriebs dan Gegor (2007:541):

a) Jelaskan penyebab terjadinya sering kencing

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

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

R/Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih.

c) Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK

R/Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

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

R/Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

3. Masalah: Konstipasi sehubungan dengan peningkatan

Progesteron

Tujuan : Tidak terjadi konstipasi

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

Intervensi menurut (Intan Kumalasari 2011:87)

- 1) Anjurkan ibu untuk membiasakan pola BAB teratur

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

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

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

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

R/Dengan minum panas/dingin sehingga dapat merangsang BAB

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

R/Memfasilitasi sirkulasi vena sehingga mencegah kongesti pada usus besar.

4. Masalah 4: Hemoroid

Tujuan: Hemoroid tidak terjadi atau tidak bertambah parah

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

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

- 5) Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan tinggi serat untuk menghindari konstipasi

R/Makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat/keras sehingga mempermudah pengeluaran feses.

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

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

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

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

- 8) Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi

R/Mengejan yang terlalu sering akan memicu terjadinya hemoroid.

- 9) Anjurkan ibu untuk mandi berendam dengan air hangat.

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

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

R/Kompres diperlukan untuk mengurangi hemoroid.

5. Masalah 5: Kram pada kaki

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

Kriteria : 1) Kram pada kaki berkurang.Ibu mampu mengatasi bila kram tungkai berkurang

Intervensi (Sarwono 2010:88)

a. Jelaskan penyebab kram kaki

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

b. Anjurkan ibu untuk senam hamil teratur

R/Senam hamil memperlancar peredaran darah, suplai O_2 ke jaringan sel terpenuhi.

c. Anjurkan ibu untuk menghangatkan kaki dan betis dengan massage.

R/Sirkulasi darah ke jaringan lancar.

d. Minta ibu untuk tidak berdiri lama.

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

e. Anjurkan ibu untuk menghindari aktivitas berat dan cukup istirahat.

R/Otot-otot bisa relaksasi sehingga kram berkurang.

f. Anjurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor

R/Konsumsi kalsium dan phosphor baik untuk kesehatan tulang.

6. Masalah 6: Sesak nafas

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya dan kebutuhan O_2 ibu terpenuhi

Kriteria: 1) Frekuensi pernapasan 16-24 x/menit Ibu menggunakan pernapasan paru-paru

Intervensi Menurut (Manuaba (2010:84)

e) Jelaskan pada ibu penyebab sesak nafas

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

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

R/Menghindari penekanan diafragma.

g) Anjurkan ibu senam hamil teratur.

R/Merelaksasi otot-otot.

h) Anjurkan ibu menghindari kerja keras.

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

i) Anjurkan ibu berdiri merengangkan lengannya di atas kepala.

R/Perengangan tulang meringankan penarikan nafas.

7. Masalah 7: Nyeri punggung bawah

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

Kriteria : Nyeri punggung berkurang

Intervensi(Sarwono 2007:75)

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

R/Menekuk kaki akan membuat kedua tungkai yang menopang berat badan dan meregang, bukan punggung. Melebarkan kedua kaki dan menempatkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain

akan memberi jarak yang cukup saat bangkit dari posisi setengah jongkok.

- 2) Hindari membungkuk berlebihan dan mengangkat beban.

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

- 3) Anjurkan tidur miring kirir dan perut diganjal bantal

R/Mengurangi penekanan uterus pada ligamentum rotundum

- 4) Gunakan sepatu tumit rendah.

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

- 5) Gunakan kasur yang menyokong dan posisikan badan dengan menggunakan bantal sebagai pengganjal.

R/Kasur yang menyokong dan penggunaan bantal dapat meluruskan punggung serta meringankan tarikan dan regangan.

8. Masalah 8: Varises

Tujuan: Tidak terjadi varises atau varises tidak bertambah parah

Kriteria : Tidak terdapat varises

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

- 1) Kenakan kaos kaki penyokong.

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

- 2) Hindari mengenakan pakaian ketat.

R/Pakaian ketat dapat menghambat aliran balik vena.

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

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

- 4) Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur.

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

- 5) Kenakan penyokong abdomen maternal atau korset.

R/ Penggunaa korset dapat mengurangi tekanan pada vena panggul.

9. Masalah 9: Kecemasan menghadapi persalinan

Tujuan: Kecemasan berkurang.

Kriteria: 1) Ibu tampak tenang dan rileks

2) Ibu tampak tersenyum

3) Suami dan keluarga memberi dukungan

Intervensi Menurut (Varney, Kriebs dan Gegor) mandi air hangat.

R/Selain memperlancar sirkulasi darah, juga memberikan rasa nyaman.

8. Anjurkan ibu melaksanakan relaksasi progresif.

R/Relaksasi dapat mengurangi masalah-masalah psikologi seperti halnya rasa cemas menjelang persalinan.

IV. IMPLEMENTASI

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya *promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan kriteria :

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
2. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*Inform consent*)
3. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*
4. Melibatkan klien/pasien
5. Menjaga *privacy* klien/pasien
6. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
7. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
8. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
9. Melakukan tindakan sesuai standar
10. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

i.

V. EVALUASI

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan evaluasi secara

sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

Dengan kriteria:

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

VI. DOKUMENTASI

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

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia
- b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
- c. S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa
- d. O adalah data Objektif, mencatat hasil pemeriksaan
- e. A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
- f. 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 dilakukan untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, asuhan kebidanan pada bersalin, asuhan kebidanan pada masa nifas, asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, dan asuhan kebidanan pada keluarga berencana.

2.2.2 KONSEP DASAR ASUHAN KEBIDANAN PADA PERSALINAN

I. PENGKAJIAN DATA

I. Data Subjektif

A. Biodata

a. Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan (Eny, 2010;131).

b. Usia

lampsia. Usia di atas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes tipe II (yang menyebabkan peningkatan insiden diabetes kehamilan juga diagnosis tipe II); hipertensi kronis yang menyebabkan peningkatan insiden pre eklapsia dan abrupsi plasenta.

Persalinan yang lama pada nulipara, seksio cesarea, kelahiran preterm, IUGR, anomali kromosom dan kematian janin (Varne, 2007: 6 Usia di bawah 16 tahun atau di atas 35 tahun

mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di bawah 16 tahun meningkatkan insiden pre ek91).

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

Mengetahui pekerjaan klien adalah penting untuk mengetahui apakah klien berada dalam keadaan utuh dan untuk mengkaji potensi premature dan pajanan terhadap bahaya lingkungan kerja, yang dapat merusak janin (Marmi, 2011:155). Pekerjaan rutin (pekerjaan rumah tangga) dapat dilaksanakan. Bekerja sesuai dengan kemampuan, dan makin dikurangi dengan semakin tua kehamilan (Manuaba, 2010: 117).

f. Penghasilan

Penghasilan yang terbatas sehingga kelangsungan kehamilan dapat menimbulkan berbagai masalah kebidanan (Manuaba, 2010:118).

g. Alamat

Ditanyakan 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).

B. Keluhan Utama

Menurut(Manuaba (2012:173) tanda-tanda persalinan adalah:

- e) 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.
- f) 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.
- g) 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.

Gejala utama pada kala II (pengusiran) menurut (Manuaba (2012:173) adalah:

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

C. Riwayat Kesehatan

i. 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) Epilepsi

Wanita penderita penyakit ayan (epilepsi) dapat menjadi hamil. Kehamilan tidak mempengaruhi jalannya penyakit, sebaiknya penyakitnya banyak mempengaruhi jalannya penyakit, sebaiknya penyakit banyak mempengaruhi kehamilan, persalinan, dan nifas (Mochtar, 2011:76)

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 atrial 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, 2009:67)

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) Asma

Pengawasan hamil dan pertolongan persalinan dapat berlangsung biasa, kecuali terdapat indikasi pertolongan persalinan dengan tindakan operasi (Manuaba,2011).

d) Anemia

Bahaya saat persalinan adalah gangguan his (kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio plasenta dan perdarahan postpartum karena atonia uteri, kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri (Manuaba, 2012;53)

e) Gonore

Infeksi gonore selama kehamilan telah diisolasi dengan *pelvic inflammatory disease* (PID). Pada tahap lanjut, neisseria gonorrhoeae diisolasi dengan ruptur membrane yang premature, kelahiran premature, korioamnionitis, dan infeksi pascapersalinan. Konjungtivis gonokokal (ophthalmia neonatorum), manifestasi tersering dari infeksi prenatal, umumnya ditransmisikan selama proses persalinan (Saifuddin, 2009:53).

f) Diabetes melitus

Pada persalinan yang memerlukan tenaga ibu dan kerja rahim akan memerlukan glukosa banyak, maka bisa terjadi hipoglikemia atau koma (Mochtar, 2011:42)

D. 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 ras 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, 2006:311).

E. Riwayat Kebidanan

5) Riwayat menstruasi

Menurut (Marmi, 2011 : 123)

3. Menarche

adalah terjadinya haid yang pertama kali. Menarche terjadi pada usia pubertas, yaitu 12 – 16 tahun, rata-rata 12,5 tahun.

4. 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 .

5. Hari pertama haid terakhir

HPHT dapat dijabarkan untuk memperhitungkan tanggal tafsiran persalinan. Bila siklus haid ± 28 hari, rumus yang digunakan adalah rumus neagel yaitu hari + 7, bulan -3, tahun + 1

6) Riwayat kehamilan yang lalu

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

7) 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).

8) Riwayat nifas yang lalu

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C . Bila terjadi peningkatan melebihi 38°C berturut-turut selama dua hari, kemungkinan terjadi infeksi. Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya, akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga terdapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri disebut “nyeri ikutan” (*after pain*) terutama pada multipara (Manuaba, 2010:201).

9) Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang

Menurut (Saifuddin (2006:60) 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 TT_5), pemberian tablet zat besi minimum 90 tablet selama kehamilan, tes terhadap penyakit menular seksual, dan temu wicara dalam rangka persiapan rujukan.

Lama kala I primigravida 12 jam, multigravida 8 jam. Pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Lama kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit. Kala III untuk primigravida 30 menit dan multigravida 15 menit. Lama kala IV 2 jam (Manuaba, 2012:173-174).

10) 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).

F. Pola Kebiasaan Sehari-hari

a. Nutrisi

Status nutrisi seorang wanita memiliki efek samping langsung pada pertumbuhan dan perkembangan janin dan wanita memiliki motivasi tinggi untuk mempelajari gizi yang baik. Jumlah tambahan kalori yang dibutuhkan pada ibu hamil adalah 300kal/hari dengan komposisi menu seimbang (cukup mengandung karbohidrat, protein, lemak, mineral, air). Adanya his berpengaruh terhadap keinginan atau selera makan yang menurun (Marmi,2011:128).

b. Eliminasi

Kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terendah janin, sehingga diharapkan ibu dapat sesering mungkin untuk BAK. Apabila ibu elum BAB kemungkinan akan dikeluarkan saat persalinan, yang dapat mengganggu bila bersamaan dengan keluarnya kepala bayi (Marmi,2011:129).

c. 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,2011:130).

d. Personal hygiene

Kebersihan tubuh senantiasa dijaga kebersihannya. Baju hendaknya yang longgar dan mudah dipakai, sepatu atau alas kaki yang bertumit tinggi tidak dipakai lagi (Marmi, 2011:131).

e. Riwayat 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 obstetric 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, 2011:132).

G. Riwayat ketergantungan

e) 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, 2011:28).

f) 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, 2011:32).

g) 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, 2011:29)

H. 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, 2011: 11).

I. Riwayat psikososial dan spiritual

Perubahan psikososial pada trimester I yaitu ambivalensi, ketakutan dan fantasi. Pada trimester II adanya ketidaknyamanan kehamilan (mual, muntah), Narsistik, Pasif dan introvert. Pada trimester III klien merasa tidak feminine lagi karena perubahan tubuhnya, kekuatan akan kelahiran bayinya, stress keluarga karena adanya perasaan sesak 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).

II. Data Objektif

↔ Pemeriksaan Umum

A. Keadaan Umum

Keadaan umum baik, kesadaran komposmetis, postur tubuh, pada saat ini diperhatikan bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan (cenderung membungkuk, terdapat lordosis, kifosis, skoliosis, atau berjalan pincang) (Romauli, 2011:172).

B. Kesadaran

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

C. Tanda-tanda Vital

- 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 keningkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari (Varney, 2007:686). Diukur untuk mengetahui preeklamsia, yaitu bila tekanan darahnya lebih dari 140 atau 90 mmHg (Marmi, 2011 : 129).

- Nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik

puncak sampai frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi. Penurunan yang mencolok selama puncak kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:687). Untuk mengetahui fungsi jantung ibu, normalnya 80 – 90 x/menit (Marmi, 2011 : 129).

- 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 2007: 687). Suhu tubuh normal 36 -37,5⁰C (Marmi, 2011 : 130).

