

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori (Pengertian dan Proses atau Etiologi)

2.1.1 Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi (Yulistiana, 2015: 81). Manuaba, 2012, mengemukakan kehamilan adalah proses mata rantai yang bersinambungan dan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (*implantasi*) pada uterus, pembentukan placenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Sholic hah, Nanik, 2017: 79-80). Manuaba (2010) mengemukakan lama kehamilan berlangsung sampai persalinan aterm (cukup bulan) yaitu sekitar 280 sampai 300 hari (Kumalasari. 2015: 1).

Menurut Departemen Kesehatan RI, 2007, kehamilan adalah masa dimulai saat konsepsi sampai lahirnya janin, lamanya hamil normal 280 hari (40 minggu / 9 bulan 7 hari) di hitung dari triwulan/ trimester pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan,

trimester/ trimester ke-2 dari bulan ke- 4 sampai 6 bulan, triwulan/ trimester ke-3 dari bulan ke-7 sampai ke-9 (Agustin, 2012: 12).

Kehamilan merupakan masa yang cukup berat bagi seorang ibu, karena itu ibu hamil membutuhkan dukungan dari berbagai pihak, terutama suami agar dapat menjalani proses kehamilan sampai melahirkan dengan aman dan nyaman (Yuliana, 2015:1).

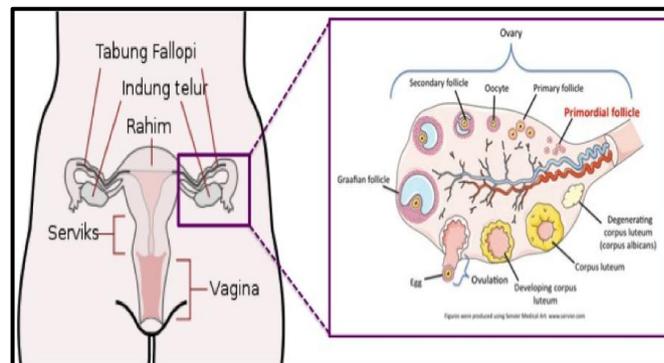
2. Proses Kehamilan

Bertemunya sel sperma laki-laki dan sel ovum matang dari wanita yang kemudian terjadi pembuahan, proses inilah yang mengawali suatu kehamilan. Untuk terjadi suatu kehamilan harus ada sperma, ovum, pembuahan ovum (konsepsi), implantasi (*nidasi*) yaitu perlekatan embrio pada dinding rahim, hingga *plasentasi* / pembentukan plasenta. Dalam proses pembuahan, dua unsur penting yang harus ada yaitu sel telur dan sel sperma. Sel telur diproduksi oleh indung telur atau ovarium wanita, saat terjadi ovulasi seorang wanita setiap bulannya akan melepaskan satu sel telur yang sudah matang, yang kemudian ditangkap oleh rumbai – rumbai (*microfilamen fimbria*) dibawa masuk ke rahim melalui saluran telur (*tuba fallopi*), sel ini dapat bertahan hidup dalam kurun waktu 12-48 jam setelah ovulasi. Berbeda dengan wanita yang melepaskan satu sel telur setiap bulan, hormon pria *testis* dapat terus bekerja untuk menghasilkan sperma. Saat melakukan senggama (*coitus*), berjuta-juta sel sperma (*spermatozoon*) masuk

kedalam rongga rahim melalui saluran telur untuk mencari sel telur yang akan di buahi dan pada akhirnya hanya satu sel sperma terbaik yang bisa membuahi sel telur.

a. Sel Telur (*ovum*)

Sel telur berada di dalam indung telur atau ovarium. Sel telur atau *ovum* merupakan bagian terpenting di dalam indung telur atau ovarium wanita. Setiap bulannya, 1-2 ovum dilepaskan oleh indung telur melalui peristiwa yang disebut *ovulasi*. Ovum dapat dibuahi apabila sudah melewati proses *oogenesis* yaitu proses pembentukan dan perkembangan sel telur didalam ovarium dengan waktu hidup 24-48 jam setelah ovulasi, sedangkan pada pria melalui proses *spermatogenesis* yaitu keseluruhan proses dalam memproduksi sperma matang. Sel telur mempunyai lapisan pelindung berupa sel-sel granulose dan zona pellusida yang harus di tembus oleh sperma untuk dapat terjadi suatu kehamilan (Megasari, dkk, 2015: 25). Ovarium terbagi menjadi dua, yaitu sebelah kiri dan kanan, didalamnya terdapat *follicel primary* (folikel ovarium yang belum matang) sekitar 100.000 (Sunarti, 2013: 24). Ovarium berfungsi mengeluarkan sel telur/ *ovum* setiap bulan, dan meghasilkan hormon *estrogen* dan *progesteron*



Gambar 2.1

Letak dan Gambaran Potongan Melintang Ovarium

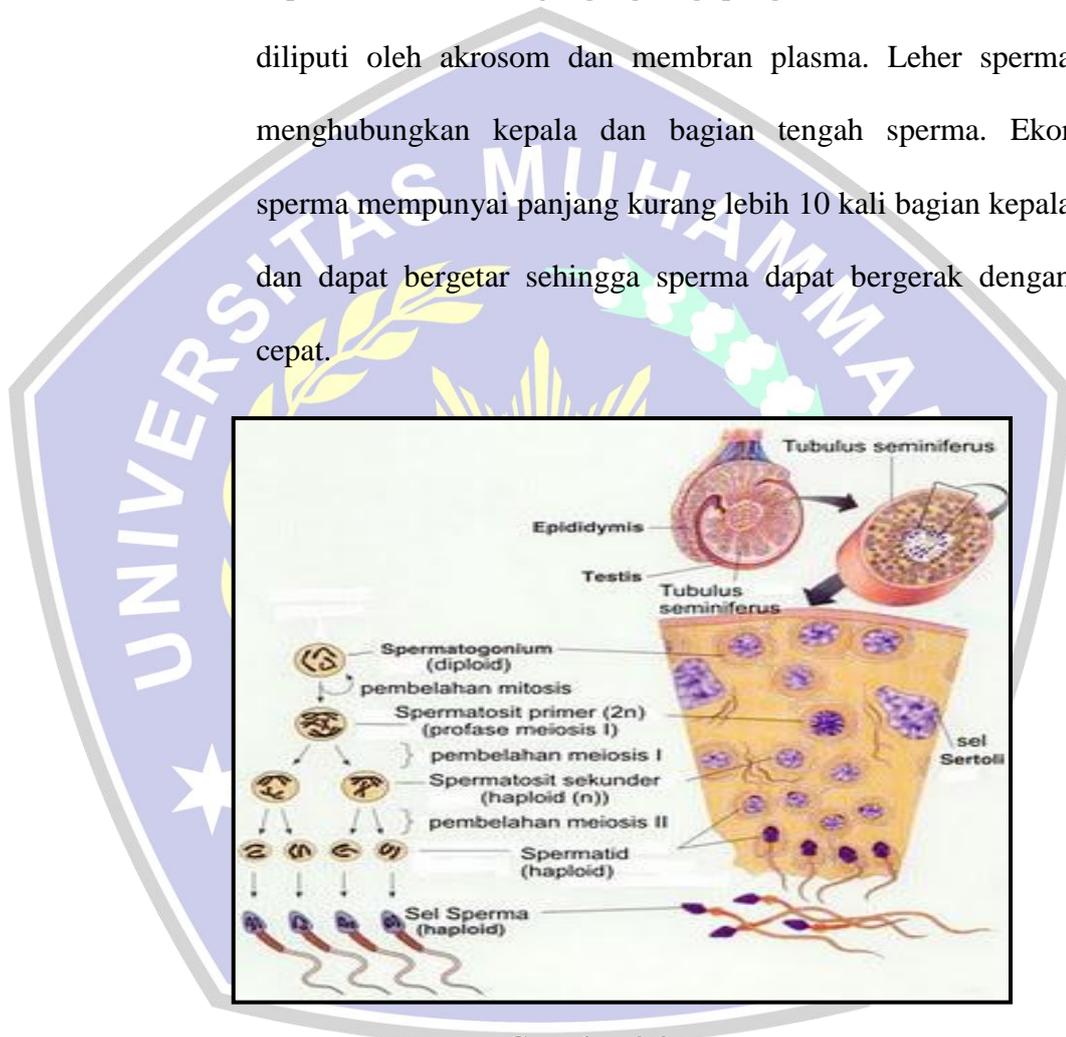
Sumber : kharisma-woman & education, de (diakses 10 Agustus 2017).

Ovarium terletak di dalam daerah rongga perut (*cavitas peritonealis*) pada cekungan kecil di dinding posterior *ligamentum latum*/ ligamen yang melekat pada kedua sisi uterus, dengan ukuran 3cm x 2cm x 1cm dan beratnya 5-8 gram (Megasari, dkk, 2015: 19). Didalam ovarium terjadi siklus perkembangan folikel, mulai dari folikel yang belum matang /folikel primordial menjadi folikel yang sudah masak/ matang (*follicel de graff*). Pada siklus haid, folikel yang sudah matang akan pecah menjadi suatu korpus yang disebut *corpus rubrum* yang mengeluarkan hormon esterogen, saat hormon LH (*luteinizing hormone*) meningkat sebagai sebagai reaksi tubuh akibat naiknya kadar esterogen yang disebut dengan *corpus luteum* / massa jaringan kuning di ovarium yang akan menghambat kerja hormon FSH (*follicel stimulating hormone*) dengan menghasilkan hormon progesteron dan berdegenerasi,

jika tidak terjadi pembuahan korpus ini akan berubah menjadi *corpus albican*/ badan putih dan siklus baru pun dimulai.

b. Sel Sperma (*spermatozoa*)

Sperma mempunyai bentuk/ susunan yang sempurna yaitu kepala berbenruk lonjong agak gopeng berisi inti (nucleus), diliputi oleh akrosom dan membran plasma. Leher sperma menghubungkan kepala dan bagian tengah sperma. Ekor sperma mempunyai panjang kurang lebih 10 kali bagian kepala dan dapat bergetar sehingga sperma dapat bergerak dengan cepat.



Gambar 2.2

Proses Pembentukan Sel Sperma

Sember : <http://jatim.bkkbn.go.id.proses-pembentukan-sperma> (diakses 18 Agustus 2017).

Sama halnya ovum yang melalui proses pematangan, sperma juga melalui proses pematangan (*spermatogenesis*) yang

berlangsung di tubulus seminiferus testis. Meskipun begitu terdapat perbedaanya yang jelas yaitu setelah melalui proses penggandaan/ replikasi DNA dan pembelahan sel dengan jumlah kromosom yang sama (*mitosis*) serta proses pembelahan sel dengan pengurangan materi genetik pada sel anak yang dihasilkan (*meiosis*) yaitu untuk satu oogonium diploid menghasilkan satu ovum haploid matur/ matang, sedangkan untuk satu spermatogonium diploid menghasilkan empat spermatozoa haploid matur. Pada sperma jumlahnya akan berkurang tetapi tidak habis seperti ovum dan tetap diproduksi meskipun pada lanjut usia. Sperma juga memiliki enzim *hyaluronidase* yang akan melunakkan sel – sel graulosa (sel pelindung ovum) saat berada dituba. Dalam 100 juta sperma pada setiap mililiter air mani yang dihasilkan, rata-rata 3 cc tiap ejakulasi, dengan kemampuan fertilisasi selama 2 – 4 hari, rata-rata 3 hari (Holmes, 2011: 26).

c. Pembuahan Ovum (Konsepsi)

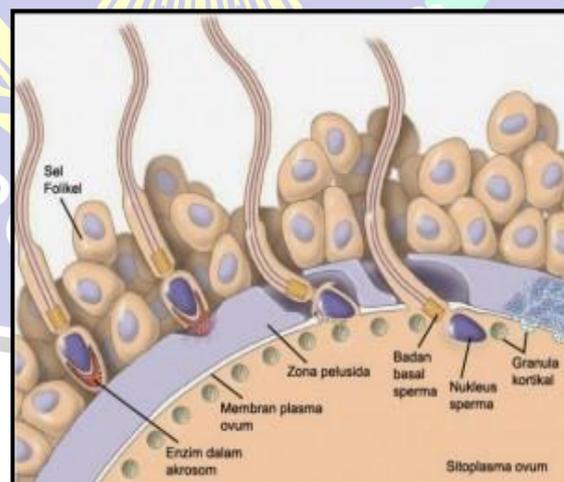
Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia konsepsi yaitu percampuran inti sel jantan dan inti sel betina, definisi lain konsepsi/ fertilisasi yaitu pertemuan sel ovum dan sel sperma (*spermatozoon*) dan membentuk zigot (Sunarti, 2013: 31). Konsepsi terjadi sebagai dampak beberapa peristiwa kompleks yang mencakup proses pematangan akhir

spermatozoa dan oosit, transpor gamet didalam saluran genetalia wanita, selanjutnya pelepasan gamet pria dan wanita, pembentukkan jumlah kromosom diploid (Holmes, 201:17). Sebelum terjadinya konsepsi dua proses penting juga terjadi, yang pertama *ovulasi* (runtuhnya/ lepasnya ovum dari ovarium/ indung telur sebagai hasil pengeluaran dari folikel dalam ovarium yang telah matang (*matur*). Ovum yang sudah dilepaskan selanjutnya masuk kedalam uterus (*tuba fallopi*) dibantu oleh rumbai – rumbai (*microfilamen fimbria*) yang menyapunya hingga ke tuba. Ovum siap dibuahi setelah 12 jam dan hidup selama 48 jam (Sunarti, 2013: 32), apabila dalam kurun waktu tersebut gagal bertemu sperma, maka ovum akan mati dan hancur. Kedua *inseminasi* yaitu pemasukan sperma (*ekspulsi semen*) dari uretra pria kedalam genetalia/ vagina wanita. Berjuta-juta sperma masuk kedalam saluran reproduksi wanita setiap melakukan *ejakulasi semen* / pemancaran cairan mani. Dengan menggerakkan ekor dan bantuan kontraksi muskular yang ada, sperma terus bergerak menuju tuba melalui uterus. Dari berjuta-juta sperma yang masuk hanya beberapa ratus ribu yang dapat meneruskan ke uterus menuju *tuba fallopi*, dan hanya beberapa ratus yang hanya sampai pada *ampula tuba* (Sunarti, 2013: 32). Bila ovulasi terjadi pada hari tersebut, ovum dapat segera di buahi oleh sperma yang

memiliki cukup banyak enzim *hialuronidase* (enzim yang menembus selaput yang melindungi ovum). Hanya ada satu dari ratusan sperma yang dapat membuahi ovum dan membentuk zigot.

d. Fertilisasi

Menurut Kamus Saku Kedokteran Dorlan definisi fertilisasi (*fertilization*) yaitu penyatuan gamet jantan dan betina untuk membentuk zigot yang diploid dan menimbulkan terbentuknya individu baru. Fertilisasi adalah proses ketika gamet pria dan wanita bersatu, yang berlangsung selama kurang lebih 24 jam, idealnya proses ini terjadi di *ampula tuba* yaitu tabung kecil yang memanjang dari uterus ke ovarium pada sisi yang sama sebagai jalan untuk *oosit* menuju rongga uterus juga sebagai tempat biasanya terjadi fertilisasi.



Gambar 2.3

Tahap Sperma Memasuki Ovum

(Sumber: <http://hypnobirthingsurabaya.com> (diakses 18 Agustus 2017)).

Sebelum keduanya bertemu, terdapat tiga fase yang terjadi diantaranya:

a. Fase Penembusan Korona Radiata

Dari 200-300 juta hanya sekitar 300-500 yang sampai di tuba fallopi yang bisa menembus korona radiata karena sudah mengalami proses kapasitasi,

b. Fase Penembusan Zona Pellusida

Yaitu sebuah perisai glikoprotein di sekeliling ovum yang mempermudah dan mempertahankan pengikatan sperma dan menginduksi reaksi akrosom. Spermatozoa yang bisa menempel di zona pellusida, tetapi hanya satu yang memiliki kualitas terbaik mampu menembus oosit,

c. Fase Penyatuan Oosit dan Membran Sel Sperma

Setelah menyatu maka akan dihasilkan zigot yang mempunyai kromosom diploid dan terbentuk jenis kelamin baru (Megasari, dkk, 2015: 27).

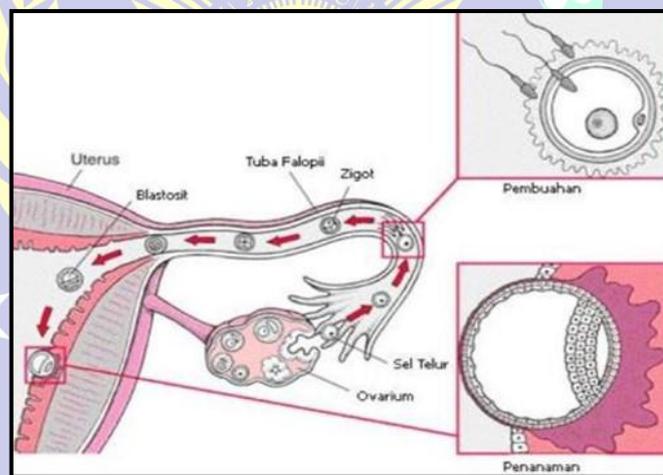
Zigot yang terdiri atas bahan genetik dari wanita dan pria, pada manusia terdapat 46 kromosom dengan rincian 44 dalam bentuk *autosom* (kromosom yang bukan kromosom seks) sedangkan lainnya sebagai kromosom pembawa tanda seks, pada seorang pria satu kromosom X dan satu kromosom Y. Sedangkan pada wanita dengan tanda seks kromosom X. Jika *spermatozoon* kromosom X bertemu, terjadi jenis kelamin

wanita dan sedangkan bila kromosom seks Y bertemu, terjadi jenis kelamin pria, sehingga yang menentukan jenis kelamin adalah kromosom dari pria/ pihak suami (Sunarti, 2013: 32). Sekitar 24 jam setelah konsepsi, zigot mengalami pembelahan menjadi 4 sel, 8 sel hingga 16 sel yang disebut *blastomer* (sel yang dihasilkan dari pembelahan ovum yang sudah dibuahi). Setelah tiga hari sel-sel tersebut akan membelah membentuk buah arbei dari 16 sel tersebut atau disebut dengan *morula* dalam waktu empat hari. Saat morula masuk ke dalam rongga rahim, cairan mulai menembus *zona pellusida* lalu masuk ke dalam ruang sel yang ada di massa sel dalam. Berangsur – angsur ruang antar sel menyatu dan akhirnya terbentuklah sebuah rongga (*blastocoele*) biasa disebut blastokista dalam waktu lima hari. Pada sel bagian dalam disebut embrioblas dan bagian luar disebut trofoblas. Seiring bergulirnya blastula menuju rongga uterus, zona pellusida/ membran luar blastula akan menipis dan akhirnya menghilang sehingga trofoblas dapat memasuki dinding rahim/ endometrium dan siap berimplantasi di dalam dinding uterus.

e. Implantasi (*nidasi*)

Pada hari keenam, lapisan trofoblas blastosis bersentuhan dengan endometrium uterus, biasanya terjadi di dinding posterior atas dan mulai berimplantasi. Pada lapisan luar sel (*trofoblas*), dapat

mengeluarkan enzim proteolitik (enzim yang kaya protein) yang melarutkan sebagian endometrium. Jaringan endometrium banyak mengandung sel-sel desidua yaitu sel-sel besar yang banyak mengandung glikogen dan mudah dihancurkan oleh trofoblas, lalu sel-sel trofoblas (*sinsitiotrofoblas*) menyekresi enzim yang mengikis endometrium untuk membantu penyediaan nutrisi bagi embrio yang tengah berkembang serta membantu perlekatan embrio pada endometrium. Blastula berisi massa sel dalam (*inner cell mass*) akan mudah masuk ke dalam desidua, menyebabkan luka yang kemudian sembuh dan menutup lagi. Saat nidasi terjadi sedikit perdarahan akibat luka desidua (tanda *hartman*) (Megasari, dkk. 2015: 28).



Gambar : 2.4

Proses Pembuahan (*Fertilisasi*) Dan Penanaman (*Implantasi*).
 Sumber: <http://hypnobirthingsurabaya.com> (diakses 18 Agustus 2017).

3. Tanda – Tanda Kehamilan

Ada 2 tanda yang menunjukkan seorang wanita mengalami suatu kehamilan, tanda pasti dan tanda tidak pasti. Tanda tidak

pasti dibagi menjadi dua, pertama tanda subjektif (presumtif) yaitu dugaan atau perkiraan seorang wanita mengalami suatu kehamilan, kedua tanda objektif (probability) atau kemungkinan hamil.

a. Tanda Pasti

1) Terdengar Denyut Jantung Janin (DJJ)

Denyut jantung janin dapat didengarkan dengan stetoskop *Laennec*/ stetoskop *Pinard* pada minggu ke 17-18. Serta dapat didengarkan dengan stetoskop ultrasonik (*Doppler*) sekitar minggu ke 12. Auskultasi pada janin dilakukan dengan mengidentifikasi bunyi-bunyi lain yang meyertai seperti bising tali pusat, bising uterus, dan nadi ibu (Kumalasari, 2015: 3).