- Pernapasan

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

mengetahui fungsi system pernafasan, normalnya 16-24x/menit
(Marmi,2011 : 130)

D. Antropometri

a. TB

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).

b. BB

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. Menurut Cunningham dalam Saifuddin (2011:180) rekomendasi penambahan berat badan selama kehamilan berdasarkan indeks massa tubuh yaitu dapat dilihat dalam tabel 2.17

Tabel 2.17

Rekomendasi penambahan berat badan berdasarkan indeks massa tubuh

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

Sumber : Saifuddin, 2011, halaman 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, 2011:180). Kenaikan berat badan $> 0,57$ kg/minggu merupakan faktor risiko timbulnya preeklampsia (Saifuddin, 2011:532).

c. 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).

⇔ Pemeriksaan Fisik

c. Muka

Apakah ada odema atau tidak, sianosis atau tidak

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

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, Kriebs dan Gegor, 2008:719).

f. 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).

g. 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, 2007: 105)

h. Abdomen

Kandung kemih harus sering dievaluasi setiap 2 jam untuk mengetahui adanya distensi juga harus dikosongkan untuk mencegah obstruksi persalinan akibat kandung kemih yang penuh, yang akan mencegah penurunan bagian presentasi janin dan trauma pada kandung kemih akibat penekanan yang lama yang akan menyebabkan hipotonia kandung kemih dan retensi urine selama periode pascapartum awal (Varney 2007: 687). Perlu dikaji juga jaringan parut pada abdomen untuk memastikan integritas uterus (Varne, 2007: 693).

i. Genitalia

9. 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 (Marmi, 2011 : 131).

10. Perineum

Ada luka bekas episiotomy atau tidak (Marmi, 2011 : 131).

j. Anus

Kemajuan kepala janin menjelang persalinan akan menyebabkan penonjolan pada rektum (Varne 2007:753).

k. 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 (Varne 2007)

⇔ Pemeriksaan Khusus

a) Palpasi

Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Menurut (Mochtar, 2011 : 41) usia kehamilan berdasarkan cm menurut minggu adalah sebagai b

Tabel 2.18

Usia kehamilan dalam minggu dan TFU dalam cm:

Usia kehamilan (minggu)	Tinggi fundus uteri (cm)
22-28	24-25 cm di atas simfisis
28	26,7 cm di atas simfisis
30	29,5-30 cm di atas simfisis
32	29,5-30 cm di atas simfisis
34	31 cm di atas simfisis
36	32 cm di atas simfisis
38	33 cm di atas simfisis
40	37,7 cm di atas simfisis

Sumber : Mochtar, Rustam, 2011 :109

Tabel 2.19

Usia kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri

Tinggi fundus uteri	Usia kehamilan
1/3 di atas simfisis	12 minggu

½ diatas simfisis-pusat	16 minggu
2/3 diatas simfisis	20 minggu
Setinggi pusat	22 minggu
1/3 diatas pusat	28 minggu
½ pusat-prosesus xifoideus	34 minggu
Stinggi prosesus xifoideus	36 minggu
Dua jari (4cm) di bawah prosesus xifoideus	40 minggu

Sumber: Manuaba, 2010.:45

b) Cara mentukan TBJ (Tafsiran Berat Janin)

Menurut Jannah (2012:85) untuk mengukur TBJ dalam gram mengetahui kepala sudah masuk pintu atas panggul atau belum. Rumusnya:

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

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

Untuk lebih jelasnya mengenai taksiran berat janin dapat dilihat dalam tabel

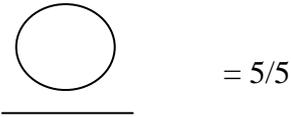
Tabel 2.20
TBJ Normal untuk Usia Kehamilan Trimester III

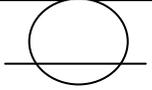
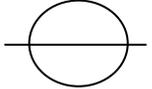
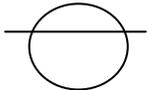
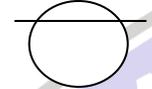
Usia Kehamilan (bulan)	Berat Badan (gram)
7	1000
8	1800
9	2500
10	3000

Sumber: Manuaba, 2012. :67

c) Penurunan bagian terbawah janin

Tabel 2.21
Perlimaam

Periksa Luar	Periksa Dalam	Keterangan
		Kepala diatas PAP, mudah digerakkan
		Sulit digerakkan, bagian terbesar

 = 4/5	H I-II	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 : Marmi, 2011:87

d) Auskultasi

Jumlah denyut jantung janin normal antara 120 sampai 140 denyut permenit (Manuaba, 2010: 116). Bila bunyi jantung kurang dari 120 per menit atau lebih dari 160 per menit atau tidak teratur, maka janin dalam keadaan asfiksia (kekurangan oksigen) (Marmi, 2011:188-189). Cara menghitung bunyi jantung ialah dengan mendengarkan 3 kali 5 detik. Kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan empat, misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga, dan 5 detik kelima dalam satu menit adalah :

- a) (11-12-11) kesimpulannya teratur, frekuensi 136 permenit, DJJ normal.
- b) (10-14-9) kesimpulannya tak teratur, frekuensi 132 permenit, janin dalam keadaan asfiksia.

c) (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 tidak boleh lebih dari 2.(Marmi, 2011:89)

e) His

His kala II, His semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik (Manuaba, 2012:173). Adanya his dalam persalinan dapat dibedakan sebagai berikut:

m) Kala I

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus mulai kuat, dan teratur (frekuensi dan kekuatannya) dan pembukaan serviks hingga mencapai pembuka lengkap (10 cm) (Marmi, 2011 : 65). Kala satu persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif (Wiknjosastro, 2005: 182).

n) Kala II

Pada kala II his menjadi lebih kuat dan lebih cepat, kira-kira 2 sampai 3 menit sekali. 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, 2005:184).

o) Kala III

Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontak lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya (Wiknjosastro, 2005: 185). Kala

III merupakan kala pengeluaran uriatau pengeluaran plasenta (Marmi, 2011 : 70).

p) 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).

f) Pemeriksaan Dalam

Pemeriksaan dalam sebaiknya dilakukan setiap 4 jam selama kala I persalinan dan setelah selaput ketuban pecah, catat pada jam berapa diperiksa, oleh siapa dan sudah pembukaan beberapa, 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 genitalia 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.

g) Pemeriksaan Panggul

Menurut Wiknjastro (2005:44-45) dalam pemeriksaan panggul yang perlu diperhatikan adalah bentuk dan ukuran panggul, untuk ukuran perlu diperhatikan hal berikut:

- e) Bila promontorium teraba pada pemeriksaan dalam, berarti ada kesempitan panggul
- f) Normal linea inominata teraba dalam pemeriksaan dalam, bila teraba sebagian atau keseluruhan berarti ada kesempitan panggul
- g) Spira ischiadika normal, tidak menonjol ke dalam. Bila menonjol berarti ada kesempitan panggul
- h) Sudut arcus pubis $> 90^\circ$, bila kurang berarti ada kesempitan panggul
- i) Keadaan dasar panggul apakah kaku, tebal atau elastis.

Bidan mulai memeriksa panggul wanita pada saat kunjungan antepartum pertama dan diulang kembali pada saat masuk waktu persalinan. pelvimetri klinis harus dilakukan dalam persalinan untuk mendeteksi kontraksi pelvis yang sesungguhnya, terkait dengan ukuran bayi dan untuk mengantisipasi terjadinya penundaan, penurunan dan rotasi (Varney Krebs, 2007 : 797).

h) Pemeriksaan Penunjang

6. Pemeriksaan darah

1. Hb

Pemeriksaan dan pengawasan Hb dapat dilakukan dengan menggunakan alat sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan sahli dapat digolongkan sebagai berikut:

Hb 11 g%	: tidak anemia
Hb 9-10 g%	: anemia ringan
Hb 7-8 g%	: anemia sedang
Hb <7 g%	: anemia berat

Pemeriksaan darah dilakukan minimal dua kali selama kehamilan, yaitu pada trimester I dan trimester III (Manuaba.2010 : 239).

2. Golongan darah

Pemeriksaan golongan darah dilakukan untuk mengetahui jenis golongan darah ibu untukantisipasi terjadinya perdarahan dan mempermudah mencari donor yang cocok.

7. Urine

Pemeriksaan urin dilakukan untuk

8. *Ultrasonografi (USG)*

Dibandingkan dengan pemeriksaan rontgen, USG tidak berbahaya untuk janin karena memakai prinsip sonar (bunyi). Jadi, boleh dipergunakan pada kehamilan muda. Pada layar, dapat dilihat letak, gerakan, dan gerakan jantung janin (Rustam Mochtar, 2011:45).

9. *Non Stress Test (NST)*

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai hubungan gambaran DJJ dan aktivitas janin. Cara pemeriksaan ini dikenal dengan nama *aktomardiografi*, atau *fetal activity acceleration determination (FAD;FAAD)*. Penilaian dilakukan terhadap frekuensi dasar DJJ, variabilitas dan timbulnya akselerasi yang menyertai gerakan janin (Marmi, 2011:190

III. DIAGNOSA KEBIDANAN

- c) $G_{\geq 1}P_{0 >}$ 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
- d) Masalah masalah yang terjadi pada persalinan

Menurut wijaksono tahun 2008 masalah yang sering terjaidi pada persalinan antara lain

1. Masalah : Cemas menghadapi proses persalinan.

Tujuan : Mengurangi rasa takut dan cemas selama persalinan

Kriteria : Ibu tampak tenang

Intervensi(Wijaksono 2008)

- a) Jelaskan fisiologi persalinan pada ibu

R/Proses persalinan merupakan proses yang panjang sehingga diperlukan pendekatan

- b) Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada ibu

R/Seorang ibu bersalin memerlukan penjelasan mengenai kondisi dirinya.

c) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang diberlakukan

R/Ibu paham untuk dilakukannya prosedur yang dibutuhkan dan memahami batasan tertentu yang diberlakukan.

2. Masalah Ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan

Tujuan :Ibu merasa nyaman terhadap proses persalinan

Kriteria :

- a) Nyeri punggung berkurang
- b) Ibu tidak merasa cemas
- c) Ibu merasa tenang

Intervensi(Sarwono 2010)

- a) Hadirkan orang terdekat ibu

R/Kehadiran orang terdekat mampu memberikan kenyamanan psikologis dan mental ibu yang menghadapi proses persalinan.

- b) Berikan sentuhan fisik misalnya pada tungkai, kepala, dan lengan.

R/Sentuhan fisik yang diberikan kepada ibu bersalin dapat menentramkan dan menenangkan ibu.

c) Berikan usapan punggung

R/Usapan punggung meningkatkan relaksasi.

d) Pengipasan atau penggunaan handuk sebagai kipás.

R/Ibu bersalin menghasilkan banyak panas sehingga mengeluh kepanasan dan berkeringat.

e) Pemberian kompres panas pada punggung

R/Kompres panas akan meningkatkan sirkulasi di punggung sehingga memperbaiki anoreksia jaringan yang disebabkan oleh tekanan.

3. Masalah :Kekurangan cairan

Tujuan : Tidak terjadi dehidrasi

Kriteria

: a) Nadi 76-100 x/menit

b) Urin jernih, produksi urine 30cc/jam

Intervensi (Intan Kumalasari 2015)

a) Anjurkan ibu untuk minum

R/ Ibu yang menghadapi persalinan akan menghasilkan panas sehingga memerlukan kecukupan minum.

- b) Jika dalam 1 jam dehidrasi tidak teratasi, pasang infus menggunakan jarum dengan diameter 16/18G dan berikan RL atau NS 125cc/jam

R/Pemberian cairan intravena akan lebih cepat diserap oleh tubuh.

- c) Segera rujuk ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir

R/Rujukan dini pada ibu dengan kekurangan cairan dapat meminimalkan risiko terjadinya dehidrasi.

4. Masalah : Infeksi

Tujuan : Tidak terjadi infeksi

Kriteria : Tanda-tanda vital:

- a) Nadi dalam batas normal (76-100 x/menit)
- b) Suhu: 36-37,5
- c) KU baik

- d) Cairan ketuban/cairan vagina tidak berbau

Intervensi (Sayifudin 2011)

- a) Baringkan miring ke kiri

R/Tidur miring mempercepat penurunan kepala janin sehingga mempersingkat waktu persalinan.

- b) Pasang infus menggunakan jarum dengan diameter besar ukuran 16/18 dan berikan RL atau NS 125ml/jam

R/Salah satu tanda infeksi adanya peningkatan suhu tubuh, suhu meningkatkan menyebabkan dehidrasi.

- c) Berikan ampisilin 2 gram atau amoxicillin 2 gram/oral

R/Antibiotik mengandung senyawa aktif yang mampu membunuh bakteri dengan mengganggu sintesis protein pada bakteri penyebab penyakit.

- d) Segera rujuk ke fasilitas kesehatan yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetri

R/Infeksi yang tidak segera tertangani dapat berkembang ke arah syok yang menyebabkan terjadinya kegawatdaruratan ibu dan janin.