2) Melihat, meraba dan mendengar pergerakan anak saat melakukan pemeriksaan,

3) Melihat rangka janin pada sinar *rontgen* atau dengan USG (Sunarti, 2013: 60).

b. Tanda – Tanda Tidak Pasti

1) Tanda Subjektif (Presumtif/ Dugaan Hamil)

a) Aminorhea (Terlambat datang bulan)

Yaitu kondisi dimana wanita yang sudah mampu hamil, mengalami terlambat haid/ datang bulan. Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel degraaf dan ovulasi. Pada wanita yang terlambat haid

dan diduga hamil, perlu ditanyakan hari pertama haid terakhirnya (HPHT). supaya dapat ditaksir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan (TTP) yang dihitung dengan menggunakan rumus Naegele yaitu TTP : (hari pertama HT + 7), (bulan - 3) dan (tahun + 1) (Kumalasari, 2015: 12).

b) Mual (*nausea*) dan Muntah (*vomiting*)

Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan menimbulkan mual muntah yang terjadi terutama pada pagi hari yang disebut dengan *morning sickness*. Akibat mual dan muntah ini nafsu makan menjadi berkurang. Dalam batas yang fisiologis hal ini dapat diatasi Dalam batas tertentu hal ini masih fisiologis Untuk mengatasinya ibu dapat diberi makanan ringan yang mudah dicerna dan tidak berbau menyengat (Kumalasari, 2015: 2).

c) Mengidam

Wanita hamil sering makan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut dengan mengidam, seringkali keinginan makan dan minum ini sangat kuat pada bulan – bulan pertama kehamilan. Namun hal ini

akan berkurang dengan sendirinya seiring bertambahnya usia kehamilan.

d) *Syncope* (pingsan)

Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan *syncope* atau pingsan bila berada pada tempat-tempat ramai yang sesak dan padat. Keadaan ini akan hilang sesudah kehamilan 16 minggu (Kumalasari, 2015: 2).

e) Perubahan Payudara

Akibat stimulasi prolaktin dan HPL, payudara mensekresi kolostrum, biasanya setelah kehamilan lebih dari 16 minggu (Sartika, 2016: 8). Pengaruh estrogen – progesteron dan somatotropin menimbulkan deposit lemak, air dan garam pada payudara. Payudara membesar dan tegang, ujung saraf tertekan menyebabkan rasa sakit terutama pada hamil pertama (Kumalasari, 2015: 2). Selain itu, perubahan lain seperti pigmentasi, puting susu, sekresi kolostrum dan pembesaran vena yang semakin bertambah seiring perkembangan kehamilan.

f) Sering miksi

Sering buang air kecil disebabkan karena kandung kemih tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Gejala ini akan hilang pada triwulan kedua kehamilan. Pada akhir kehamilan, gejala ini kembali karena kandung kemih ditekan oleh kepala janin (Prawirohardjo, 2008: 100).

g) Konstipasi atau obstipasi

Pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltik usus (tonus otot menurun) sehingga kesulitan untuk BAB (Sunarsih, 2011: 111).

h) Pigmentasi kulit

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

Pigmentasi ini meliputi tempat-tempat berikut ini :

- a) Daerah pipi : *Cloasma gravidarum* (penghitaman pada daerah dahi, hidung, pipi, dan leher)
- b) Daerah leher : Terlihat tampak lebih hitam
- c) Dinding perut : *Striae livide/ gravidarum* yaitu tanda yang dibentuk akibat serabut-serabut elastis lapisan kulit terdalam terpisah dan putus/ merenggang, bewarna kebiruan, kadang dapat menyebabkan rasa gatal (*pruritus*), *linea alba* atau garis keputihan di

perut menjadi lebih hitam (*linea nigra* atau garis gelap vertikal mengikuti garis perut (dari pusat-simpisis) (Sunarti, 2013: 45)..

d) Sekitar payudara : hiperpigmentasi areola mammae sehingga terbentuk areola sekunder. Pigmentasi areola ini berbeda pada tiap wanita, ada yang merah muda pada wanita kulit putih, coklat tua pada wanita kulit coklat, dan hitam pada wanita kulit hitam. Selain itu, kelenjar montgomeri menonjol dan pembuluh darah menifes sekitar payudara.

e) Sekitar pantat dan paha atas : terdapat striae akibat pembesaran bagian tersebut.

i) Epulis

Hipertropi papilla gingivae/ gusi, sering terjadi pada trimester pertama.

j) Varises (penampakan pembuluh darah vena)

Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pelebaran pembuluh darah terutama bagi wanita yang mempunyai bakat.

Varises dapat terjadi di sekitar genitalia eksterna, kaki dan betis serta payudara. Penampakan pembuluh darah ini dapat

hilang setelah peralihan (Hani, 2011: 79).

a. Tanda Obyektif (Probability/ Kemungkinan)

1. Pembesaran Rahim/ Perut

Rahim membesar dan bertambah besar terutama setelah kehamilan 5 bulan, karena janin besar secara otomatis rahim pun membesar dan bertempat di rongga perut. Tetapi perlu di perhatikan pembesaran perut belum jadi tanda pasti kehamilan, kemungkinan lain disebabkan oleh mioma, tumor, atau kista ovarium.

2. Perubahan Bentuk dan Konsistensi Rahim

Perubahan dapat dirasakan pada pemeriksaan dalam, rahim membesar dan makin bundar, terkadang tidak rata tetapi pada daerah nidasi lebih cepat tumbuh atau biasa disebut tanda *Piscasek*.

3. Perubahan Pada Bibir Rahim

Perubahan ini dapat dirasakan pada saat pemeriksaan dalam, hasilnya akan teraba keras seperti meraba ujung hidung, dan bibir rahim teraba lunak seperti meraba bibir atau ujung bawah daun telinga (Sunarti, 2013: 62).

4. Kontraksi *Braxton Hicks*

Kontraksi rahim yang tidak beraturan yang terjadi selama kehamilan, kontraksi ini tidak terasa sakit, dan menjadi cukup kuat menjelang akhir kehamilan. Pada waktu pemeriksaan dalam, terlihat rahim yang lunak seakan menjadi keras karena berkontraksi.

5. Adanya *Ballotement*

Ballotement adalah pantulan yang terjadi saat jari telunjuk pemeriksa mengetuk janin yang mengapung dalam uterus, hal ini menyebabkan janin berenang jauh dan kembali keposisinya semula/ bergerak bebas. Pantulan dapat terjadi sekitasr usia 4-5 bulan, tetapi ballotement tidak dipertimbangkan sebagai tanda pasti kehamilan, karena lentingan juga dapat terjadi pada tumor dalam kandungan ibu.

6. Tanda *Hegar* dan *Goodells*

Tanda *hegar* yaitu melunaknya isthmus uteri (daerah yang mempertemukan leher rahim dan badan rahim) karena selama masa hamil, dinding –dinding otot rahim menjadi kuat dan elastis sehingga saat di lakukan pemeriksaan dalam akan teraba lunak dan terjadi antara usia 6-8 minggu kehamilan dan tanda *goodells* yaitu melunaknya serviks akibat pengaruh hormon esterogen yang menyebabkan massa dan kandungan air meningkat sehingga membuat serviks menjadi lebih lunak (Kumalasari, Intan. 2015: 4).

7. Tanda *Chadwick*

Tanda yang berwarna kebiru-biruan ini dapat terlihat saat melakukan pemeriksaan, adanya perubahan dari vagina dan vulva hingga minggu ke 8 karena peningkatan *vasekularitas* dan pengaruh hormon esterogen pada vagina. Tanda ini tidak

dipertimbangkan sebagai tanda pasti, karena pada kelainan rahim tanda ini dapat diindikasikan sebagai pertumbuhan tumor.

8. *Hyperpigmentasi Kulit*

Bintik –bintik hitam (*hyperpigmentasi*) pada muka disebut *chloasma gravidarum*. *Hyperpigmentasi* ini juga terdapat pada *areola mammae* atau lingkaran hitam yang mengelilingi puting susu, pada *papilla mammae* (puting susu) dan di perut. Pada wanita yang tidak hamil hal ini dapat terjadi kemungkinan disebabkan oleh faktor alergi makanan, kosmetik, obat-obatan seperti pil KB (Sunarti, 2013: 63).

Beberapa test yang dapat dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya suatu kehamilan yaitu:

1. Tes Urine

Tes urine dapat dilakukan dirumah atau dilaboratorium. *Tes Pack* atau alat tes kehamilan yang banyak digunakan oleh pasangan suami istri secara mandiri dengan mudah, meskipun terdapat banyak macam jenis tes pack baik yang berbentuk strip (sekali pakai), berbentuk pena, atau batangan kecil tetapi pada prinsipnya cara kerja tes pack tersebut sama, yaitu untuk mengetahui ada tidaknya peningkatan hormon kehamilan HCG (*Human Chorionic gonadotropin*) di dalam tubuh. Jika memang hamil, hormon ini terdapat di dalam urine dan darah. Peningkatan HCG terjadi kurang lebih satu minggu setelah ovulasi, sehingga disarankan agar

melakukan tes minimal tujuh hari supaya hasil yang diperoleh lebih akurat. Selain cara mendapatkannya yang mudah, penggunaannya juga mudah yaitu dengan cara mencelupkan atau menetesinya dengan urin pengguna, tunggu selama beberapa menit hingga muncul tanda positif negatif atau berapa jumlah strip yang muncul (sesuai petunjuk penggunaan sebelum menggunakannya). Tes ini sebaiknya dilakukan di pagi hari, karena saat pagi hari (bangun tidur) urine dalam keadaan murni belum tercampur oleh zat-zat makanan yang dikonsumsi (Siswosuharjo, Suwignyo & Fitria C. 2010: 28-29).

2. Tes Darah

Prinsipnya sama dengan tes urine yaitu menguji adanya HCG dalam tubuh. Bedanya, tes darah ini tidak dapat dilakukan sendiri di rumah, melainkan dilakukan di laboratorium dengan jalan mengambil contoh darah. Jika terdapat peningkatan HCG didalam darah, maka dinyatakan positif hamil, demikian juga seterusnya

3. Tes USG (*Ultra Sonography*)

Tes ini dilakukan oleh seorang dokter dengan memastikan kehamilan melalui USG yang dapat melihat bagian dalam tubuh manusia. Dari gambaran yang ditampilkan alat tersebut, dokter akan melihat didalam rahim terdapat embrio atau tidak. Jika kehamilan sudah berjalan enam minggu, alat ini sangat membantu dokter dalam menganalisis suatu kehamilan. Selain melihat ada tidaknya

embrio, penggunaan USG juga dapat digunakan untuk amengetahui taksiran persalinan, perkiraan usia kehamilan, serta perkiraan berat badan dan panjang janin (Siswosuharjo, Suwignyo & Fitria C. 2010: 30).

4. Perubahan Fisiologis dalam Masa Kehamilan

Banyak perubahan-perubahan yang terjadi setelah fertilisasi dan berlanjut sepanjang kehamilan. Berikut beberapa perubahan anatomi dan fisiologis yang terjadi pada wanita hamil, diantaranya:

1. Perubahan Sistem Reproduksi

a. Vagina dan Vulva

Vagina sampai minggu ke-8 terjadi peningkatan *vaskularisasi* atau penumpukan pembuluh darah dan pengaruh hormon esterogen yang menyebabkan warna kebiruan pada vagina yang disebut dengan tanda *Chadwick*. Perubahan pada dinding vagina meliputi peningkatan ketebalan mukosa vagina, pelunakan jaringan penyambung, dan hipertrofi (pertumbuhan abnormal jaringan) pada otot polos yang merenggang, akibat perenggangan ini vagina menjadi lebih lunak. Respon lain pengaruh hormonal adalah seksresi sel-sel vagina meningkat, sekresi tersebut berwarna putih dan bersifat sangat asam karena adanya peningkatan PH asam sekitar

(5,2 – 6). Keasaman ini berguna untuk mengontrol pertumbuhan bakteri patogen/ bakteri penyebab penyakit (Kumalasari, Intan. 2015 : 4)

b. Uterus/ Rahim

Perubahan yang amat jelas terjadi pada uterus/ rahim sebagai ruang untuk menyimpan calon bayi yang sedang tumbuh.

Perubahan ini disebabkan antara lain:

- 1) Peningkatan vaskularisasi dan dilatasi pembuluh darah
- 2) Hipertrofi dan hiperplasia (pertumbuhan dan perkembangan jaringan abnormal) yang menyebabkan otot-otot rahim menjadi lebih besar, lunak dan dapat mengikuti pembesaran rahim karena pertumbuhan janin.
- 3) Perkembangan desidua atau sel-sel selaput lendir rahim selama hamil.

Ukuran uterus sebelum hamil sekitar 8 x 5 x 3 cm dengan berat 50 gram (Sunarti, 2013: 43). Uterus bertambah berat sekitar 70-1.100 gram selama kehamilan dengan ukuran uterus saat umur kehamilan aterm adalah 30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas > 4.000 cc. Pada perubahan posisi uterus di bulan

pertama berbentuk seperti alpukat, empat bulan berbentuk bulat, akhir kehamilan berbentuk bujur telur. Pada rahim yang normal/ tidak hamil sebesar telur ayam, umur dua bulan kehamilan sebesar telur bebek, dan umur tiga bulan kehamilan sebesar telur angsa (Kumalasari, Intan. 2015: 5). Dinding – dinding rahim yang dapat melunak dan elastis menyebabkan fundus uteri dapat didefleksikan yang disebut dengan *Mc.Donald*, serta bertambahnya lunak korpus uteri dan serviks di minggu kedelapan usia kehamilan yang dikenal dengan tanda *Hegar*. Perhitungan lain berdasarkan perubahan tinggi fundus menurut Kusumawati (2008) dalam Sartika, Nita. (2016: 9) dengan jalan mengukur tinggi fundus uteri dari simfisis maka diperoleh, usia kehamilan 22-28 minggu : 24-26 cm, 28 minggu : 26,7 cm, 30 minggu : 29-30 cm, 32 minggu : 29,5-30 cm, 34 minggu : 30 cm, 36 minggu : 32 cm, 38 minggu : 33 cm, 40 minggu : 37,7 cm.

c. Serviks

Akibat pengaruh hormon esterogen menyebabkan massa dan kandungan air meningkat sehingga serviks mengalami peningkatan *vaskularisasi* dan *oedem* karena meningkatnya

suplai darah dan terjadi penumpukan pada pembuluh darah menyebabkan serviks menjadi lunak tanda (*Goodell*) dan berwarna kebiruan (*Chadwic*) perubahan ini dapat terjadi pada tiga bulan pertama usia kehamilan.

d. Ovarium

Manuaba mengemukakan dengan adanya kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia 16 minggu (Sinta, Janing. 2012. www.bidanshare.wordpress.com diakses 1 September 2017). Pada kehamilan ovulasi berhenti, *corpus luteum* terus tumbuh hingga terbentuk plasenta yang mengambil alih pengeluaran hormon estrogen dan progesteron.

e. Kulit

Pada kulit terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh *Melanocyte Stimulating Hormone* atau hormon yang mempengaruhi warna kulit pada lobus hipofisis anterior dan pengaruh kelenjar suprarenalis (kelenjar pengatur hormon adrenalin).

Hiperpigmentasi ini terjadi pada daerah perut (*striae gravidarum*), garis gelap mengikuti garis diperut (*linia nigra*), areola mama, papilla mammae, pipi (*cloasma*

gravidarum). Setelah persalinan hiperpigmentasi ini akan berkurang dan hilang.

e. Payudara

Perubahan ini pasti terjadi pada wanita hamil karena dengan semakin dekatnya persalinan, payudara menyiapkan diri untuk memproduksi makanan pokok untuk bayi baru lahir. Perubahan yang terlihat diantaranya:

- 1) Payudara membesar, tegang dan sakit hal ini dikarenakan karena adanya peningkatan pertumbuhan jaringan alveoli dan suplai darah yang meningkat akibat perubahan hormon selama hamil.
- 2) Terjadi pelebaran pembuluh vena dibawah kulit payudara yang membesar dan terlihat jelas.
- 3) Hiperpigmentasi pada areola mammae dan puting susu serta muncul areola mammae sekunder atau warna tampak kehitaman pada puting susu yang menonjol dan keras.
- 4) Kelenjar *Montgomery* atau kelenjar lemak di daerah sekitar puting payudara yang terletak di dalam areola mammae membesar dan dapat terlihat dari luar. Kelenjar ini mengeluarkan banyak cairan minyak agar puting susu selalu lembab dan lemas sehingga tidak menjadi tempat berkembang biak bakteri.

5) Payudara ibu mengeluarkan cairan apabila di pijat. Mulai kehamilan 16 minggu, cairan yang dikeluarkan berwarna jernih. Pada kehamilan 16 minggu sampai 32 minggu warna cairan agak putih seperti air susu yang sangat encer. Dari kehamilan 32 minggu sampai anak lahir, cairan yang keluar lebih kental, berwarna kuning, dan banyak mengandung lemak. Cairan ini disebut kolostrum (Saminem, 2008: 2-3).

2. Sistem Sirkulasi Darah (Kardiovaskular)

Volume darah semakin meningkat karena jumlah serum lebih besar daripada pertumbuhan sel darah sehingga terjadi *hemodelusi* atau pengenceran darah. Volume darah ibu meningkat sekitar 30%-50% pada kehamilan tunggal, dan 50% pada kehamilan kembar, peningkatan ini dikarenakan adanya retensi garam dan air yang disebabkan sekresi *aldosteron* dari hormon *adrenal* oleh estrogen. *Cardiac output* atau curah jantung meningkat sekitar 30%, pompa jantung meningkat 30% setelah kehamilan tiga bulan dan kemudian melambat hingga umur 32 minggu. Setelah itu volume darah menjadi relatif stabil (Kumalasari, Intan. 2015: 5). Jumlah sel darah merah semakin meningkat, hal ini untuk mengimbangi pertumbuhan janin dalam rahim, tetapi penambahan sel darah tidak seimbang dengan peningkatan volume darah sehingga terjadi

hemodelusi yang disertai anemia fisiologis (Saminem. 2008: 4). Dengan terjadinya hemodelusi, kepekatan darah berkurang sehingga tekanan darah tidak udah tinggi meskipun volume darah bertambah.

3. Perubahan Sistem Pernafasan (*Respirasi*)

Seiring bertambahnya usia kehamilan dan pembesaran rahim, wanita hamil sering mengeluh sesak dan pendek napas, hal ini disebabkan karena usus tertekan ke arah diafragma akibat dorongan rahim yang membesar. Selain itu kerja jantung dan paru juga bertambah berat karena selama hamil, jantung memompa darah untuk dua orang yaitu ibu dan janin, dan paru-paru menghisap zat asam (pertukaran oksigen dan karbondioksida) untuk kebutuhan ibu dan janin.

4. Perubahan Sistem Perkemihan (*Urinaria*)

Selama kehamilan ginjal bekerja lebih berat karena menyaring darah yang volumenya meningkat sampai 30%-50% atau lebih, serta pembesaran uterus yang menekan kandung kemih menyebabkan sering berkemih (Sunarti. 2013: 48). Selain itu terjadinya hemodelusi menyebabkan metabolisme air makin lancar sehingga pembentukan air seni pun bertambah. Faktor penekanan dan meningkatnya pembentukan air seni inilah yang menyebabkan meningkatnya frbeberapa hormon yang dihasilkan yaitu hormoekuensi berkemih. Gejala ini akan

menghilang pada trimester 3 kehamilan dan diakhir kehamilan gangguan ini akan muncul kembali karena turunya kepala janin ke rongga panggul yang menekan kandung kemih.

5. Perubahan Sistem Endokrin

Plasenta sebagai sumber utama setelah terbentuk menghasilkan hormon HCG (*Human Chorionic Gonadotrophin*) hormon utama yang akan menstimulasi pembentukan estrogen dan progesteron yang di sekresi oleh korpus luteum, berperan mencegah terjadinya ovulasi dan membantu mempertahankan ketebalan uterus. Hormon lain yang dihasilkan yaitu hormon HPL (*Human Placenta Lactogen*) atau hormon yang merangsang produksi ASI, Hormon HCT (*Human Chorionic Thyrotropin*) atau hormon pengatur aktivitas kelenjar tyroid, dan hormon MSH (*Melanocyte Stimulating Hormon*) atau hormon yang mempengaruhi warna atau perubahan pada kulit.

6. Perubahan Sistem Gastrointestinal

Perubahan pada sistem gastrointestinal tidak lain adalah pengaruh dari faktor hormonal selama kehamilan. Tingginya kadar progesteron mengganggu keseimbangan cairan tubuh yang dapat meningkatkan kolesterol darah dan melambatkan kontraksi otot-otot polos, hal ini mengakibatkan gerakan usus (*peristaltik*) berkurang dan bekerja lebih lama karena adanya desakan akibat tekanan dari uterus yang membesar sehingga

pada ibu hamil terutama pada kehamilan trimester 3 sering mengeluh konstipasi/sembelit. Selain itu adanya pengaruh estrogen yang tinggi menyebabkan pengeluaran asam lambung meningkat dan sekresi kelenjar air liur (*saliva*) juga meningkat karena menjadi lebih asam dan lebih banyak. Menyebabkan daerah lambung terasa panas bahkan hingga dada atau sering disebut *heartburn* yaitu kondisi dimana makanan terlalu lama berada dilambung karena relaksasi spingter ani di kerongkongan bawah yang memungkinkan isi lambung kembali ke kerongkongan (Kumalasari, Intan. 2015: 7). Keadaan lain menimbulkan rasa mual dan pusing /sakit kepala pada ibu terutama di pagi hari (*morning sickness*) jika disertai muntah yang berlebihan hingga mengganggu aktivitas ibu sehari-hari disebut : *Hyperemesis gravidarum* (Sunarti. 2013: 47).

5. Perubahan Psikologis dalam Masa Kehamilan

1. Trimester I

Kehamilan mengakibatkan banyak perubahan dan adaptasi pada ibu hamil dan pasangan. Trimester pertama sering dianggap sebagai periode penyesuaian, penyesuaian seorang ibu hamil terhadap kenyataan bahwa dia sedang hamil. Fase ini sebagian ibu hamil merasa sedih dan ambivalen. Ibu hamil mengalami kekecewaan, penolakan,

kecemasan, dan depresi terutama hal itu sering kali terjadi pada ibu hamil dengan kehamilan yang tidak direncanakan. Namun, berbeda dengan ibu hamil yang hamil dengan direncanakan dia akan merasa senang dengan kehamilannya. Masalah hasrat seksual ditrimester pertama setiap wanita memiliki hasrat yang berbeda-beda, karena banyak ibu hamil merasa kebutuhan kasih sayang besar dan cinta tanpa seks.

2. Trimester II

Menurut Ramadani & Sudarmiati (2013), Trimester kedua sering dikenal dengan periode kesehatan yang baik, yakni ketika ibu hamil merasa nyaman dan bebas dari segala ketidaknyamanan. Di trimester kedua ini ibu hamil akan mengalami dua fase, yaitu fase *pra-quickening* dan *pasca-quickening*. Di masa fase *pra-quickening* ibu hamil akan mengalami lagi dan mengevaluasi kembali semua aspek hubungan yang dia alami dengan ibunya sendiri. Di trimester kedua sebagian ibu hamil akan mengalami kemajuan dalam hubungan seksual. Hal itu disebabkan di trimester kedua relatif terbebas dari segala ketidaknyamanan fisik, kecemasan, kekhawatiran yang sebelumnya menimbulkan ambivalensi pada ibu hamil kini mulai mereda dan menuntut kasih

sayang dari pasangan maupun daeudari keluarganya (Rustikayanti, 2016: 63).

3. Trimester III

Kehamilan pada trimester ketiga sering disebut sebagai fase penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini ibu hamil mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga dia menjadi tidak sabar dengan kehadiran seorang bayi. Ibu hamil kembali merasakan ketidaknyamanan fisik karena merasa canggung, merasa dirinya tidak menarik lagi. Sehingga dukungan dari pasangan sangat dibutuhkan. Peningkatan hasrat seksual yang pada trimester kedua menjadi menurun karena abdomen yang semakin membesar menjadi halangan dalam berhubungan (Rustikayanti, 2016: 63).