5. Masalah :Kram Tungkai

Tujuan : Tidak terjadi kram tungkai

Kriteria : Sirkulasi darah lancar

Intervensi: (Varney 2007)

a) Luruskan tungkai ibu inpartu

R/Meluruskan tungkai dapat melancarkan peredaran darah ke ekstremitas bawah.

b) Atur posisi dorsofleksi

R/Relaksasi ynag dilakukan secara bergantian dengan dorsofleksi kaki dapat mempercepat peredaan nyeri.

c) Jangan lakukan pemijatan pada tungkai

R/Tungkai wanita tidak boleh dipijat karena ada risiko trombi tanpa sengaja terlepas.

6. Masal :Retensio plasenta

Tujuan : Plasenta dapat dikeluarkan secara lengkap

Kriteria: Tidak ada sisa placenta yang tertinggal

Intervensi(Wiknjosastro 2008)

- a) Plasenta masih di dalam uterus selama 30 menit dan terjadi perdarahan berat, pasang infus menggunakan jarum besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan RL atau NS dengan 20 unit oksitosin.
- b) Dampingi ibu ke tempat rujukan.
- c) Tawarkan bantuan walaupun ibu telah dirujuk dan mendapat pertolongan di fasilitas kesehatan rujukan.

7. **Masalah** Avulsi tali pusat

Tujuan : Avulsi tidak terjadi, plasenta lahir lengkap

Kriteria: Tali pusat utuh

Intervensi menurut(Wiknjosastro (2008):

- 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 massase uterus dan periksa plasenta.

- d) Jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit, tangani sebagai retensio plasenta.

8. **Masalah** :Terjadinya atonia uteri

Tujuan : Atonia uteridapat teratasi

Kriteria :

- 1) Kontraksi uterus baik, keras dan bundar
- 2) Perdarahan <500cc

Intervens Manuaba 2010

- a) Segera lakukan Kompresi Bimanual Internal (KBI) selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang.

- b) Jika kompresi uterus tidak berkontraksi dan perdarahan terus keluar, ajarkan keluarga untuk melakukan Kompresi Bimanual Eksternal. Berikan suntikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600-1000 mcg per rectal dan gunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16-18), pasang infus dan berikan 500 cc larutan Ringer Laktat yang mengandung 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 ditempat rujukan.

9. **Masalah** :Robekan vagina, perineum atau serviks

Tujuan : Robekan vagina, perineum atau serviks dapat teratasi

Kriteria : Vagina, perineum atau serviks dapat terjahit dengan baik

Intervensi:(Prawihardjo 2008)

a) Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi yang timbul.

b) Jika terjadi laserasi derajat satu dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat dua lakukan penjahitan.

c) Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks:

- (1) Pasang infus dengan menggunakan jarum besar (ukuran 16 dan 18) dan berikan RL atau NS.
- (2) Pasang tampon untuk mengurangi darah yang keluar
- (3) Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawat darurat obstetri.
- (4) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

Sedangkan menurut (hafifah 2011) masalah yang sering dihadapi ibu saat bersalin adalah

- a) Nyeri b/d intensitas kontraksi.

Tujuan : Klien mampu beradaptasi dengan nyeri.

Intervensi

- 1) Menggunakan teknik pernapasan.
- 2) Melakukan masage atau gosokan pada pinggang (teori gate control terhadap nyeri).
- 3) Menganjurkan untuk memberikan air hangat untuk mengompres pinggang bawah

Rasional

- a. Tehnik pernapasan dapat meningkatkan relaksasi otot – otot abdomen dengan demikian menambah ukuran kapasitas abdomen sehingga mengurangi gesekan (piksi) antara uterus dan dinding abdomen.

- b. Merupakan suatu tehnik untuk mengkanter dan digunakan untuk mengalihkan perhatian ibu dari nyeri.
- c. Membantu relaksasi, meningkatkan kenyamanan.

b) Takut b/d persalinan dan menjelang kelahiran

Tujuan : Klien akan menunjukkan rasa takut teratasi

Intervensi

- 1) Memberikan support
- 2) Orientasikan klien ke lingkungan (tempat persalinan)

Rasional

- 1) support yang diberikan dapat menambah semangat hidup klien dalam menanti kelahiran.
- 2) Orientasi terhadap lingkungan membuat klien lebih mengetahui dan dapat beradaptasi dengan lingkungan tempat persalinan sehingga akan mengurangi rasa takut

c) Defisit volume cairan b/d intake cairan yang tidak adekuat

Tujuan : Klien akan menunjukkan defisit volume cairan adekuat

Intervensi

- 1) Pertahankan kalori dan elektrolit.
- 2) Anjurkan minum air putih selama proses persalinan jika tidak ada mual dan muntah.

- 3) Berikan cairan IV secara rutin (dextrosa 5 % dan RL)

Rasional

- 1) Kalori dibutuhkan sebagai sumber energi selama proses persalinan untuk mencegah dehidrasi.
- 2) Cairan lebih cepat diabsorpsi melalui lambung dibandingkan dengan makanan padat dan untuk mencegah dehidrasi.
- 3) Memenuhi kebutuhan tubuh akan cairan dan elektrolit
- d) Cemas b/d ketidaktahuan tentang situasi persalinan, nyeri pada persalinan

Tujuan : Klien akan mengungkapkan cemas teratasi

Intervensi

- 1) Jelaskan prosedur sebelum memulai melakukan tindakan .
- 2) Beri gambaran yang jelas tentang proses persalinan

Rasional

- 1) Mengingatkan pasien untuk mengendalikan dan mempersiapkan mentalnya, hal ini akan mengurangi kecemasan yang dialami.

2) Gambaran yang jelas tentang persalinan, ibu akan lebih memahami dan mengerti tentang proses persalinan sehingga akan mengurangi perasaan takut dan pasien akan tenang

e) Resiko tinggi cedera pada ibu dan janin b/d penggunaan secara tetap manuver palpasi, posisi kaki tidak tepat, tindakan yang salah dari penolong

Tujuan : Tidak terjadi cedera pada ibu maupun janin

Intervensi

- 1) Bantu ibu bentuk posisi yang nyaman yaitu posisi setengah duduk dengan bahu dan punggung yang ditopang oleh seorang anggota keluarga.
- 2) Periksa denyut nadi setiap 15 menit dan ukur tekanan darah.
- 3) Periksa DJJ antara tiap-tiap kontraksi.
- 4) Yakinkan ibu dengan kata-kata langsung dan dengan cara yang menyenangkan dan rileks.
- 5) Bila perinium menonjol, anus membuka kepal anak terlihat di depan vulva saat kontraksi dan tidak masuk maka penolong akan mulai memimpin persalinan.

Rasional

- 1) Memperlancar aliran darah dari ibu ke janin dan memudahkan penolong untuk membantu melahirkan.
- 2) Untuk mengetahui keadaan umum ibu.
- 3) Meningkatkan identifikasi awal bahaya pada fetal.
- 4) Ibu tenang dan tetap kooperatif
- 5) Merupakan tanda-tanda yang tepat untuk memimpin dan menolong persalinan

IV. PERENCANAAN

3. $G_{\geq 1}P_{0>}$ 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.

- a. His minimal 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik.

- b. Kala I pada primigravida <13 jam sedangkan multi gravida <7 jam.
- c. Kala II pada primigravida <2 jam sedangkan pada multigravida <1 jam.
- d. Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif.
- e. Kala III pada primigravida <30 menit sedangkan multigravida <15 menit.
- f. Plasenta lahir spontan, lengkap.
- g. Perdarahan <500 cc.

Intervensi menurut (Wiknjosarto, 2008: 79-87):

1. Perhatikan psikososial ibu dan beri dukungan mental pada ibu dengan menghadirkan keluarga.

Anjurkan agar ibu selalu didampingi oleh keluarganya selama proses persalinan dan kelahiran bayinya. Dukungan suami, keluarga, dan kerabat yang disukai ibu sangat diperlukan dalam menjalani proses persalinan. Ada kalanya ibu merasa khawatir dalam menjalani kala II persalinan. Berikan rasa aman dan semangat serta tentramkan hatinya selama persalinan berlangsung. Dukungan dan perhatian akan mengurangi perasaan tegang, membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi.

R/Ibu yakin dan tabah dalam menjalani proses persalinan nanti.

2. Anjurkan pada ibu untuk makan dan minum.

Asupan cairan yang cukup dapat mencegah terjadinya dehidrasi pada ibu dalam proses persalinan serta sebagai persediaan energi dalam mengejan.

R/Persiapan energi ibu untuk persalinan.

3. Bantu ibu memilih posisi yang nyaman dengan tidur miring kiri.

Ibu dapat istirahat/tidur dengan posisi apapun kecuali pada posisi berbaring telentang. Hal ini dikarenakan jika ibu berbaring telentang maka berat uterus dan isinya menekan vena cava inferior ibu. Ini akan mengurangi pasokan oksigen melalui sirkulasi utero plasenta sehingga akan menyebabkan hipoksia pada bayi. Berbaring telentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif. Ibu dianjurkan untuk berbaring miring ke kiri untuk mempercepat penurunan kepala janin.

R/Mempercepat penurunan kepala janin.

4. Anjurkan ibu untuk jalan-jalan jika ketuban belum pecah dan pembukaan belum lengkap.
 - a. Bila his jarang, bagian terendah belum masuk pintu atas panggul dan ketuban \oplus maka pasien diperbolehkan jalan agar his bertambah kuat dan sering.
 - b. Bila his jarang, kepala belum masuk pintu atas panggul dan ketuban \ominus ibu tidak boleh jalan, dianjurkan tidur miring kiri untuk menghindari kelainan letak.
 - c. Bila his kuat, kepala masuk pintu atas panggul, ketuban \oplus pasien tidak boleh jalan karena dengan jalan his akan bertambah kuat dan lebih cepat mendorong anak, sehingga persalinan akan terjadi terlalu cepat.
 - d. Bila his kuat, presentasi sudah masuk lebih dalam, ketuban \ominus atau \oplus , penderita tidak boleh jalan dan harus tidur miring kiri agar tidak terjadi persalinan yang terlalu cepat.

R/Mempercepat penurunan kepala janin.

5. Observasi TTV dan CHBPK

- 11) DJJ setiap $\frac{1}{2}$ jam.
- 12) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap $\frac{1}{2}$ jam.
- 13) Nadi setiap $\frac{1}{2}$ jam.
- 14) Pembukaan serviks tiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika terdapat indikasi.
- 15) Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika ada indikasi.
- 16) Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam.
- 17) Produksi urin, aseton dan protein tiap 2-4 jam.

R/Mengetahui perkembangan kondisi ibu dan janin.

6. Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kencing tiap 2 jam.

Dalam proses persalinan harus berkemih tiap 2 jam/lebih, kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan kepala, selain itu juga akan menambah rasa nyeri pada perut bawah, menghambat penatalaksanaan distosia bahu, menghalangi lahirnya plasenta, dan perdarahan pasca persalinan.

R/Blas yang penuh dapat menghalangi penurunan kepala janin sehingga menyebabkan nyeri waktu his.

7. Tunggu pembukaan lengkap. Jika telah memasuki kala II segera pimpin persalinan secara sesuai standar asuhan kebidanan persalinan normal. Berikut adalah langkah-langkah asuhan persalinan normal menurut Wiknjosastro (2008):

a) Mengenal tanda dan gejala kala II.

R/Dengan melihat tanda dan gejala kala II yang benar dapat menentukan tindakan selanjutnya dengan tepat.

(1) Mendengar dan melihat tanda persalinan kala II.

(a) Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran

(b) Ibu merasa adanya tekanan pada anus

(c) Perineum menonjol

(d) Vulva dan sfingter ani membuka

b) Menyiapkan pertolongan persalinan

R/Persiapan alat, fisik dan mental akan membantu koefisien kerja, waktu, dan meminimalisir human eror, sehingga memperlancar proses pertolongan persalinan.

(2) Pastikan peralatan lengkap, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk persiapan jika bayi mengalami asfiksia, siapkan tempat datar dan keras, 2 kain, handuk bersiah dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.

- (a) Menggelar kain diatas perut ibu dan tempat resusitasi, serta ganjal bahu bayi.
- (b) Menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai dalam partus set.
- (3) Pakai celemek plastik.
- (4) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir dan kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- (5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
- (6) Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang menggunakan sarung tangan DTT dan steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).
- c) Memastikan pembukaan lengkap, keadaan janin baik.**

R/Pembukaan serviks 10 cm akan mencegah terjadinya ruptur porsio dan keadaan janin yang baik bisa tertolong dengan prosedur persalinan normal.
- (7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.

- (a) Jika introitus vagina, perineum atau anus (terkontaminasi) tinja, bersihkan dengan seksama dari depan kebelakang.
 - (b) Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.
 - (c) Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5% → langkah 9).
- (8) Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap.
Bila selaput ketuban belum pecah, lakukan amniotomi.
- (9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%. Kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.
- (10) Periksa DJJ setelah kontraksi/saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160) x /menit.
- (a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
 - (b) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian.

d) Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran.