6. Kebutuhan Dasar Pada Ibu Hamil

Agar janin dapat berkembang secara optimal, maka dalam proses pertumbuhan dan perkembangannya perlu dipenuhi oleh zat gizi yang lengkap, baik berupa vitamin , mineral, kalsium, karbohidrat, lemak, protein dan mineral. Oleh karena itu selama proses kehamilan seorang ibu hamil perlu mengonsumsi makanan dengan kualitas gizi yang sehat dan seimbang, karena pada dasarnya selama kehamilan

berbagai zat gizi yang kita konsumsi akan berdampak langsung pada kesehatan dan perkembangan janin ibu sendiri. Selain gizi yang cukup, kebutuhan dasar selama ibu hamil juga harus diperhatikan, karena hal ini sangat berpengaruh terhadap kondisi ibu baik fisik maupun psikologisnya mengingat reaksi terhadap perubahan selama masa kehamilan antara satu dengan ibu hamil lainnya dalam penerimaannya tidaklah sama. Menurut Romauli (2011) kebutuhan dasar ibu hamil diantaranya:

1. Kebutuhan Ibu Hamil Trimester I

- a) Diet dalam kehamilan Ibu dianjurkan untuk makan makanan yang mudah dicerna dan makan makanan yang bergizi untuk menghindari adanya rasa mual dan muntah begitu pula nafsu makan yang menurun. Pasien dianjurkan untuk mengkonsumsi makanan yang mengandung zat besi (150 mg besi sulfat, 300 mg besi glukonat), asam folat (0,4 - 0,8 mg/hari), kalori ibu hamil umur 23-50 tahun perlu kalori sekitar 23000 kkal), protein (74 gr/hari), vitamin dan garam mineral (kalsium, fosfor, magnesium, seng, yodium).

Makan dengan porsi sedikit namun sering dengan frekuensi sedang. Ibu hamil juga harus cukup minum 6-8 gelas sehari.

b) Pergerakan dan gerakan badan

Selain menyehatkan badan, dengan bergerak secara tidak langsung hal ini meminimalkan rasa malas pada ibu untuk melakukan aktivitas-aktivitas yang tidak terlalu berat bagi ibu selama hamil, bergerak juga mendukung sistem kerja tubuh ibu selama hamil sehingga ibu yang memiliki nafsu makan yang tinggi dan berat badan yang lebih dapat terkontrol dan meminimalkan terjadinya obesitas/ kegemukan selama hamil. Pergerakan badan ibu sebagai bentuk olahraga tubuh juga bermanfaat melatih otot-otot dalam ibu menjadi lebih fleksibel/ lentur sehingga memudahkan jalan untuk calon bayi ibu saat memasuki proses persalinan.

c) Hygiene dalam kehamilan

Ibu hamil boleh mengerjakan pekerjaan sehari-hari akan tetapi jangan terlalu lelah sehingga harus di selingi dengan istirahat. Istirahat yang dibutuhkan ibu 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Ibu dianjurkan untuk menjaga kebersihan badan untuk mengurangi kemungkinan infeksi, setidaknya ibu mandi 2-3 kali perhari, kebersihan gigi juga harus dijaga

kebersihannya untuk menjamin perencanaan yang sempurna.

d) Koitus

Pada umumnya koitus diperbolehkan pada masa kehamilannya jika dilakukan dengan hati-hati. Pada akhir kehamilan, sebaiknya dihentikan karena dapat menimbulkan perasaan sakit dan perdarahan. Pada ibu yang mempunyai riwayat abortus, ibu dianjurkan untuk koitusnya di tunda sampai dengan 16 minggu karena pada waktu itu plasenta telah berbentuk. Pola seksual pada trimester III saat persalinan semakin dekat, umumnya hasrat libido kembali menurun, bahkan lebih drastis dibandingkan dengan saat trimester pertama. Perut yang makin membuncit membatasi gerakandan posisi nyaman saat berhubungan intim. Pegal dipunggung dan pinggul, tubuh bertambah berat dengan cepat, nafas lebih sesak (karena besarnya janin mendesak dada dan lambung). Selain hal fisik, turunnya libido juga berkaitan dengan kecemasan dan kekhawatiran yang meningkat menjelang persalinan. Sebenarnya tidak ada yang perlu dirisaukan jika kehamilan tidak disertai faktor penyulit. Hubungan seks sebaiknya lebih diutamakan

menjaga kedekatan emosional daripada rekreasi fisik karena pada trimester terakhir ini, dapat terjadi kontraksi kuat pada wanita hamil yang diakibatkan karena orgasme. Hal tersebut dapat berlangsung biasanya sekitar 30 menit hingga terasa tidak nyaman.

Jika kontraksi berlangsung lebih lama, menyakitkan, menjadi lebih kuat, atau ada indikasi lain yang menandakan bahwa proses kelahiran akan mulai. Akan tetapi, jika tidak terjadi penurunan libido pada trimester ketiga ini, hal itu normal saja. Ibu hamil berhak mengetahui pola seksual karena dapat terjadi kontraksi kuat pada wanita hamil yang diakibatkan karena orgasme.

e) Ibu diberi imnisasi TT1 dan TT2 (Sartika, Nita. 2016: 16).

2. Kebutuhan ibu hamil trimester II

a. Pakaian

Selama kehamilan Ibu dianjurkan untuk mengenakan pakaian yang nyaman digunakan dan yang berbahan katun untuk mempermudah penyerapan keringat. Menganjurkan ibu untuk tidak menggunakan sandal atau sepatu yang berhak tinggi karena dapat menyebabkan nyeri pada pinggang.

b. Pola Makan

Nafsu makan meningkat dan pertumbuhan yang pesat makan ibu dianjurkan untuk mengkonsumsi protein, vitamin, juga zat besi. saat hamil kebutuhan zat besi sangat meningkat. Ibu hamil dianjurkan mengkonsumsi 90 tablet Fe selama hamil. Besarnya angka kejadian anemia ibu hamil disebabkan karena kurangnya mengkonsumsi tablet Fe. Efek samping tablet Fe adalah kadang terjadi mual karena bau tablet tersebut, muntah, perut tidak enak, susah buang air besar, tinja berwarna hitam, namun hal ini tidak berbahaya. Waktu yang dianjurkan minum tablet Fe adalah pada malam hari menjelang tidur, hal ini untuk mengurangi rasa mual yang timbul setelah ibu meminumnya.

c. Ibu diberi imunisasi TT3.

3. Kebutuhan ibu hamil trimester III

a. Nutrisi

Kecukupan gizi ibu hamil diukur berdasarkan kenaikan berat badan. Kalori ibu hamil 300-500 kalori lebih banyak dari sebelumnya. Kenaikan berat badan juga bertambah pada trimester ini antara 0,3-0,5

kg/minggu. Kebutuhan protein juga 30 gram lebih banyak dari biasanya.

b. Seksual,

Hubungan seksual pada trimester 3 tidak berbahaya kecuali ada beberapa riwayat berikut yaitu:

- 1) Pernah mengalami arbotus sebelumnya,
- 2) Riwayat perdarahan pervaginam sebelumnya,
- 3) Terdapat tanda infeksi dengan adanya pengeluaran cairan disertai rasa nyeri dan panas pada jalan lahir

Walaupun ada beberapa indikasi tentang bahaya jika melakukan hubungan seksual pada trimester III bagi ibu hamil, namun faktor lain yang lebih dominan yaitu turunnya rangsangan libido pada trimester ini yang membuat kebanyakan ibu hamil tidak tertarik untuk berhubungan intim dengan pasangannya, rasa nyama yang sudah jauh berkurang disertai ketidaknyamanan seperti pegal/ nyeri di daerah punggung bahkan terkadang ada yang merasakan adanya kembali rasa mual seperti sebelumnya, hal inilah yang mempengaruhi psikologis ibu di trimester III.

c. Istirahat Cukup

Istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani, rohani, untuk kepentingan kesehatan ibu sendiri dan tumbuh kembang janinya di dalam kandungan. Kebutuhan tidur yang efektif yaitu 8 jam/ hari.

d. Kebersihan Diri (Personal Hygiene)

Penting bagi ibu menjaga kebersihan dirinya selama hamil, hal ini dapat mempengaruhi fisik dan psikologis ibu. Kebersihan lain yang juga penting di jagayaitu persiapan laktasi, serta penggunaan bra yang longgar dan menyangga membantu memberikan kenyamanan dan keamanan bagi ibu.

e. Mempersiapkan kelahiran dan kemungkinan darurat

Bekerja sama dengan ibu, keluarganya, serta masyarakat untuk mempersiapkan rencana kelahiran, termasuk mengidentifikasi penolong dan tempat persalinan, serta perencanaan tabungan untuk mempersiapkan biaya persalinan. Bekerja sama dengan ibu, keluarganya dan masyarakat untuk mempersiapkan rencana jika terjadi komplikasi, termasuk: Mengidentifikasi kemana harus pergi dan transportasi untuk mencapai tempat tersebut,

Mempersiapkan donor darah, Mengadakan persiapan financial, Mengidentifikasi pembuat keputusan kedua jika pembuat keputusan pertama tidak ada ditempat.

f. Memberikan konseling tentang tanda-tanda persalinan
Beberapa tanda-tanda persalinan yang harus

1) Rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur.

2) Keluar lendir bercampur darah (show) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada servik.

3) Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya.

4) Pada pemeriksaan dalam servik mendatar dan pembukaan telah ada.

7. Tanda – Tanda Bahaya Ibu Hamil

a. Pengertian Tanda Bahaya Kehamilan

Tanda bahaya kehamilan adalah tanda-tanda yang mengindikasikan adanya bahaya yang bisa terjadi selama kehamilan, jika tidak dilaporkan atau tidak segera terdeteksi dapat menyebabkan kematian pada ibu

(Asrinah, 2010: 154). Menurut Pillitteri (2010), tanda bahaya kehamilan yang dapat muncul antara lain perdarahan pervagina, edema pada wajah dan tangan, demam tinggi, ruftur membran, penurunann pergerakan

janin, dan muntah persistens (Isdiaty, Nur, 2013: 19). Tanda bahaya kehamilan, menurut Yuni dkk (2010) diantaranya terdapat perdarahan pervaginam, mengalami sakit kepala yang berat, penglihatan mata kabur, terdapat bengkak di wajah dan jari-jari tangan, keluarnya cairan pervaginam, gerakan janin tidak terasa, dan nyeri abdomen yang hebat (Sartika, 2016: 15).

b. Macam – Macam Tanda Bahaya Kehamilan

1) Tanda Bahaya Kehamilan Muda

(a) *Hyperemesis Gravidarum*

Maulana (2008), mendefinisikan hyperemesis gravidarum sebagai suatu keadaan yang dikarakteristikan dengan rasa mual dan muntah yang berlebihan, kehilangan berat badan dan gangguan keseimbangan elektrolit, ibu terlihat lebih kurus, turgor kulit berkurang dan mata terlihat cekung. Jika tidak ditangani segera masalah yang timbul seperti peningkatan asam lambung yang selanjutnya dapat menjadi gastritis. Peningkatan asam lambung akan semakin memperparah hyperemesis gravidarum (Rahma, 2016: 52). Menurut Ningsih (2012), mual muntah yang timbul terjadi karena adanya perubahan berbagai hormon dalam tubuh pada awal

kehamilan. Presentase hormon hCG akan meningkat sesuai dengan pertumbuhan plasenta. Diperkirakan hormon inilah yang mengakibatkan muntah melalui rangsangan terhadap otot polos lambung. Sehingga semakin tinggi hormon hCG , semakin cepat pula merangsang muntah (Rahma, 2016:52). Menurut Manuaba (2010), mengemukakan dampak yang terjadi pada hyperemesis gravidarum yaitu menimbulkan konsumsi O₂ menurun, gangguan fungsi sel liver hingga terjadi ikterus. Mual muntah yang berkelanjutan dapat menimbulkan gangguan fungsi alat-alat vital dan menimbulkan kematian (Rahma, 2016: 52). Hyperemesis gravidarum juga dikaitkan dengan peningkatan resiko untuk Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), kelahiran Prematur, kecil usia kehamilan, serta kematian pada perinatal. Klasifikasi hyperemesis gravidarum menurut Manuaba (2010), yaitu:

(1) Tingkat I

Hyperemesis gravidarum tingkat I ditandai dengan muntah yang terus menerus disertai dengan penurunan nafsu makan dan minum.

(2) Tingkat II

Pada hyperemesis gravidarum tingkat II, pasien memuntahkan semua yang dimakan dan diminu, berat bada cepat menurun, dan ada rasa haus yang hebat.

(3) Tingkat III

Hyperemesis gravidarum tingkat III sangat jarang terjadi. Keadaan ini sangat merupakan kelanjutan dari hyperemesis tingkat II yang ditandai dengan muntah yang berkurang atau bahkan berhenti, tetapi kesadaran menurun (delirium sampai koma) hingga mengalami ikterus, sianosis, nistagmus, gangguan jantung dan dalam urin ditemukan bilirubin dan protein (Rahma, 2016: 52).

(b) Perdarahan Pervaginam

Perdarahan yang terjadi pada masa awal kehamilan kurang dari 22 minggu. Pada awal kehamilan, ibu mungkin akan mengalami perdarahan yang sedikit (spotting) di sekitar waktu pertama terlambat haidnya.

Perdarahan ini adalah perdarahan implantasi (penempelan hasil konsepsi pada dinding rahim) yang dikenal dengan tanda Hartman dan ini normal terjadi. Pada waktu yang lain dalam kehamilan, perdarahan

ringan mungkin terjadi pertanda servik yang rapuh (erosi). Perdarahan dalam proses ini dapat dikatakan normal namun dapat diindikasikan terdapat tanda-tanda infeksi. Perdarahan pervaginam patologis dengan tanda-tanda seperti darah yang keluar berwarna merah dengan jumlah yang banyak, serta perdarahan dengan nyeri yang hebat. Perdarahan ini dapat disebabkan karena abortus, kehamilan ektopik atau mola hidatidosa.

Abortus adalah penghentian atau pengeluaran hasil konsepsi pada kehamilan < 20 minggu dengan berat janin < 500 gram atau sebelum plasenta selesai (Kusmiyati, 2009). Jenis-jenis abortus menurut Kusumawati (2014), diantaranya:

- 1) Abortus spontan adalah abortus yang terjadi secara alamiah tanpa interval luar (buatan) untuk mengakhiri kehamilan tersebut.
- 2) Abortus provokatus (induced abortion) adalah bentuk abortus yang disengaja, baik dengan memakai obat-obatan mau pun alat-alat.
- 3) Abortus medisinalis adalah abortus yang terjadi karena indikasi medis seperti riwayat penyakit jantung, hipertensi, dan kanker.

4) Abortus kriminalis adalah abortus yang terjadi oleh karena tindakan– tindakan yang tidak legal atau tidak berdasarkan indikasi medis.

5) Abortus inkompletus (keguguran bersisa) adalah bentuk abortus dimana hanya sebagian dari hasil konsepsi yang dikeluarkan, yang tertinggal adalah desidua atau plasenta. Perdarahan berlangsung banyak, dan dapat membahayakan ibu.

6) Abortus imminens

Abortus yang mengancam terjadi di mana perdarahan kurang dari 20 minggu, dengan atau tanpa kram perut bagian bawah tanpa dilatasi serviks.

7) Abortus insipiens adalah abortus yang sedang berlangsung dimana ekspulsi hasil konsepsi belum terjadi tetapi telah ada dilatasi serviks. Kondisi ini ditandai pada wanita hamil dengan perdarahan banyak, disertai nyeri kram perut bagian bawah.

8) Abortus tertunda (*missed abortion*). Menurut WHO, *missed abortion* adalah kondisi dimana embrio atau janin nonviable tetapi tidak dikeluarkan secara spontan dari janin (kurun waktu sekitar 8 minggu).

(c) Mola hidatidosa

Menurut Kemenkes RI (2013), mola hidatidosa adalah bagian dari penyakit trofoblastik gestasional, yang disebabkan oleh kelainan pada *villi khironok* yang disebabkan oleh poliferasi trofoblastik dan edem. Diagnosa mola hidatidosa dapat ditegakkan melalui pemeriksaan USG. Beberapa tanda gejala mola hidatidosa menurut Varney (2007), yaitu:

- (1) Terdapat mual dan muntah yang menetap, terkadang sering kali menjadi parah,
- (2) Terdapat perdarahan uterus pada minggu ke-12 disertai bercak darah dan perdarahan hebat, namun biasanya berupa rabas yang bercampur darah, dan cenderung berwarna merah,
- (3) Tampak ukuran uterus yang membesar namun tidak ada perkembangan/ aktivitas janin,
- (4) Terdapat nyeri tekan pada ovarium,
- (5) Tidak ada denyut jantung janin,
- (6) Saat palpasi, bagian-bagian janin tidak diteraba/ tidak ditemukan,
- (7) Komplikasi hipertensi akibat kehamilan, preeklampsi/ eklampsi sebelum usia kehamilan 24 minggu.

(d) Kehamilan Ektopik

Kehamilan ektopik adalah kehamilan ketika implantasi dan pertumbuhan hasil konsepsi berlangsung diluar endometrium kavum uteri. Hampir 95% kehamilan ektopik terjadi diberbagai segmen tuba fallopi, dan 5% sisanya terdapat di ovarium, rongga peritoneum dan didalam serviks. Jika terjadi ruptur disekitar lokasi implantasi kehamilan, maka akan terjadi keadaan perdarahan pasif dan nyeri abdomen akut yang disebut kehamilan ektopik terganggu (RI, Kemenkes, 2013: 114). Faktor-faktor predisposisi kehamilan ektopik meliputi riwayat kehamilan ektopik sebelumnya, riwayat operasi tubektomi, penggunaan IUD, infertilitas, riwayat abortus dan riwayat inseminasi buatan/ teknologi bantuan reproduktif (*assisted reproductive technology/ ART*). Gejala awal yang ditimbulkan yaitu perdarahan pervaginam dan bercak darah, kadang disertai nyeri panggul (Varney, 2007). Diagnosa kehamilan ektopik dapat ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan USG.

(e) Anemia

WHO menetapkan standar hemoglobin (Hb 11%) pada ibu hamil, jika kurang dari standar maka dikatakan mengalami anemia. Depkes RI (2009)

mengklasifikasikan anemia pada ibu hamil berdasarkan berat badannya dikategorikan sebagai anemia ringan dan berat. Anemia ringan apabila kadar Hb dalam darah yaitu 8 gr% hingga kurang dari 11 gr%. Anemia berat apabila kadar Hb dalam darah kurang dari 8 gr% (Nurhidayati, 2013: 4). Komplikasi anemia pada ibu hamil dapat menyebabkan terjadinya missed abortion, kelainan kongenital, abortus/ keguguran serta dampak pada janin menyebabkan berat lahir rendah. Macam-macam anemia dalam kehamilan meliputi:

- (1) Anemia defisiensi zat besi. Anemia yang ditandai dengan keluhan lemas, pucat dan mudah pingsan, karena kekurangan zat besi dalam darah dan kadar Hb < 11 gr%. Dapat ditanggulangi dengan mengkonsumsi makanan yang kaya zat besi seperti sayur-sayuran dan daging.
- (2) Anemia megaloblastik. Anemia yang terjadi karena kelainan proses pembentukan DNA sel darah merah yang disebabkan kekurangan (defisiensi) vitamin B12 dan asam folat.
- (3) Anemia hipoplastik. Anemia yang terjadi karena kelainan sumsum tulang yang kurang mampu membuat sel-sel darah baru.

(4) Anemia hemolitik. Anemia yang terjadi karena kerusakan sel darah merah yang berlangsung lebih cepat dari pembuatannya.

4) Hipertensi Gravidarum

Menurut Bobak (2004), hipertensi didefinisikan sebagai peningkatan tekanan sistolik dan distolik sampai atau melebihi 140/ 90 mmHg. Ibu hamil yang mengalami kenaikan takanan sistolik sebanyak 30 mmHg atau diastolik sebanyak 15 mmHg perlu dipantau lebih lanjut (Lindarwati, 2012: 4). Hipertensi disebabkan oleh peningkatan tekanan darah yang dipengaruhi oleh faktor perubahan curah jantung, sistem saraf simpatis, autoregulasi, dan pengaturan hormon. Hipertensi dalam kehamilan dibagi menjadi 5 yaitu: hipertensi kronis, preeklamsia, superimposed, hipertensi gestasional dan eklamsia. Hipertensi gestasional ditegakkan pada wanita yang tekanan darahnya mencapai 140/ 90 mmHg atau lebih untuk pertama kali selama kehamilan, tetapi belum mengalami proteinuria. Hipertensi gestasional disebut hipertensi transien apabila tidak terjadi preeklamsia dan tekanan darah kembali normal dalam 12 minggu postpartum. Hipertensi gestasional dapat memperlihatkan tanda-tanda lain yang berkaitan dengan preeklamsia,

seperti nyeri kepala, nyeri epigastrium, trombositopenia (Lindarwati, 2012: 4).

2) Tanda Bahaya Kehamilan Lanjut

a) Perdarahan Pervaginam

Perdarahan pada masa kehamilan lanjut setelah 22 minggu sampai sebelum persalinan. Perdarahan pervaginaan dikatakan tidak normal bila ada tanda-tanda seperti keluarnya darah merah segar atau kehitaman dengan bekuan, perdarahan kadang banyak kadang tidak terus menerus, perdarahan disertai rasa nyeri. Perdarahan semacam ini bisa berarti plasenta previa, solusio plasenta, ruptur uteri, atau dicurigai adanya gangguan pembekuan darah (Kusumawati, 2014).

(1) Plasenta Previa

Plasenta previa didefinisikan sebagai plasenta yang berimplantasi diatas atau mendekati ostium serviks interna. Beberapa faktor predisposisi yang menyebabkan terjadinya plasenta previa diantaranya kehamilan ibu sudah usia lanjut (> 22 minggu), multiparitas, serta mempunyai riwayat seksio caesaria sebelumnya. Gejala umum yang terjadi pada kasus plasenta

previa seperti terjadi perdarahan tanpa rasa nyeri secara tiba-tiba dan kapan saja, uterus tidak berkontraksi dan bagian terendah janin tidak masuk pintu atas panggul.

Jenis-jenis plasenta previa diantaranya:

- (a) Plasenta previa totalis yaitu posisi plasenta menutupi ostium internal secara keseluruhan,
- (b) Plasenta previa parsialis yaitu posisi plasenta yang menutupi ostium interna sebagian saja,
- (c) Plasenta previa marginalis yaitu posisi plasenta yang berada di tepi ostium interna,
- (d) Plasenta previa letak rendah, yaitu posisi plasenta yang berimplantasi di segmen bawah uterus.