R/Persiapan keluarga dan klien yang optimak akan membuat klien dan keluarga lebih kooperatif.

(11) Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.

(a) Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.

(b) Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.

(12) Minta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).

(13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.

(a) Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.

- (b) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.
- (c) Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring telentang dalam waktu yang lama).
- (d) Anjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi.
- (e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.
- (f) Beri cukup asupan cairan per oral (minum).
- (g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.
- (h) Segera rujuk bila bayi belum atau tidak segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (multigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (primigravida).

(14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.

e) Persiapkan pertolongan kelahiran bayi.

R/ Persiapkan tempat maupun kain handuk untuk mengeringkan tubuh bayi, serta memakai peralatan yang dipakai untuk menolong.

(15) Letakkan handuk bersih (untuk mngeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.

(16) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.

(17) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali perlengkapan alat dan bahan.

(18) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

f) Menolong kelahiran bayi.

R/Tolong kelahiran kepala bayi dengan tepat mencegah terjadinya robekan vulva dan perineum.

Kelahiran kepala.

(19) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal.

(20) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera proses kelahiran bayi.

(a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.

(b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara dua klem tersebut.

(21) Tunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar, pegang secara spontan.

Lahirnya bahu.

(22) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan ke bawah dan distal hingga bahu depan muncul

dibawah arcus pubis dan gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

Lahirnya badan dan tungkai.

(23) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan kebawah kearah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

(24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya).

g) Penanganan bayi baru lahir.

R/ Penanganan BBL yang bebar akan mencegah terjadinya hipotermi dan mengetahui kelainan bayi sedini mungkin.

(25) Lakukan penurunan (selintas).

- (a) Apakah bayi menangis kuat dan itu bernapas tanpa kesulitan?
- (b) Apakah bayi bergerak dengan aktif?

Jika bayi tidak menangis, tidak bernapas atau mega-megap, lakukan langkah resusitasi (lanjut ke langkah resusitasi pada asfiksia bayi baru lahir).

(26) Keringkan tubuh bayi.

Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan tubuh bagian lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk

basah dengan handuk/kain yang kering. Biarkan bayi diatas perut ibu.

(27) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).

(28) Beri tahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.

(29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi baru lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (intramuskular) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).

(30) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

(31) Pemotongan dan pengikatan tali pusat.

(a) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.

(b) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkar kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.

(c) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.

(32) Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting ibu.

(33) Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.

h. Kala III :

Penatalaksanaan aktif persalinan kala III.

Penanganan tali pusat bayi.

R/Untuk pengecekan dan mempercepat pengeluaran plasenta.

(34) Pindahkan klem pada tali pusat hingga jarak 5-10 cm dari vulva.

(35) Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas simfisis, untuk mendeteksi, tangan lain menegangkan tali pusat.

(36) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversia uteri).

Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas.

i. Mengeluarkan plasenta.

R/Masase uterus untuk merangsang kontraksi uterus.

(37) Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat

dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti proses jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).

(a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva dan melahirkan plasenta.

(b) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat.

1. Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM.

2. Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh.

3. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.

4. Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.

5. Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual.

(38) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar hingga selaput ketuban terpilih kemudian dilahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.

Rangsangan taktil (massage uterus).

(39) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massage uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan

massage dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus terasa keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik.

J. Kala IV :

Menilai perdarahan.

R/Selaput ketuban yang tertinggal akan menyebabkan perdarahan

(40) Periksa kedua sisi plasenta dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus.

(41) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum.

Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

R/Pemeriksaan sedini mungkin akan mempercepat penanganan sehingga tidak terjadi perdarahan berlebihan.

Melakukan prosedur pasca salin.

(42) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

(43) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.

(a) Sebagian bayi berhasil melakukan IMD dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama biasa berlangsung 10-15 menit.

Bayi cukup menyusu dari satu payudara.

(b) Biarkan bayi berada di dada ibu 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.

(44) Setelah 1 jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik, profilaksis dan vitamin K₁ 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral.

(45) Setelah 1 jam pemberian vitamin K₁ berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.

(a) Letakkan bayi di dalam pangkuan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan.

(b) Letakkan kembali bayi pada dada ibu bila belum berhasil menyusu dalam 1 jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusu.

(46) Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.

(a) 2 - 3 x dalam 15 menit pertama pasca persalinan.

(b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.

(c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.

(d) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, lakukan asuhan yang sesuai untuk pelaksanaan atonia uteri.

(47) Ajarkan ibu dan keluarga cara masase uterus dan menilai kontraksi.

R/ Informasi yang optimal akan meningkatkan fungsi mandiri klien dalam mencegah perdarahan post partum.

(48) Periksa tanda tanda vital ibu

(49) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

- (50) Periksa keadaan ibu dan kandung kemih tiap 15 menit selama 1 jam pertama post partum dan tiap 30 menit selama jam 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.
- (51) Periksa kembali bayi untuk memastikan bayi bernafas dengan baik (40-60 x/menit) serta suhu tubuh normal (36° - $37,5^{\circ}$ C).
- (52) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit) lalu cuci dan bilas.
- (53) Buang bahan-bahan terkontaminasi ditempat sampah yang sesuai.
- (54) Bersihkan ibu dengan menggunakan DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering.
- (55) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberi ASI. Anjurkan keluarga memberi makanan dan minuman yang diinginkan ibu.
- (56) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
- (57) Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- (58) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- (59) Keringkan tangan dengan handuk bersih

k) Dokumentasi

(60) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tandavital dan kala IV.

V. IMPLEMENTASI

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya *promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan kriteria :

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
2. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*Inform consent*)
3. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*
4. Melibatkan klien/pasien
5. Menjaga *privacy* klien/pasien
6. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
7. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
8. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
9. Melakukan tindakan sesuai standar
10. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

VI. EVALUASI

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria:

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan /keluarga
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

VII. DOKUMENTASI

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

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia.
- b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.
- c. S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.
- d. O adalah data Objektif, mencatat hasil pemeriksaan.

- e. A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.
- f. 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 dilakukan untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, asuhan kebidanan pada bersalin, asuhan kebidanan pada masa nifas, asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, dan asuhan kebidanan pada keluarga berencana.



2.2.3 KONSEP DASAR ASUHAN KEBIDANAN MASA NIFAS

I. PENGAKJIAN DATA

A. Data Subyektif

2. Biodata

a) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila diperlu nama panggilan sehari-hari agar tidak dpat keliru dalam memberikan penanganan (Eny, 2008:130).

b) Umur

Dicatat dalm tahun untuk mengetahui adanya risiko seperti kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap. Sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentan sekali terjadi perdarahan dalam masa nifas (Eny, 2008: 131).

c) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Eny, 2008: 132).

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) Alamat

Untuk mempermudah kunjungan rumah biala diperlukan (Eny, 2008: 132).

f) Pekerjaan

Putus kerja, karena berbagai alasan sehingga menambah sulitnya masalah social ekonomi (Manuaba, 2010: 235).

g) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas dan putus kerja karena berbagai alasan dapat menambah sulitnya masalah sosial ekonomi, sehingga mempengaruhi kelangsungan kehamilan (Manuaba, 2010 : 235).

3. Keluhan utama

Menurut Varney, Kriebs dan Gegor (2007:974-977), keluhan yang sering dialami ibu masa nifas antara lain sebagai berikut :

10. *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 (sementar-sementar) berbeda pada wanita primipara tonus otot uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi.

11. Keringat berlebih

Wanita pascapartum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraseluler selama kehamilan.

12. Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi, dan stasis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ke- 3 pascapartum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui, dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam. Nyeri tekan payudara dapat menjadi nyeri hebat terutama jika bayi mengalami kesulitan dalam menyusui. Peningkatan metabolisme akibat produksi air susu dapat menyebabkan peningkatan suhu tubuh ringan.

13. Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat

laserasi atau episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut.

14. Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum atau episiotomi derajat tiga atau empat.

15. Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari, jika terjadi selama kehamilan, hemoroid menjadi tarautomatis dan menjadi edema selama wanita mendorong bayi pada kala II persalinan karena tekanan bayi dan distensi saat melahirkan.

4. Riwayat kesehatan

- g) Anemia pada kehamilan yang tidak tertangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan : terjadi sub involusi uteri, menimbulkan perdarahan post partum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekomposisi kordis mendadak setelah persalinan, anemia kala nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba, 2010:240).

h) Penyakit TBC

Ibu dengan tuberculosis aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Manuaba, 2010:336).

i) Sifilis

Dapat menyebabkan infeksi pada bayi dalam bentuk Lues Kongenital (Pemfigus Sifilitus, Deskuamasi kulit telapak tangan dan kaki, terdapat kelainan pada mulut dan gigi) (Manuaba, 2010:338).

j) Penyakit asma

Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O_2 dan CO_2 (Manuaba, 2010:336).

k) Pengaruh penyakit jantung dalam masa pasca persalinan/nifas menurut Manuaba (2012:337) :

- 1) Setelah bayi lahir penderita dapat tiba-tiba jatuh kolaps, yang disebabkan darah tiba-tiba membanjiri tubuh ibu sehingga kerja jantung sangat bertambah, perdarahan merupakan komplikasi yang cukup berbahaya.

- 2) Saat laktasi kekuatan jantung diperlukan untuk membentuk ASI.
- 3) Mudah terjadi infeksi post partum, yang memerlukan kerja tambahan jantung

5. Riwayat nifas sekarang

Ibu harus dianjurkan untuk menyusui, terutama karena menyusui mampu memberikan perlindungan baik secara aktif maupun pasif, dimana ASI juga mengandung zat anti infeksi bayi akan terlindungi dari berbagai macam infeksi (Sukarni, 2013: 298).

6. Riwayat kebidanan

a) Riwayat haid

Dengan memberikan ASI kembalinya menstruasi atau haid sulit diperhitungkan dan bersifat individu. Sebagian besar menstruasi kembali setelah 4 sampai 6 bulan.

Dalam waktu 3 bulan belum menstruasi, dapat menjamin bertindak sebagai kontrasepsi (Manuaba, 2010:203).

Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum mendapatkan lagi haidnya selama meneteki

(Saifuddin, 2006:129).

b) Riwayat nifas yang lalu

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan post partum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat

ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui sampai usia anak 2 tahun. Terdapat pengeluaran lochea rubra sampai hari ketiga berwarna merah. Lochea serosa hari keempat sampai kesembilan warna kecoklatam. Lochea alba hari kesepuluh sampai kelimabelas warna putih dan kekuningan. Ibu dengan riwayat pengeluaran lochea purulenta, lochea stasis, infeksi uterin, rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus. Dan ibu meneteki kurang dari 2 tahun. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba, 2012:201).

c) Riwayat KB

Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama meneteki. Oleh karena itu, metode amenorhe laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan baru (Saifuddin, 2006:129). Pemeriksaan postpartum merupakan waktu yang tepat untuk membicarakan metode KB untuk menjarangkan atau menghentikan kehamilan. Khusus untuk mendapatkan pelayanan kontak wanita (Metode Operasi Wanita) sama sekali tidak diperlukan hamil. Pelayanan kontak dapat dilayani setiap saat dkehendaki (Manuaba, 2010: 204).

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 air setiap hari (dianjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui) (Saifuddin, 2006:128).

b. Eliminasi

Segera setelah pascapartum kandung kemih, edema, mengalami kongesti, dan hipotonik, yang dapat, menyebabkan overdistensi, pengosongan yang tidak lengkap, dan residu urin yang berlebihan kecuali perawatan diberikan untuk memastikan berkemih secara periodik. Efek persalinan pada kandung kemih dan uretra menghilang dalam 24 jam pertama pascapartum, kecuali wanita mengalami infeksi saluran kemih. Diuresis mulai segera setelah melahirkan dan berakhir hingga hari kelima pascapartum. Diuresis adalah rute utama tubuh untuk membuang kelebihan cairan interstisial dan kelebihan volume cairan (Varney, Kriebs dan Geger, 2008:961).

Miksi dan defekasi diatur sehingga kelancaran kedua sistem tersebut dapat berlangsung dengan baik (Manuaba, 2012:202).

c. Personal hygiene

Mengajarkan pada ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Sarankan pada ibu untuk mengganti pembalut

atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya (Saifuddin, 2006:127).

Pakaian agak longgar terutama di daerah dada sehingga payudara tidak tertekan. Daerah perut tidak perlu diikat dengan kencang karena tidak akan memengaruhi involusi. Pakaian dalam sebaiknya yang menyerap, sehingga lochea tidak memberikan iritasi pada sekitarnya. Kassa pembalut sebaiknya dibuang setiap saat terasa penuh dengan lochea (Manuaba, 2012:202).

d. Istirahat

Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal, yaitu: mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Saifuddin, 2006:127).

e. Aktivitas

Diskusikan pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu, seperti mengurangi rasa sakit pada punggung (Saifuddin, 2006:127).

f. Seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan (Saifuddin, 2006:128).