(2) Solusio Plasenta

Pada persalinan normal, plasenta akan lepas setelah bayi lahir, namun karena keadaan abnormal plasenta dapat lepas sebelum waktunya atau yang disebut solusio plasenta. Beberapa faktor komplikasi sebagai penyebab solusio plasenta yaitu hipertensi, adanya trauma abdominal, kehamilan gemelli, kehamilan dengan

hidramnion, serta defisiensi zat besi. Tanda gejala yang ditimbulkan seperti terjadinya perdarahan dengan nyeri yang menetap, hilangnya denyut jantung janin (gawat janin), uterus terus menegang dan kanin naik, perdarahan yang keluar tidak sesuai dengan beratnya syok.

(3) Ruptur Uteri

Ruptur uteri adalah robeknya dinding uterus pada saat kehamilan/ persalinan, pada saat umur kehamilan lebih dari 28 minggu. Klasifikasi ruptur uteri yaitu:

(a) Menurut keadaan robekan

- Ruptur uteri inkomplit (*subperitoneal*). Yaitu keadaan ruptur yang hanya terjadi pada dinding uterus yang robek sedangkan lapisan serosa (peritoneum) tetap utuh,
- Ruptur uteri komplit (*transperitoneal*). Yaitu keadaan ruptur selain pada dinding uterus yang robek, lapisan serosa (peritoneum) juga robek sehingga dapat berada di rongga perut.

Ruptur uteri pada waktu kehamilan (ruptur uteri gravidarum) yang terjadi karena dinding uterus lemah yang disebabkan oleh adanya bekas sectio caesaria, bekas mioma uteri, bekas kuratase/ plasenta manual. Sepsis post partum, atau terjadi hipoplasia uteri/ uterus abnormal (Dewi, 2015: 111).

2) Sakit kepala

Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah serius adalah sakit kepala hebat, menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Terkadang karena sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre eklamsi. Perubahan visual (penglihataan) secara tiba-tiba (pandangan kabur) dapat berubah pada masa kehamilan (Kusumawati, 2014). Nyeri kepala hebat pada masa kehamilan dapat menjadi tanda gejala preeklamsi, dan jika tidak diatasi dapat mnyebabkan komplikasi kejang maternal, stroke, koagulapati hingga kematian. Sehingga perlu dilakukan pemeriksaan lengkap baik oedem pada tangan/ kaki, tekanan darah, dan protein urin ibu sejak dini.

3) Penglihatan Kabur

Akibat pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan dapat berubah selama masa kehamilan. Perubahan ringan (minor) adalah perubahan yang normal. Jika masalah visual yang mengindikasikan perubahan mendadak, misalnya pandangan menjadi kabur dan berbayang disertai rasa sakit kepala yang hebat, ini sudah

menandakan gejala preeklamsi (Pantiawati, 2010). Penglihatan kabur dikarenakan sakit kepala hebat, sehingga terjadi oedem pada otak dan meningkatkan resistensi otak yang mempengaruhi sistem saraf pusat yang dapat menimbulkan kelainan selebral, dan gangguan penglihatan.

4) Nyeri Perut Hebat

Nyeri pada daerah abdomen yang tidak berhubungan dengan persalinan normal adalah suatu kelainan. Nyeri abdomen yang mengindikasikan mengancam jiwa adalah nyeri perut yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat, terkadang dapat disertai dengan perdarahan lewat jalan lahir. Hal ini bisa berarti appendicitis (radang usus buntu), kehamilan ektopik (kehamilan di luar kandungan), aborustus (keguguran), penyakit radang panggul, persalinan preterm, gastritis (maag), solutio placenta, penyakit menular seksual, infeksi saluran kemih atau infeksi lain (Kusumawati, 2014).

5) Bengkak Pada Muka dan Ekstremitas

Hampir separuh dari ibu-ibu hamil akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat atau dengan meninggikan kaki lebih tinggi daripada

kepala. Bengkak yang menjadi masalah serius yaitu ditandai dengan:

(5) Muncul pembengkakan pada muka, tangan dan ekstremitas lainnya,

(6) Bengkak tidak hilang setelah beristirahat,

(7) Bengkak disertai dengan keluhan fisik lainnya. Hal ini

merupakan pertanda dari anemia, gangguan fungsi ginjal, gagal jantung ataupun pre eklampsia. Gejala anemia dapat muncul dalam bentuk oedema (bengkak) karena dengan menurunnya kekentalan darah pada penderita anemia, disebabkan oleh berkurangnya kadar hemoglobin (Hb, sebagai pengangkut oksigen dalam darah). Pada darah yang rendah kadar Hb-nya, kandungan cairannya lebih tinggi dibandingkan dengan sel-sel darah merahnya (Kusumawati, 2014).

(f) Bayi kurang bergerak seperti biasa, Ibu hamil mulai dapat merasakan gerakan bayinya pada usia kehamilan 16-18 minggu (multigravida, sudah pernah hamil dan melahirkan sebelumnya) dan 18-20 minggu (primigravida, baru pertama kali hamil). Jika janin tidur, gerakannya akan melemah. janin harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam (10 gerakan dalam 12 jam). Gerakan janin akan lebih mudah terasa jika ibu

berbaring/beristirahat, makan dan minum. (Kusumawati, 2014). Jika ibu tidak merasakan gerakan janin sesudah usia 22 minggu/ memasuki persalinan, maka perlu diwaspadai terjadinya gawat janin atau kematian janin dalam uterus.

(g) Ketuban Pecah Sebelum Waktunya

Dinamakan ketuban pecah sebelum waktunya apabila terjadi sebelum persalinan yang disebabkan karena berkurangnya kekuatan membran/ peningkatan tekanan uteri yang juga dapat disebabkan adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina dan serviks yang dapat dinilai dari cairan ketuban di vagina. Pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada kehamilan 37 minggu preterm maupun kehamilan aterm.

(h) Demam Tinggi

Jika suhu ibu hamil berada pada $> 38^{\circ}\text{C}$ dalam kehamilan, ini menandakan ibu dalam masalah. Demam pada kehamilan merupakan manifestasi tanda gejala infeksi kehamlan. Penangannya dapat dengan memiringkan bada ibu kerag kekiri, cukupi kebutuhan cairan ibu dan kompres hangat guna menurunkan suhu ibu. komplikasi yag ditimbulkan jika ibu mengalami

demam tinggi yaitu sistitis (infeksi kandung kencing) serta infeksi saluran kemih atas.

8. Asuhan Kehamilan (*Antenatal Care*)

Manuaba (1998) mendefinisikan *Antenatal care* (ANC) adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil. Dengan demikian, mampu menghadapi persalinan, kala nifas, pemberian ASI, dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar/ normal (Kumalasari, 2015: 8). Tujuan asuhan kehamilan menurut Mansjoer (2005), diantaranya:

- 1) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi,
- 2) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu serta bayi,
- 3) Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan/ komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan,
- 4) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin,
- 5) Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif,

- 6) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal (Kumalasari, 2015: 9).

Untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar, ibu hamil hendaknya sedikitnya melakukan empat kali kunjungan selama periode antenatal, yaitu:

- 1) Satu kali kunjungan selama trimester 1 (< 14 minggu),
- 2) Satu kali kunjungan selama trimester kedua (antara minggu 14-28),
- 3) Dua kali kunjungan selama trimester ketiga (antara minggu ke- 28-36 dan sesudah minggu ke-36),
- 4) Perlu segera memeriksakan kehamilan bila dirasakan ada gangguan atau bila janin tidak bergerak lebih dari 12 jam (Kumalasari, 2015: 9).



2.1.2 Persalinan

1. Pengertian

Sulistyawati mengemukakan persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini di mulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Sholichah, Nanik 2017: 80). Ahli lain, Varney mengemukakan persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu, di mulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada servixs, dan diakhiri dengan pelahiran plasenta (Fritasari, 2013: 15).

Persalinan adalah peristiwa fisiologis yang melibatkan rangkaian perubahan sekuensial dan terpadu di dalam miometrium, desiduas, dan serviks uterus yang terjadi secara bertahap selama beberapa hari sampai minggu. Perubahan jaringan ikat biokimia di serviks uterus muncul untuk mendahului kontraksi rahim dan pelebaran serviks, dan semua kejadian ini biasanya terjadi sebelum pecahnya membran janin. Dengan kata lain proses persalinan proses pengeluaran janin yang matang dan telah melewati masa kehamilan normal (Asgari, et al, 2013: 214).

Persalinan adalah suatu proses yang alami, peristiwa normal, namun bila tidak dikelola dengan tepat dapat berubah menjadi abnormal. Setiap individu berhak untuk dilahirkan secara sehat, oleh karena itu, setiap wanita usia subur (WUS), ibu hamil (bumil), ibu bersalin (bulin), dan bayinya berhak mendapatkan pelayanan yang berkualitas. Persalinan merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia dimana angka kematian Ibu bersalin yang masih cukup tinggi. Keadaan ini disertai dengan komplikasi yang mungkin saja timbul selama persalinan, sehingga memerlukan pengetahuan dan keterampilan yang baik dalam bidang kesehatan, dalam meningkatkan kualitas sumber daya manusia dan menurunkan angka kematian, kesakitan ibu dan perinatal (Purwandari, dkk, 2014: 47). Persalinan normal yaitu persalinan yang dimulai secara spontan (dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir), beresiko rendah pada awal persalinan dan presentasi belakang kepala pada usia kehamilan antara 37-42 minggu setelah persalinan ibu maupun bayi berada dalam kondisi baik (WHO). Definisi lain mengenai persalinan dan kelahiran normal menurut Damayanti, Ika Putri, dkk. 2014: 2) yaitu proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam. Tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin.

2. Jenis - Jenis Persalinan

- a. Persalinan Spontan, yaitu persalinan yang prosesnya berlangsung dengan kekuatan ibunya sendiri (Oktarina, Mika. 2016: 2).
- b. Persalinan Buatan, yaitu persalinan yang prosesnya berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar misalnya dengan *forceps/ vakum*, atau dilakukan operasi *sectio caesarea*.
- c. Persalinan Anjuran, yaitu persalinan yang dibantu dengan jalan rangsangan misalnya pemberian pitocin atau prostaglandin. Umumnya persalinan terjadi bila bayi sudah cukup besar untuk hidup diluar, namun tidak sedemikian besarnya sehingga menimbulkan kesulitan dalam persalinan. Sama halnya pada persalinan yang tidak segera dimulai dengan sendirinya namun baru dapat berlangsung dengan dilakukan amniotomi/ pemecahan ketuban (Damayanti, Ika Putri dkk 2014: 4).

3. Sebab – Sebab Terjadinya Persalinan

★ Bagaimana terjadinya persalinaan belum duktetahui dengan pasti, sehingga menimbulkan beberapa teori.

- a. Faktor – Faktor Hormonal Yang Menyebabkan Persalinan

- 1) Rasio Estrogen Terhadap Progesteron

Progesteron menghambat kontraksi uterus selama kehamilan, sehingga ekspulsi fetus tidak terjadi. Sedangkan esterogen dapat meningkatkan kontraksi uterus karena estrogen meningkatkan jumlah otot-otot saling berhubungan satu sama

lain (*gap injection*) antara sel-sel otot polos uterus yang berdekatan saat permulaan inpartu. Dalam kehamilan estrogen dan progesteron diekskresikan dalam jumlah yang secara progresif terus meningkat dari bulan kebulan. Tetapi mulai bulan ke-7 dan seterusnya estrogen terus meningkat tetapi progesteron tetap konstan atau mungkin sedikit menurun. Oleh karena itu diduga bahwa rasio estrogen dan progesteron yang menyebabkan terjadinya persalinan.