8. Riwayat Psikososial Spiritual

Menurut Anggraini (2010:136), ibu menunjukkan depresi ringan beberapa hari setelah kelahiran. Depresi tersebut sering disebut sebagai postpartum blues. Postpartum blues sebagian besar merupakan perwujudan fenomena psikologis yang dialami oleh wanita yang terpisah dari keluarga dan bayinya. Hal ini sering terjadi diakibatkan sejumlah faktor. Penyebab yang paling menonjol adalah kekecewaan emosional yang mengikuti rasa puas dan takut yang dialami kebanyakan wanita selama kehamilan dan persalinan, rasa sakit masa nifas awal, kelelahan karena kurang tidur selama persalinan dan postpartum, kecemasan pada kemampuannya untuk merawat bayinya setelah meninggalkan rumah sakit, rasa takut menjadi tidak menarik lagi bagi suaminya

9. Fase *taking in*

Fase *taking in* merupakan periode ketergantungan, periode ini terjadi dari hari ke-1 sampai hari ke-2 hari sesudah melahirkan. Pada fase ini

ibu terutama berfokus pada dirinya sendiri. Dalam fase ini ibu akan merasakan gangguan psikologis, seperti:

1. kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya.
2. Ketidaknyamanan sebagai akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu misalnya rasa mules karena rahim berkontraksi, payudara bengkak, nyeri luka jahitan.
3. Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.

10. Fase *taking hold*

- i) Periode ini berlangsung 3 sampai 10 hari setelah melahirkan.
- j) Ibu timbul rasa khawatir akan ketidaknyamanan dan rasa tanggungjawabnya dalam merawat bayinya.
- k) Ibu mempunyai perasaan sangat sensitive sehingga mudah tersinggung dan gampang marah.

11. Fase *letting go*

- a) Periode ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan.
- b) Ibu sudah mulai menyesuaikan ketergantungan bayinya.
- c) Ibu berkeinginan untuk merawat diri dan bayinya.
- d) Ibu akan lebih percaya diri dalam menjalani peran barunya.

(Suherni, 2009: 87-90).

9. Riwayat Ketergantungan

Merokok dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah di dalam tubuh, termasuk pembuluh-pembuluh darah pada uterus sehingga

menghambat proses involusi, sedangkan alkohol dan narkotika mempengaruhi kandungan ASI yang langsung mempengaruhi perkembangan psikologis bayi dan mengganggu proses bonding antara ibu dan bayi (Manuaba, 2010:122).

10. Latar belakang sosial budaya

Menurut Saifuddin (2006:130-131), kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan, antara lain:

1. Menghindari makanan berprotein, seperti ikan/telur.
2. Penggunaan bebet perut segera pada masa nifas (2-4 jam pertama).
3. Penggunaan kantong es batu pada masa nifas (2-4 jam pertama).
- (6) Penggunaan kantong es batu atau pasir untuk menjaga uterus berkontraksi karena merupakan perawatan yang tidak efektif untuk atonia uteri.
- (7) Memisahkan bayi dari ibunya untuk masa yang lama pada 1 jam setelah kelahiran karena masa transisi adalah masa kritis untuk ikatan batin ibu dan bayi untuk mulai menyusui.
- (8) Wanita yang mengalami masa puerperium diharuskan tidur telentang selama 40 hari (Manuaba, 2010:201).

II. Data obyektif

1. Kesadaran komposmetis (Manuaba, 2010:114).

2. Tanda-tanda vital

a) 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, Kriebs dan Geger, 2007:961).

b) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama pascapartum. Hemoragi, demam selama persalinan, dan nyeri akut atau persisten dapat memengaruhi proses ini. Apabila denyut nadi di atas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi pascapartum lambat (Varney, Kriebs dan Geger, 2007:961).

c) Suhu

Suhu maternal kembali normal dari suhu yang sedikit meningkat selama periode intrapartum dan stabil dalam 24 jam pertama pascapartum (Varney, Kriebs dan Geger, 2007:961).

d) Pernafasan

Napas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kelelahan cairan. Eksaserbasi asma, dan embolus paru (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:961).

3. Pemeriksaan fisik

i. Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Tidak ada gangguan dalam penglihatan (Sulistyawati, 2009:154).

ii. Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar parotis (Sulistyawati, 2009:123).

iii. Payudara

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari beberapa hal berikut yaitu Puting susu pecah/pendek/rata, Nyeri tekan, abses, produksi ASI terhenti, dan pengeluaran ASI (Saifuddin, 2006:124).

Menunjukkan adanya kolostrum dan penatalaksanaan puting susu pada wanita menyusui (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:969).

iv. Abdomen

Pada abdomen kita harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan ukuran kandung kemih (Saifuddin, 2006:124).

Menurut Varney, Kriebs dan Geger (2007:1064), pemeriksaan abdomen pascapartum dilakukan selama periode pascapartum dini (1 jam-5 hari) yang meliputi tindakan berikut :

a) Pemeriksaan kandung kemih

Dalam memeriksa kandung kemih mencari secara spesifik distensi kandung kemih yang disebabkan oleh retensi urin akibat hipotonisitas kandung kemih karena trauma selama melahirkan. Kondisi ini dapat predisposisi wanita mengalami infeksi kandung kemih.

b) Pemeriksaan uterus

Mencatat lokasi, ukuran, dan konsistensi. Penentuan lokasi uterus dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilikus dan apakah fundus berada pada garis tengah abdomen atau bergeser ke salah satu lokasi dan ukuran saling tumpang tindih, karena ukuran ditentukan bukan hanya melalui palpasi, tetapi juga dengan mengukur tinggi fundus uteri. Konsistensi uterus memiliki ciri keras dan lunak.

c) Evaluasi tonus otot abdomen dengan memeriksa derajat diastasis

Penentuan jumlah diastasis rekti digunakan sebagai alat obyektif untuk mengevaluasi tonus otot abdomen. Diastasis adalah derajat pemisahan otot rektus abdomen (*rektus abdominis*). Pemisahan ini diukur menggunakan lebar jari ketika otot-otot abdomen kontraksi dan sekali lagi ketika otot-otot tersebut relaksasi. Diastasis rekti diukur dengan cara-cara sebagai berikut:

j) Atur posisi wanita terbaring terlentang datar tanpa bantal dibawah kepalanya.

k) Tempatkan ujung-ujung jari salah satu tangan anda pada garis tengah abdomen dengan ujung jari telunjuk anda tepat dibawah umbilikus dan jari-jari anda yang lain berbaris longitudinal kebawah kearah simfisis pubis. Tepi jari-jari anda harus menyentuh satu sama lain.

l) Meminta wanita menaikkan kepalanya dan berupaya meletakkan dagu didadanya, diarea antara payudaranya dan pastikan wanita tidak menekan tangannya di tempat tidur atau mencengkram matras untuk membantu dirinya, karena hal ini mencegah penggunaan otot-otot abdomen.

m) Ketika wanita berupaya meletakkan dagunya diantara payudaranya, tekan ujung-ujung jari anda dengan perlahan dekat abdomennya. Anda akan merasakan otot-otot abdomen layaknya dua bebat karet, yang mendekati garis tengah dari kedua sisi.

Apabila dia diastasisnya lebar anda perlu untuk menggerakkan jari anda dari sisi kesisi dalam upaya menemukan otot tersebut,meskipun otot sudah dikontraksikan.

- n) Ukur jarak antara dua otot rektus ketika otot-otot tersebut dikontraksi dengan menempatkan jari-jari anda datar dan paralel terhadap garis tengah dan isi ruang antara otot rektus dengan jari-jari anda. Catat jumlah lebar jari antara sisi median dua otot rektus.
- o) Sekarang tempatkan ujung-ujung jari satu tangan sepanjang salah satu sisi median otot rektus abdomen dan ujung-ujung jari tangan anda yang lain sepanjang sisi median otot rektus abdominus yang lain. Jika diposisikan dengan benar bagian punggung tangan anda harus menghadap satu sama lain pada garis tengah abdomen.
- p) Minta wanita untuk menurunkan kepalanya secara perlahan keposisi bersandar ketempat tidur.
- q) Ketika wanita menurunkan kepalanya otot rektus akan bergerak lebih jauh memisah dan kurang dapat dibedakan ketika otot relaksasi. Ujung-ujung jari anda menutupi otot rektus ketika otot tersebut bergerak memisahkan kesisi lateral masing-masing pada abdomen. Prasadat ini memungkinkan anda untuk tetap mengidentifikasi otot-otot tersebut ketika berada dalam keadaan relaksasi.

r) Ukur jarak antara kedua otot rektus ketika dalam keadaan relaksasi sebagaimana anda mengukurnya pada saat kontraksi.

Catat jumlah lebar jari diantara tepi median kedua otot r

d) Memeriksa adanya nyeri tekan CVA (*Costovertebral Angel*)

Nyeri yang muncul diarea sudut CVA merupakan indikasi penyakit ginjal.

v. Genetalia

Pemeriksaan tipe, kuantitas, dan bau lokia (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:969). Selain itu, pada genetalia yang harus diperiksa adalah pengeluaran lokia. Hal yang perlu dilihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah penjahitan laserasi atau luka episiotomi, pembengkakan, luka dan hemoroid (Saifuddin, 2006:125).

vi. Ekstremitas

Flagmasia alba dolens yang merupakan salah satu bentuk infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa sangat nyeri, tampak bendungan pembuluh darah, suhu tubuh meningkat (Manuaba, 2012: 418).

4. 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).

5. Terapi yang didapat

Terapi yang diberikan pada ibu nifas menurut Sulistyawati (2009:100) 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 vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

III. DIAGNOSA KEBIDANAN

Diagnosa P...A... hari ... post partum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak baik (Sulistyawati, 2009:156). P_{APIAH}, post partum hari ke, laktasi lancar, lochea normal, involusi noarmal, keadaan pskologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembangkakan payudara (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007: 974).

IV. PERENCANAAN

1. Diagnosa : P_{APIAH}, post partum hari ke, laktasi lancar, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembangkakan payudara (Sulistyawati, 2009:126)

Tujuan : Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi bagi ibu dan bayi.

Kriteria : Menurut (Manuaba, 2010:114) adalah:

- b. Keadaan umum : kesadaran komposmetis.
- c. Kontraksi uterus baik (bundar dan keras)
- d. Tanda-tanda vital:

T : 110/70-130/90 mmHg N : 60-80 x/menit

S : 36-37,5⁰C R : 16-24x/menit

(Sulistyawati, 2009: 123).

- e. Laktasi normal

Kolostrum merupakan cairan yang pertama kali diproduksi oleh kelenjar payudara ibu yang baru melahirkan dihasilkan dalam waktu 24 jam pertama setelah melahirkan, berwarna kuning atau jernih, merupakan bahan yang sangat kaya akan anti infeksi. ASI matang akan dikeluarkan kira-kira dimulai pada hari ke-14 (Suherni, 2009: 27).

- f. Involusi uterus normal

Table 2.22
Involusi uterus

INVOLUSI	TINGGI FUNDUS UTERI
Bayi Lahir	Setinggi Pusat
Uri Lahir	2 jari dibawah pusat
1 minggu	Pertengahan pusat simfisis
2 minggu	Tak teraba diatas simfisis
6 minggu	Bertambah kecil
8 minggu	Sebesar normal

Sumber : Suherni, Hesty Widyasih, Anita Rahmawati, 2009)

g. Lochea normal :

Lochea rubra (kruenta) keluar dari hari ke 1-3 hari, berwarna, merah dan hitam. lochea sanguinolenta, keluar dari hari ke 3-7 hari, berwarna putih bercampur merah. lochea serosa, keluar dari hari ke 7-14 hari, berwarna kekuningan. lochea alba, keluar setelah hari ke 14, berwarna putih (Manuaba, 2010:201).

h. KU bayi baik

R : 30-60x/menit S : 36,5-37,5⁰C

Intervensi menurut Suherni (2009:120) :

e) Lakukan pemeriksaan KU, TTV, laktasi, involusi, dan lochea.

R/ Menilai status ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi (Saifuddin, 2006:123).

f) Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya.

R/Menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap substansi/zat dari makan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan (Saifuddin, 2009:377).

g) Jelaskan pada ibu mengenai senam pascapersalinan (senam nifas)

R/Latihan yang tepat untuk memulihkan/mengembalikan keadaan tubuh menjadi indah dan langsing seperti semula (Mochtar, 2012: 176).

h) Beri konseling ibu tentang KB pascasalin.

R/Untuk menjarangkan anak (Mochtar, 2012:89).

i) Anjurkan ibu untuk mengimunitasikan bayinya.

R/Untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan (Marmi, 2012: 395).

Kemungkinan masalah :

Masalah 1 : Gangguan eliminasi

a. Masalah 1 : Konstipasi

Tujuan: Masalah eliminasi teratasi.

Kriteria: Ibu bias Buang Air Besar dengan lancar.

Intervensi menurut(Purwanti (2012:53), antara lain :

1) Berikan penjelasan kepada pasien mengenai pentingnya BAB sedini mungkin setelah melahirkan.

R/ Pasien tidak akan menahan diri untuk BAB jika terasa.

2) Yakinkan pasien bahwa jongkok dan mengejan ketika BAB tidak akan menimbulkan kerusakan pada luka jahitan.

R/ Menghilangi rasa takut pada pasien untuk melakukan buang air.

3) Anjurkan pasien untuk banyak minum air putih serta makan sayur dan buah.

R/ Membantu memperlancar eliminasi.

b. Masalah 2 : Retensio Urine

Tujuan :Setelah dilakukan asuhan ,Pola eleminasi (BAK) pasien teratur

Kriteria :Eliminasi BAK lancar, retensio urine tidak ada, bladder kosong, keluhan kencing tidakada

Intervensi menurut (Mitayani (2009)

- (1) Kaji pengeluaran urine, keluhan serta keteraturan pola berkemih.

R/ Mengidentifikasi penyimpangan dalam pola berkemih pasien

- (2) Anjurkan pasien melakukan ambulasi dini .

R/ Ambulasi dini memberikan rangsangan untuk pengeluaran urine dan pengosongan bladder.

- (3) Anjurkan pasien untuk membasahi perineum dengan air hangat sebelum berkemih,

R/ Membasahi bladder dengan air hangat dapat mengurangi ketegangan akibat adanya luka pada bladder.

- (4) Anjurkan pasien untuk berkemih secara teratur.

R/ Menerapkan pola berkemih secara teratur akan melatih pengosongan bladder secara teratur.

- (5) Anjurkan pasien untuk minum air 2500-3000 ml/24jam.

R/Minum banyak mepercepat filtrasi pada glomerulus dan mempercepat pengeluaran urine.

- (6) Kolaborasi untuk melakukan kateterisasi bila pasien kesulitan berkemih.

R/ Kateterisasi memabnatu pengeluaran urine untuk mencegah stasis urine.

C.Masalah 3: Nyeri pada luka jahitan perineum.

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, rasa nyeri teratasi.

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu.

Intervensi menurut (Sulistiyawati (2009), antara lain :

(1)Observasi luka jahitan perineum.

R/Untuk mengkaji jahitan perineum dan mengetahui adanya infeksi.

(2)Anjurkan ibu untuk mandi dengan menggunakan air hangat.

R/Mengurangi sedikit rasa nyeri pada ibu.

(3)Ajarkan ibu tentang perawatan perineum yang benar.

R/Ibu bisa melakukan perawatan perineum secara benar dan mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.

(4)Beri analgesik oral (paracetamol 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu).

R/Meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang.

Masalah 4 : After pain atau kram perut

Tujuan : Masalah kram perut teratasi.

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu.

Intervensi menurut (Suherni (2009:123-122), antara lain:

1) Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih secara rutin supaya tidak penuh.

R/ Kandung kemih yang penuh menyebabkan kontraksi uterus tidak optimal dan berdampak pada nyeri *after pain*.

2) Sarankan ibu untuk tidur dengan posisi telungkup dan bantal di bawah perut.

R/Posisi ini menjaga kontraksi tetap baik dan menghilangkan nyeri.

3) Jika perlu berikan analgesik (parasetamol, asam mefenamat, kodein, atau asetaminofen).

R/Meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang.

Masalah 5 : Bendungn ASI

Tujuan : Setelah diberi asuhan, masalah bendungan ASI teratasi.

Kriteri : Payudara tidak bengkak, kulit payudara tidak mengkilat dan tidak merah, payudara tidak nyeri, tidak terasa penuh dan tidak keras.

Intervensi menurut (Manuaba (2010:420), antara lain:

1) Anjurkan ibu untuk mengosongkan ASI dengan masasse dan pompa.

R/Pengsongan payudara secara manual dapat membantu mengurangi pembengkakan payudara.

2) Berikan terapi estradiol dan simtomatis

R/Terapi estradiol sementara dapat menghentikan pembuatan ASI dan simtomatis dapat mengurangi keluhan.

V. IMPLEMENTASI

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya *promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan kriteria :

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

VI. EVALUASI

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk

melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria:

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan /keluarga
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

VII. DOKUMENTASI

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

1. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia.
2. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.
S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.
O adalah data Objektif, mencatat hasil pemeriksaan.
A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.
P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif.

2.2.4. KONSEP DASAR ASUHAN KEBIDANAN PADA NEONATUS

I. PENGKAJIAN DATA

3) Data subyektif

a) Biodata bayi dan orang tua

Semua bayi baru lahir di fasilitas kesehatan harus segera mendapatkan tanda pengenal berupa gelang yang dikenakan pada bayi dan ibunya untuk menghindari tertukarnya bayi. Gelang pengenal berisi identitas ibu dan ayah, tanggal, jam lahir dan jenis kelamin (Kemenkes RI, 2011:15).

b) Keluhan utama

Keluhan utama pada neonatus adalah bayi gelisah, tidak ada keinginan untuk menghisap ASI, bayi lapar, tidak sabar untuk menghisap puting (Manuaba, 2010:221)

c) Pola kebiasaan sehari-hari

1. Nutrisi

Bayi menyusu setiap 1-8 jam. Menyusu biasanya jarang pada hari pertama pascapartum. Frekuensi meningkat dengan cepat antara hari ke-3 sampai hari ke-7 kelahiran (Walsh, 2007:375). Bayi kemungkinan akan lapar setiap 2-4 jam sepanjang hari. Hendaknya bayi dibangunkan setiap 3-4 jam untuk diberi makan. Bayi hanya memerlukan ASI selama 6 bulan pertama. Memberi bayi makanan lain, tidak akan membuat bayi tidur nyenyak, melainkan akan

menimbulkan alergi. Bantu bayi untuk bersendawa setiap kali selesai minum ASI (Varney, Kriebs dan Gegor, 2008:897)

2. Eliminasi

Urin pertama dikeluarkan saat lahir, atau dalam 24 jam pertama dan setelahnya dengan frekuensi yang semakin sering seiring meningkatnya asupan cairan. Urin encer, bewarna kuning, dan tidak berbau. Warna keruh disebabkan lendir dan garam asam urat dapat terjadi pada mulanya hingga asupan meningkat. Mekonium yang telah ada diusus besar sejak usia 16 minggu kehamilan, dikeluarkan seluruhnya dalam 48-72 jam. Feses pertama ini bewarna hijau kehitaman, lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel. Sejak hari ke-3 minggu ke-5 kelahiran, feses menjadi bewarna kuning (Fraser, 2009:711)

3. Tidur

Semenjak aktivasi pernapasan pada saat lahir, bayi tetap terjaga dan efektif terhadap rangsang untuk jangka waktu sekitar 1 jam, lalu rileks dan tidur. lama tidur pertama ini bervariasi dari beberapa menit hingga hingga beberapa jam, dan diikuti periode ke-2 reaktivitas. Pada awalnya periode terbangun berhubungan dengan rasa lapar, tetapi

setelah beberapa minggu periode terbangun berlangsung lebih lama memenuhi kebutuhan terhadap interaksi sosial (Frederick, 2009:713). Bayi baru lahir tidur 16-18 jam sehari, paling sering blok waktu 45 menit sampai 2 jam (Walsh, 2007:378).

4. Aktivitas

Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam perhari, tergantung pada temperamen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok basah dan stimulasi berlebihan (Walsh, 2007:378).

5. Personal hygiene

Kulit bayi baru lahir sangat rentan mengering. Kulit kering yang berlebihan pada bayi menyebabkan ketidaknyamanan, dermatitis popok, dan memperburuk *cradle cap*.

d) Riwayat psikososial

Sentuhan badan antara ibu dan bayi akan berpengaruh terhadap perkembangan psikologi bayi selanjutnya, karena kehangatan tubuh ibu merupakan stimulasi mental yang mutlak dibutuhkan oleh bayi dan bayi akan mendapatkan rasa aman dan terlindungi dan ini merupakan dasar bagi terbentuknya rasa percaya pada diri anak (Marmi, 2015:40). 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). 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, 2011:67).

II. Data obyektif

1. Keadaan umum bayi yang sehat tampak kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, mengis keras (Wiknjosastro, 2005:256).

2. Tanda-tanda vital

a) Nadi

Frekuensi jantung bayi cepat, sekitar 120-160 kali per menit (marmi, 2014:8).

b) Suhu

Suhu rektal menunjukkan suhu inti tubuh, suhu aksila normalnya 1° lebih dingin dari suhu inti tubuh yaitu $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$ (Walsh, 2007:369).

c) Pernapasan

Bayi baru lahir selama satu menit penuh dengan mengobservasi gerakan naik turun perut bayi. Pernapasan bayi dapat naik turun, semakin lambat atau semakin cepat dari waktu ke waktu, kondisi itu normal. Pada pernapasan normal, perut dan dada

bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi dan ekspirasi (Sifuddin, 2010:138). Frekuensi rata-rata 40 kali per menit. Rentang 30-60 kali per menit. Pernapasan merupakan pernapasan diafragma dan abdomen (Varney, 2007:880).

3. Antropometri

1. Panjang badan

Panjang badan bayi baru lahir normalnya 48-52 cm (marmi, 2014:8)

2. Berat badan

Berat badan bayi baru lahir rata-rata adalah 2500 - 4000 gram (marmi.2014:8).

Tabel 2.23

Penurunan berat badan neonatus sesuai umur

Umur	Penurunan atau kenaikan BB yang dapat diterima dalam bulan pertama
1 minggu	Turun sampai 10%
2-4 minggu	Naik setidaknya-tidaknya 160 gram perminggu (setidaknya 15 gram perhari).
1 bulan	Naik setidaknya-tidaknya 300 gram dalam bulan pertama
Bila penimbangan dilakukan setiap hari dengan alat	
Minggu pertama	Tidak ada penurunan berat badan atau kurang dari 10%
Setelah minggu pertama	Setiap hari terjadi kenaikan pada bayi kecil setidaknya-tidaknya 20 gram.

(Sumber : Wiknjosastro, Gulardi H, 2008:143)

3. Ukuran kepala

Ukuran kepala bayi aterm dibagi menjadi ukuran muka belakang dan ukuran melintang Manuaba (2010:102),. Ukuran muka belakang dibagi menjadi 5 antara lain:

- a) Diameter suboksipito bregmatika 9,5 cm. lingkaran (sirkumferensia) suboksipito bregmatika 32 cm.
- b) Diameter suboksipito frontalis 11 cm.
- c) Diameter fronto oksipitalis 12 cm. Lingkaran oksipito frontalis 34 cm.
- d) Diameter mentop oksipitalis 13,5 cm . Lingkaran mento oksipitalis 35 cm.
- e) Diameter submento bregmatika 9,5 cm. Lingkaran submento bregmatika 32 cm.

Ukuran melintang dibagi menjadi 2 antara lain:

8. Diameter biparietalis 9 cm.
9. Diameter bitemporalis 8 cm.

Jika ukuran kepala terlalu besar kemungkinan bayi mengalami makrosefalus, dan jika ukuran kepala terlalu kecil kemungkinan bayi mengalami mikrosefalus Manuaba (2010:102).

- a. Lingkar dada 30-38 cm
- b. Lingkar lengan 11-12 cm (Vivian nanny, Dewi 2010:2)

4. Pemeriksaan fisik

1. Kepala

Raba sepanjang garis sutura dan fontanel, apakah ukuran dan tampilan normal. Sutura yang berjarak lebar mengindikasikan bayi preterm, moulding yang buruk atau hidrosefalus. Pada kelahiran spontan letak kepala, sering terlihat tulang kepala tumpang tindih yang disebut moulding atau molase. Keadaan ini normal kembali setelah beberapa hari sehingga ubun-ubun mudah diraba. Perhatikan ukuran dan ketegangannya. Fontanel anterior harus diraba, fontanel yang besar dapat terjadi akibat prematuritas atau hidrosepalus, sedangkan yang terlalu kecil terjadi pada mikrosefaling, jika flentanol menonjol, hal ini diakibatkan peningkatan tekanan intracranial, sedangkan yang cekung dapat diakibatkan dehidrasi. Terkadang teraba fontanel ketiga antara fontanel anterior dan posterior, hal ini terjadi karena adanya trisomi. Periksa adanya trauma kelahiran misalnya, caput sukcedum, sepal hematoma, perdarahan subdural atau fraktur tulang tengkorak. Perhatikan adanya kelainan congenital seperti anensifali, mikrosefali, kraniotabes dan sebagainya (marmi, 2014:56).

2. Wajah

Wajah harus tampak simetris. Terkadang wajah bayi tampak asimetris hal ini dikarenakan posisi bayi diintrauteri. Perhatikan

kelainan wajah yang khas seperti sindrom down atau sindrom piere robin. Perhatikan juga kelainan wajah akibat trauma lahir seperti laserasi, paresis N fasialis (Marmi, 2014:56).

3. Mata

- a). Goyangkan kepala bayi secara perlahan-lahan supaya mata bayi terbuka.
- b) Periksa jumlah, posisi atau letak mata
- c) Periksa adanya strabismus yaitu koordinasi mata yang tidak sempurna
- d) Periksa adanya glaucoma konginetal, mulanya akan tampak sebagai pembesaran kemudian sebagai kekeruhan pada kornea
- e) Katarak konginetal akan mudah terlihat yaitu pupil berwarna putih, pupil harus terlihat bulat, terkadang ditemukan seperti bentuk lubang kunci yang dapat mengindikasikan adanya deflekratina
- f) Periksa adanya trauma seperti palpebra, perdarahan konjungtiva atau retina.
- g) Periksa adanya secret pada mata konjungtifitis oleh kuman gonokokus dapat menjadi panoftalmia yang menyebabkan kebutaan
- h) Apabila ditemukan epichantus melebar kemungkinan bayi mengalami sindrom down. (Marmi, 2015:56-57).

4. Hidung

pemeriksaan hidung dikaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm. Bayi harus bernafas dengan hidung, jika melalui mulut harus diperhatikan kemungkinan ada obstruksi jalan nafas karena atresia koana bilateral, fraktur tulang hidung atau ensefalokel yang menonjol ke nasofaring, hal ini kemungkinan karena adanya sifilis kongental (Marmi, 2015:57). Pada

5. Mulut

Simetris, tidak ada sumbing (skizis), refleks hisap kuat, saliva berlebihan dikaitkan dengan fistula atau atresia trakeosofagus (Walsh, 2007:370).

6. Telinga

Telinga harua menempel pada titik garis horizontal dari kantung luar mata. Kartilago keras dan berkambang baik. Pendengaran harus baik, bayi harus terkejut dengan bunyi keras dan mampu memalingkan perhatian ke arah suara yang dikenalnya (Walsh, 2007:370).

7. Leher

Simetris, tidak teraba massa dan pembesaran tiroid, tidak ada kremitus atau fraktur (Walsh, 2007:370). Leher bayi biasanya pendek dan harus diperiksa kesimetrisannya. Pergerakan harus baik. Jika terdapat keterbatasan pergerakan kemungkinan ada

kelainan tulang leher. Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhealis (Marmi, 2015:57).

8. Dada

(1) 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

(2) Pada bayi cukup bulan, puting susu cepat terbentuk dengan baik dan tampak simetris

(3) Payudara tampak membesar tapi ini normal (Marmi, 2014:58)

9. Aksila

Nodus kecil dapat terlihat pada beberapa neonatus sehat. Neonatus yang pernah terpajan pada HIV mengalami limfadenopati aksilaris (Walsh, 2007:371).

10. Abdomen

1. Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan

2. Jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat herni adiafomatika
3. Abdomen yang membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor lainnya
4. Jika perut kembung kemungkinan adanya enterokolitis fekalis, omfalokel atau ductus omfaloentrikus pasisten (Marmi, 2014:58-59).

11. Punggung

Punggung bayi harus diinspeksi dan dipalpasi dengan posisi bayi telungkup. Jika ada pembengkakan, lesung atau rambut yang melekat dapat menandakan adanya cacat tulang belakang tersamar (Fraser, 2009:715). Bokong harus diregangkan untuk mengkaji lesung dan sinus yang dapat mengindikasikan anomali medula spinalis (Walsh, 2007:373).

12. Genetalia

Pada bayi perempuan, terdapat tonjolan labia mayora, minora, dan klitoris. Kemungkinan ada mukoid atau sedikit rabas darah yang terlihat pada usia 2-7 hari, akibat efek sementara dari estrogen ibu. Pada neonatus laki-laki lokasi meatus uretra harus tepat diujung penis. Hipospadia menunjukkan meatus ada di ventral. Epispadia menggambarkan meatus terletak dorsal. Kulup normalnya

melekat pada glans, dan retrasi tidak boleh dilakukan. Skrotum mungkin mengalami edema atau pembesaran. Hidrokel (cairan disekitar testis) umum terjadi dan biasanya menghilang pada usia 1 tahun 9 (Walsh, 2007:372-373).

13. Anus

Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya *mekonium plug sindrom*, *megakolon* atau obstruksi saluran pencernaan (Marmi. 2015:59).

14. Ekstremitas

Ukuran setiap tulang harus proporsional untuk ukuran seluruh tungkai dan tubuh secara umum. Tungkai harus simetris, terdapat 10 jari, telapak harus terbuka secara penuh untuk memeriksa jari ekstra dan lekukan telapak tangan. Sendiktili adalah penyatuan atau penggabungan jari-jari dan polidaktili menunjukkan jari ekstra. Kuku jari harus ada pada setiap jari dan pada bayi aterm, kuku ini meluas sampai ujung jari. Bayi normal lahir dengan refleks menggenggam yang kuat, dan ekstremitas atas difleksikan satu sama lain dengan tonus baik ketika bayi dalam status terjaga tenang (Walsh, 2007:370-371).

e) Pemeriksaan penunjang

1) Refleks *glabella*

Ketuk daerah pangkal hidung secara pelan-pelan dengan menggunakan jari telunjuk pada saat mata terbuka. Bayi akan mengedipkan mata 4-5 ketukan pertama.

2) Refleks menghisap

Benda menyentuh bibir disertai reflek menelan tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat dilihat pada bayi menyusu. Rangsangan puting susu pada langit-langit bayi menimbulkan refleks menghisap.

3) Reflek ruting/ mencari

Bayi menoleh ke arah benda yang menyentuh pipi. Misalnya: mengusap pipi bayi dengan lembut, bayi menolehkan kepalanya ke jari kita dan membuka mulutnya.

4) Reflek genggam / palmar grabs

Dengan meletakkan jari telunjuk pada palmar, tekanan dengan jentel, normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat. Jika telapak bayi ditekan, bayi mengepalkan tinjunya.

5) Refleks babinsky

Gores telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakan sepanjang arah kaki bayi akan menunjukkan respon berubah semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi.

6) Reflek moro

Timbulnya gerakan simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan atau dikejutkan dengan bertepuk tangan.

7) Reflek melangkah

Bayi menggerak-gerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras

8) Reflek tonicnag atau fanching ekstremitas pada suatu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan kesatu sisi selagi istirahat respon ini dapat tidak ada atau tidak lengkap segera setelah lahir yang terlahir

9) reflek ekstruksi bayi baru lahir menjulurkan lidah keluar dengan ujung lidah disentuh dengan jari atau putting. (Marmi, 2014:70-72).

III. DIAGNOSA KEBIDANAN

Menurut Kemenkes RI (2011:5) perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Kreteria perumusan diagnosa dan atau masalah adalah:

- 1) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- 2) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien

3) dapat diselesaikan dengan Asuhan Kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

Contoh Sondakh (2013:165), diagnosa dapat ditegakkan adalah bayi baru lahir normal, umur... jam, bayi lahir tanggal... dengan normal, tangisan kuat, warna kulit merah, tonus otot baik, BB (2500-400 gram), PB (48-52 cm).

Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir diberikan kepada bayi-bayi baru lahir dengan masalah sebagai berikut, bercak mongol, hemangioma, ikterik, muntah dan gumoh, oral thrush, diaperash, seborrhea, bisulan, milliarasi, diare, obstipasi, infeksi dan bayi meninggal mendadak (Marmi.2014:9)

IV. INTERVENSI

a) Diagnosa : Menurut Sondakh (2013:165), diagnosa yang dapat ditegakkan adalah bayi baru lahir normal, umur... jam, bayi baru lahir tanggal... dengan normal, tangisan kuat, warna kulit merah, tonus otot baik, BB(2500-400 gram), PB (48-52 cm).

Tujuan : Neonatus dapat melewati masa transisi dari intrauterin ke ekstrauterin dengan baik (Muslihatun, 2010:10)

Kreteria:

(1)Bayi tampak sehat, kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis kuat, minum ASI *on demand* (Wiknojosastro, 2005:256).

(2)Nadi 120-160 kali per menit (marmi, 2014:8)

(3)Suhu bayi 36,5-37,5⁰C (marmi, 2014:25)

(4) Frekuensi pernapasan rata-rata 40 kali per menit, rentang 30-60 kali per menit (Varney, 2007:879)

(5) Berat bayi turun maksimal sampai 5-10% dari berat lahirnya dalam 3-4 hari pertama (Johnson, 2013:349)

Intervensi menurun (Marmi (2012:87-88) adalah:

- 1). Berikan penjelasan tanda-tanda bahaya bayi pada orangtua.

Rasional: pengetahuan ibu tentang tanda-tanda bahaya bayi akan mengubah cara pandang klien mengenai bayinya, sehingga ibu dapat menghargai dan menerima keadaan bayinya.

- 2) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering.

Rasional: tali pusat yang basah atau lembab dapat menyebabkan infeksi. Luka cepat kering apabila terdapat oksigen yang terpapar langsung pada luka.

- 3) Beri ASI, bila bayi tidur beri ASI setiap 2-3 jam.

Rasional: kapasitas lambung pada bayi terbatas, kurang dari 30 cc untuk bayi baru lahir cukup bulan. ASI diberikan 2-3 jam sebagai waktu mengosongkan lambung (Varney, 2007:885).

- 4) Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat, dan kering.

Rasional: kehilangan panas yang cepat dalam lingkungan yang dingin terjadi melalui konduksi, konveksi, radiasi dan evaporasi. Trauma dingin (hipotermi) pada bayi baru lahir dalam hubungannya dengan asidosis metabolik dapat bersifat mematikan, bahkan pada bayi cukup bulan yang sehat (Sondakh, 2013:152)

5) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusu kurang baik .

Rasional: suhu normal bayi adalah 36,5-37,5⁰C. Suhu yang tinggi menandakan adanya infeksi

6) Mandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir.

Rasional: memandikan bayi dalam beberapa jam pertama setelah lahir dapat menyebabkan hipotermia yang sangat membahayakan kesehatan bayi baru lahir

Masalah I : Resiko hipoglikemi

Tujuan : Hipoglikemi tidak terjadi

Kreteria menurut Manuaba 2010 adalah:

- e) Kadar glukosa dalam darah $\geq 43\text{mg/dL}$
- f) Bayi tidak kejang, tidak latargi, pernapasan teratur, kulit kemerahan, tidak pucat, minum ASI adekuat, tangis kuat dan normotermi

Intervensi adalah: (Sondakh, 2013:155)

1. Kaji bayi baru lahir dan cacat setiap faktor resiko.

Rasional: bayi preterm, bayi dari ibu diabetes, bayi baru lahir dengan asfiksia, stres karena kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk berisiko mengalami hipoglikem

2. Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan strip-kimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1-2 jam setelah lahiran.

Rasional: 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.

3. Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemi.

Rasional: Tanda-tanda hipoglikemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

1. Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10% bagi bayi yang berisiko hipoglikemia.

Rasional: nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglikemia.

2. Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat, dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal.

Rasional: tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energi bayi.

Masalah II : Resiko Hipotermi

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

Kriteria :

- a. Suhu bayi 36,5-37,5°C
- b. bayi menetek kuat, tidak,lesu, akral hangat, denyut jantung bayi 120-160 kali/menit, kulit tubuh bayi lembab, turgor baik (Saifuddin, 2009:373)

Intervensi menurut (Saifudin 2009)

- 1) Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksila atau kulit.

Rasional: penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh, yang dapat menjadi indikator awal stres dingin.

- 2) Kaji tanda-tanda hipotermi.

Rasional: selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kematian

- 3) Cegah kehilangan panas tubuh bayi melalui konduksi, konveksi, radiasi dan evaporasi.

Rasional: konveksi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu tubuh lebih rendah dari suhu tubuh bayi. Evaporasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas bayi sendiri karena setelah lahir, tubuh bayi tidak segera dikeringkan dan diselimuti.

Masalah III : Risiko Ikterik

Tujuan : Ikterik tidak terjadi

Kriteria menurut (Marmi 2010) adalah:

- a) Kadar bilirubin serum $\leq 12,9$ mg/dL

- b) Kulit bayi bewarna kemerahan, mukosa, sklera, dan urin tidak bewarna kekuning-kuningan

Intervensi antara lain

- 1) Mengkaji faktor-faktor risiko.

Rasional: riwayat prenatal tentang imunisasi Rh, inkompatibilitas ABO, penggunaan aspirin pada ibu, sulfonadima, atau obat-obatan antimikroba, dan cairan amniom bewarna kuning (indikasi penyakit hermolitik tertentu) merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat

- 2) Mengkaji tanda dan gejala klinis ikterik.

Rasional: pola penerimaan ASI yang buruk, latargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya refleksi *morro* merupakan tanda-tanda awal enselepati bilirubin (kernikterus).

- 3) Berikan ASI sesegera mungkin, dan lanjutkan setiap 2-4 jam.

Rasional: kolostrum sebagai pembersih selaput usus BBL sehingga saluran pencernaan siap untuk menerima makanan

- 4) Jemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit.

Rasional: 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.

Masalah IV : Seborrhea

Tujuan : Tidak terjadi seborrhea

Kriteria : a) Tidak timbul ruam tebal berkeropeng berwarna kuning di kulit kepala Kulit kepala bersih dan tidak ada ketombe

Intervensi menurut (Marmi (2012:228) :

- a. Cuci kulit kepala bayi menggunakan shampoo 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 *hydrocortison* 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 pemijatan kulit kepala dapat menghilangkan jamur lewat seriphan kulit yang lepas.

- d. Periksa ke dokter, bila keadaan semakin memburuk.

R/Penatalaksanaan lebih lanjut.

Masalah V : Miliariasis

Tujuan : Miliariasis teratasi

Kriteria : Tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi cairan diseluruh tubuh.

Intervensi menurut(Manuaba 2010)

1. Mandikan bayi secara teratur 2 kali sehari.

R/Mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat yang berlebihan

2. Bila berkeringat, seka tubuhnya sesering mungkin dengan handuk, lap kering

R/Meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat.

3. Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa mengeringkan terlebih dahulu.

R/Pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat memperparah miliariasis.

4. Kenakan pakaian katun untuk bayi

R/Bahan katun dapat menyerap keringat.

5. Bawa periksa ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal, luka/lecet, rewel dan sulit tidur.

R/Penatalaksanaan lebih lanjut.

Masalah VI : Muntah dan gumoh

Tujuan : Bayi tidak muntah dan gumoh setelah minum

Kriteria : a) Tidak muntah dan gumoh setelah minum

(17) Bayi tidak rewel

Intervensi menurut(Romauli 2011:43)

1. Sendawakan bayi selesai menyusui.

R/Bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui.

2. Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel atau menangis.

R/Mengurangi masuknya udara yang berlebihan.

Masalah VII : *Oral trush*

Tujuan : *Oral trush* tidak terjadi

Kriteria : Mulut bayi tampak bersih

Intervensi menurut (Marmi (2012:63)

1. Bersihkan mulut bayi setelah selesai menyusui menggunakan air matang.

R/Mulut yang bersih dapat meminimalkan tumbuh kembang jamur *candida albicans* penyebab oral trush.

2. Bila bayi minum menggunakan susu formula, cuci bersih botol dan dot susu, setelah itu diseduh dengan air mendidih atau direbus hingga mendidih sebelum digunakan.

R/Mematikan kuman dengan suhu tertentu

3. Bila bayi menyusui ibunya, bersihkan puting susu sebelum menyusui.

R/Mencegah timbulnya oral trush

Masalah VIII : *Diaper rash*

Tujuan : Tidak terjadi *diaper rash*

Kriteria : Tidak timbul bintik merah pada kelamin dan bokong bayi

Intervensi menurut (Ari Sulistyawati 2011) :

i) Perhatikan daya tampung dari diaper, bila telah menggantung atau menggelembung ganti dengan yang baru.

R/Menjaga kebersihan sekitar genetalia sampai anus bayi.

j) Hindari pemakaian diaper yang terlalu sering. Gunakan diaper disaat yang membutuhkan sekali.

R/Mencegah timbulnya *diaper rash*.

k) Bersihkan daerah genetalia dan anus bila bayi BAB dan BAK, jangan sampai ada sisa urin atau kotoran dikulit bayi.

R/Kotoran pantat dan cairan yang bercampur menghasilkan zat yang menyebabkan peningkatah pH kulit dan enzim dalam kotoran. Tingkat keasaman kulit yang tinggi ini membuat kulit lebih peka, sehingga memudahkan terjadinya iritasi kulit.

l) Keringkan pantat bayi lebih lama sebagai salah satu tindakan pencegahan.

R/Kulit tetap kering sehingga meminimalkan timbulnya iritasi kulit.

V. MPLEMENTASI

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan

melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya *promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan kriteria :

- 1) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
- 2) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*Inform consent*)
- 3) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*
- 4) Melibatkan klien/pasien
- 5) Menjaga *privacy* klien/pasien
- 6) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- 7) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
- 8) Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
- 9) Melakukan tindakan sesuai standar
- 10) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

VI. EVALUASI

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria:

- 1) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- 2) Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan /keluarga.
- 3) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
- 4) Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

VII.DOKUMENTASI

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

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia
- a. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
- S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa
- O adalah data Objektif, mencatat hasil pemeriksaan
- A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
- P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan. Kolaborasi, evaluasi/ *follow up* dan rujukan.

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



2.2.5 KONSEP DASAR ASUHAN KEBIDANAN KELUARGA BERENCANA

I. PENGKAJIAN DATA

1. Biodata

a) Nama

Untuk menetapkan identitas pasti pasien karena mungkin memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomor telepon yang berbeda (Manuaba, 2012:221).

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:U-9).

c) Agama

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

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 (Glasier, 2006:18).

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 pascasalin menurut Saifuddin (2013:U-9) adalah:

1. Usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan.
2. 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, miom uterus, diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke (Saifuddin, 2013:MK-45, 49, 52).

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, 2010:MK-55).

c) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin (Saifuddin, 2013:U-53).

d) Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan, dan nifas, perlu diperlukan konseling prakonsepsi dengan memperhatikan resiko masing-masing penyakit. Pasien dengan kelainan jantung derajat 3 dan 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilih cara kontrasepsi AKDR, tubektomi atau vasektomi pada suami (Saifuddin, 2014:275).

e) Ibu dengan penyakit infeksi alat genital (vaginitis, servicitis), sedang mengalami atau menderita PRP atau abortus septik, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang mempengaruhi kavum uteri, penyakit trofoblas yang ganas, TBC pelvik, kanker alat genital tidak diperkenankan menggunakan AKDR dengan progestin (Saifuddin, 2013:MK-70).

4. Riwayat Kebidanan

1) Haid

Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalinan insersi implan dapat dilakukan setiap saat. Bila menyusui penuh, klien tidak perlu memakai metode kontrasepsi lain. Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, insersi dapat dilakukan setiap saat tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja (Saifuddin, 2013:MK-68).

Pada metode KB MAL, ketika ibu mulai haid lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan metode KB lainnya (Saifuddin, 2010:MK-54).

Meskipun beberapa metode KB mengandung risiko, menggunakan kontrasepsi lebih aman, terutama apabila ibu sudah haid lagi (Saifuddin, 2010:129).

Wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efek estrogen yang rendah (Manuaba, 2012:598).

2) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu

Pada klien pasca persalinan yang tidak menyusui, masa infertilitasnya rata-rata berlangsung sekitar 6 minggu. Sedangkan pada klien yang menyusui, masa infertilitasnya lebih lama. Namun kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan (Saifuddin, 2013:U-51).

Pasien yang tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septik tidak boleh menggunakan kontraepsi IUD (Saifuddin, 2010:MK-77). IUD tidak untuk ibu yang memiliki riwayat kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010:MK-77).

3) Riwayat KB

Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada akseptor, pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implant, IUD) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2015:168). Pasien yang pernah mengalami problem ekspulsi IUD, ketidakmampuan mengetahui tanda-tanda bahaya dari IUD,

ketidakmampuan untuk memeriksa sendiri ekor IUD merupakan kontra indikasi untuk KB IUD (Hartanto, 2015:209).

5. Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

DMPA merangsang pusat pengendali nafsu makan di hipotalamus, yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak dari biasanya (Hartanto, 2015:171).

b) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot (Hartanto, 2015:124).

c) Istirahat/tidur

Gangguan tidur yang dialami ibu akseptor KB suntik sering disebabkan karena efek samping dari KB suntik tersebut (mual, pusing, sakit kepala) (Saifuddin, 2010:MK-35).

d) Kehidupan seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido (Saifuddin, 2010:MK-42).

e) Riwayat Ketergantungan

Merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah risiko terjadinya miokard infark, stroke dan keadaan tromboembolik (Hartanto, 2015:123).

Ibu yang menggunakan obat tuberkulosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat) tidak boleh menggunakan pil progestin (Saifuddin, 2010:MK-55).

II. DATA OBYEKTIF

(a) Pemeriksaan umum

4) Tanda-tanda vital

Suntikan progestin dan implan dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah < 180/110 mmHg (Saifuddin, 2010:MK-43).

Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Fraser dan Cooper, 2009:657).

5) Pemeriksaan antropometri

a) Berat badan

Umumnya pertambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1 kg sampai 5 kg dalam tahun pertama.

Penyebab pertambahan berat badan tidak jelas. Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh (Hartanto, 2015:171).

Permasalahan berat badan merupakan efek samping penggunaan kontrasepsi hormonal, terjadi peningkatan atau penurunan berat badan (Saifuddin, 2004:MK-42, MK-50).

6) Pemeriksaan fisik

1) Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Saifuddin, 2010:MK-50).

2) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin (Saifuddin, 2010:MK-52). Akibat terjadi perdarahan hebat memungkinkan terjadinya anemia (Saifuddin, 2010:MK-75).

3) Payudara

Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma seperti karsinoma payudara atau serviks, namun progesteron termasuk DMPA, digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2015:164).

Keterbatasan pada penggunaan KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara (Saifuddin, 2010:MK-49, MK-55).

Terdapat benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implant (Saifuddin, 2010:MK-55).

4) Abdomen

Peringatan khusus bagi pengguna implant bila disertai nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010:MK-58).

5) Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenore (Hartanto, 2015:170).

Ibu dengan varises di vulva dapat menggunakan AKDR (Saifuddin, 2010:MK-77).

Efek samping yang umum terjadi dari penggunaan AKDR diantaranya mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (*spotting*) antar menstruasi, dan komplikasi lain dapat terjadi perdarahan hebat pada waktu haid (Saifuddin, 2010:MK-75).

6) Ekstremitas

Pada pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan (Saifuddin, 2010:MK-58).

Ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan AKDR (Saifuddin, 2010:MK-77).

Untuk kontrasepsi IUD, selain dilakukan pemeriksaan fisik juga dilakukan pemeriksaan inspekulo dan bimanual untuk penapisan, sebagaimana diuraikan oleh Siswishanto (2004:19) sebagai berikut :

a) Pemeriksaan inspekulo

Dilakukan untuk mengetahui adanya lesi atau keputihan pada vagina.

Selain itu juga untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda-tanda kehamilan.

b) Pemeriksaan bimanual

Pemeriksaan bimanual dilakukan untuk :

- 1) Memastikan gerakan serviks bebas
- 2) Menentukan besar dan posisi uterus
- 3) Memastikan tidak ada tanda kehamilan
- 4) Memastikan tidak ada tanda infeksi atau tumor pada adneksa.

III. DIAGNOSA KEBIDANAN

P_{APIAH} usia 15-49 tahun, anak terkecil usia tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik, dengan kemungkinan masalah mual, sakit kepala, *amenorhea*, perdarahan/bercak, nyeri perut bagian bawah, perdarahan pervaginam. Prognosa baik.
Siswishanto (2004:19)

IV. PERENCANAAN

a) Diagnosa : P_{APIAH} usia 15-49 tahun, anak terkecil usia tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik. Prognosa baik.

Tujuan :

- 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 :

- i. Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas.
- ii. bu memilih salah satu KB yang sesuai.
- iii. Ibu terlihat tenang.

Intervensi menurut(Manuaba 2010:56)

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 kita akan dapat membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien.

3. Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontraindikasi.

R/Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu

klien memilih kontrasepsi yang dia inginkan

4. Bantulah klien menentukan pilihannya.

R/Klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan 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/Penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

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

Masalah 1: Amenorhea

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria : Ibu bisa beradaptasi dengan keadaanya

Intervensi menurut(Saifuddin (2010:MK-47) :

- 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.

Masalah 2 : 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:MK-33) :

- 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.

Masalah 3: Perdarahan bercak/*spotting*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya

Kriteria : Keluhan ibu terhadap masalah bercak/*spotting* berkurang

Intervensi menurut (Varney 2007) adalah:

1. Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah
R/Klien mampu mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek menggunakan KB hormonal adalah terjadinya perdarahan bercak/*spotting*.
2. Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya

Masalah 4 : Perdarahan pervaginam yang hebat

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi penggunaan KB

Kriteria : Perdarahan berkurang dan ibu tidak khawatir dengan kondisinya

Intervensi menurut (Marmi 2011)

- 1) Pastikan dan tegaskan adanya infeksi pelvik

R/Tanda dari kehamilan ektopik dan infeksi pelvik adalah berupa perdarahan yang banyak.

- 2) Berikan terapi ibuprofen (800mg, 3 kali sehari selama 1 minggu) untuk mengurangi perdarahan dan berikan tablet besi (1 tablet setiap hari selama 1-3 bulan)

R/Terapi ibuprofen dapat membantu mengurangi nyeri dan karena perdarahan yang banyak maka diperlukan tablet tambah darah.

- 3) Melepaskan AKDR jika klien menghendaki

R/Perdarahan yang banyak merupakan komplikasi dari penggunaan AKDR.

V. IMPLEMENTASI

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2007:6).

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
2. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*Inform consent*).
3. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*.

4. Melibatkan klien/pasien.
5. Menjaga privacy klien/pasien.
6. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
7. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
8. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
9. Melakukan tindakan sesuai standar
10. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