2) Pengaruh Oksitosin Pada Uterus

Oksitosin adalah hormon yang dihasilkan oleh *Neurohipofisis Posterior* yang dapat menyebabkan kontraksi uterus. Yaitu dimana terjadi:

- a) Otot –otot terus meningkatkan reseptor-reseptor oksitodin dan meningkatkan responnya terhadap oksitosin,
- b) Kecepatan sekresi oksitosin oleh neuro hipofisis meningkat pada waktu persalinan,
- c) Regangan serviks atau iritasi serviks pada waktu persalinan dapat menyebabkan refleks neurogenik yang mengakibatkan neurohipofifis meningkat sekresi oksitosinnya.

3) Pengaruh Hormon Fetus pada Uterus

Kelenjar hipofisis pada fetus juga mensekresikan oksitosin yang jumlahnya semakin meningkat seiring dengan

bertambahnya usia kehamilan. kelenjar adrenal fetus menghasilkan hormon kortisol yang dapat menstimulasi uterus. Membran fetus menghasilkan prostaglandin yang tinggi pada waktu persalinan, prostaglandin dapat meningkatkan intensitas kontraksi uterus (Damayanti, Ika Putri, dkk. 2014: 4-6).

b. Teori Yang Berkaitan Dengan Mulai Terjadinya Kekuatan His

Beberapa teori yang menyatakan kemungkinan proses persalinan (Damayanti, Ika Putri, dkk. 2014: 7-9) yaitu:

a. Teori Kerenggangan

- 1) Otot rahim mempunyai kemampuan merenggang dalam batas tertentu
- 2) Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai,
- 3) Contohnya pada hamil ganda sering terjadi kontraksi setelah kerenggangan tertentu, sehingga menimbulkan proses persalinan.

b. Teori Penurunan Progesteron

- 1) Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu.
- 2) Produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin,

- 3) Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

Dengan penurunan hormon progesteron menjelang persalinan dapat terjadi kontraksi. Kontraksi otot rahim ini menyebabkan :

- 1) Turunnya kepala lalu masuk pintu atas panggul terutama pada primigravida pada minggu ke- 36 dapat menimbulkan sesak dibagian bawah, diatas simpisis pubis dan sering ingin kencing atau susah kencing karena kandung kemih tertekan kepala.
- 2) Perut melebar karena fundus uteri turun
- 3) Terjadi perasaan sakit di daerah pinggang, hal ini dikarenakan kontraksi ringan otot rahim dan tetekannya pleksus Frankenhauser yang terletak disekitar serviks
- 4) Terjadi perlunakan serviks karena terdapat kontraksi otot rahim,
- 5) Terjadi pengeluaran lendir dimana lendir penutup serviks dilepaskan.

c. Teori Oksitosin Internal

- 1) Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar *hipofisis past posterior*,

- 2) Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*.
- 3) Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya aktivitas, sehingga persalinan dapat dimulai.

d. Teori Prostaglandin

- 1) Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur hamil 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua,
- 2) Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga konsepsi dikeluarkan,
- 3) Prostaglandin dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan.

e. Teori Hipotalamus Pituitari

- 1) Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan anensefalus sering terjadi keterlambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus.
- 2) Pemberian kortikosteroid yang dapat menyebabkan maturitas janin, induksi/ lulanya persalinan
- 3) Dari hal diatas menunjukkan hubungan antara pituitari dengan persalinan (Damayanti, Ika Putri, dkk. 2014: 7-8).

c. Permulaanya Persalinan

Tanda persalinan sudah dekat yaitu:

- a. Adanya *Lightening*

Menjelang minggu ke-36 pada primigravida, terjadinya penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk ke dalam panggul. Beberapa penyebabnya yaitu:

- 1) Adanya kontraksi *Braxton Hicks*
- 2) Terjadi ketegangan dinding perut
- 3) Terjadi ketegangan *ligamentum rotundum*
- 4) Adanya gaya berat janin, kepala ke arah bawah uteri

Proses masuknya kepala janin ini juga dapat dirasakan oleh wanita hamil dengan tanda-tanda diantaranya:

- 1) Terasa ringan dibagian atas dan rasa sesak berkurang
- 2) Dibagian bawah terasa penuh dan mengganjal
- 3) Kesulitan saat berjalan
- 4) Serta merasa sering berkemih

Faktor – faktor yang berperan dalam persalinan menurut Manuaba (2007) dalam Fritasari, Defi 2013: 22) yaitu:

- 1) Power : Kekuatan his adekuat dan tambahan kekuatan mengejan
- 2) Passage : Jalan lahir tulang, jalan lahir otot
- 3) Passenger : Janin, plasenta dan selaput ketuban.

b. Terjadinya His Permulaan

Pada ibu hamil kontraksi *braxton his* sering dirasakan sebagai keluhan karena rasa sakit yang dimbulkannya. Biasanya

keluhan yang dirasakan berupa sakit pinggang yang mengganggu, terutama pada pasien dengan ambang rasa sakit yang dirasakannya. Adanya perubahan kadar hormon estrogen, dan progesteron menyebabkan oksitosin semakin meningkat dan dapat menjalankan fungsinya dengan efektif untuk menimbulkan kontraksi / his permulaan. His permulaan ini disalah artikan oleh admin

4. Tanda – Tanda Persalinan

Tanda-tanda persalinan diantaranya :

a. Adanya Kontraksi Rahim

Menurut Rose (2007) secara umum tanda awal bahwa ibu hamil untuk melahirkan adalah mengejangnya rahim atau dikenal dengan istilah kontraksi. Kontraksi tersebut berirama, teratur, dan involuter, umumnya kontraksi bertujuan untuk menyiapkan mulut lahir untuk membesar dan meningkatkan aliran darah di dalam plasenta (Fritasari, 2013: 16-17).

b. Keluarnya Lendir Bercampur Darah

Lendir di sekresi sebagai hasil poliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan. Lendir mulanya menyumbat leher rahim, sumbatan yang tebal pada mulut rahim terlepas, sehingga menyebabkan keluarnya lendir berwarna kemerahan bercampur darah dan terdorong keluar oleh kontraksi yang membuka mulut rahim yang

menandakan bahwa mulut rahim menjadi lunak membuka. Leher inilah yang di maksud *blood slim* (Fritasari, 2013: 19).

c. Keluarnya Air Ketuban

Menurut Maulana, 2008, proses penting menjelang persalinan adalah pecahnya air ketuban. Selama sembilan bulan masa gestasi bayi aman melayang dalam cairan amnion. Keluarnya air-air dan jumlahnya cukup banyak, berasal dari ketuban yang pecah akibat kontraksi yang makin sering terjadi (Fritasari, 2013: 20-21).

d. Pembukaan Serviks

Membukanya leher rahim sebagai respon terhadap kontraksi yang berkembang. Tanda ini dapat dirasakan oleh pasien tetapi dapat diketahui dengan pemeriksaan dalam (*vagina toucher*), petugas akan melakukan pemeriksaan untuk menentukan pematangan, penipisan, dan pembukaan leher rahim (Sumkin, 2008 dalam Fritasari 2013: 21).

Tanda – tanda persalinan menurut Kumalasari (2015), diantaranya:

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

e. Tanda Persalinan Palsu

Menurut Stoppard, 2008, mengemukakan kontraksi ini terjadi pada trimester tiga dan sering salah memperkirakan kontraksi *Broxton Hicks* yang kuat sebagai kontraksi awal persalinan. Kontraksi Broxton Hicks yang kuat disalah artikan sebagai tanda datangnya persalinan. Dan ini di kenal dengan persalinan palsu. Menghitung waktu awal kontraksi selama lebih dari satu jam dan jika kontraksi tersebut terjadi berdekatan satu sama lain dan berlangsung lama, mungkin persalinan (Fritasari, 2013: 21-22).

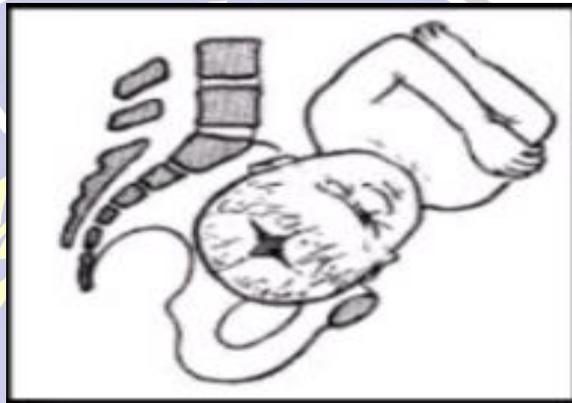
5. Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan mengacu pada serangkaian perubahan posisi dan sikap yang diambil janin selama perjalanannya melalui jalan lahir. Mekanisme persalinan yang dijelaskan disini adalah untuk presentasi vertex dan panggul ginekoid. Hubungan kepala dan tubuh janin dengan panggul ibu berubah saat janin turun melalui panggul. Hal ini sangat penting sehingga diameter optimal tengkorak ada pada setiap kala penurunan. Tahapan mekanisme persalinan ini diantaranya:

1. Engagement

Kepala biasanya masuk ke panggul pada posisi transversal/ pada posisi yang sedikit berbeda dari posisi ini sehingga memanfaatkan diameter terluas panggul. Engagement dikatakan terjadi ketika bagian terluas dari bagian presentasi janin berhasil masuk ke pintu atas panggul. Engagement terjadi pada sebagian besar wanita

nulipara sebelum persalinan, namun tidak terjadi pada sebagian besar wanita multipara. Bilangan perlimaan kepala janin yang dapat dipalpasi melalui abdomen sering digunakan untuk menggambarkan apakah engagement telah terjadi. Jika lebih dari 2/5 kepala janin dapat dipalpasi melalui abdomen, kepala belum *engaged*.



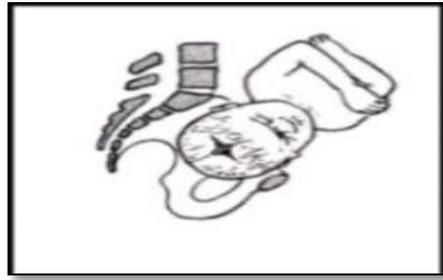
Gambar 2.5

Proses masuknya bagian terbesar kepala janin
kedalam pintu atas panggul.

(Sumber: Sutopo, 2014. http://www.slideshare.net/HendrikLidapraja/meknisme-persalinan-belakang-kepala?from_m_app=androidsew diakses tanggal 18 januari 2018).

2. Penurunan (Descent)

Selama kala I persalinan, kontraksi dan retraksi otot uterus memberikan tekanan pada janin untuk turun. Proses ini dipercepat dengan pecah ketuban dan upaya ibu untuk mengejan.



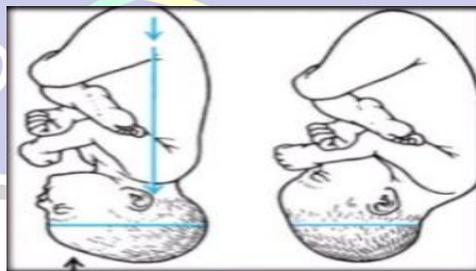
Gambar 2.6

Proses turunnya kepala janin didalam jalan lahir

(Sumber: Sutopo, 2014. http://www.slideshare.net/HendrikLidapraja/meknisme-persalinan-belakang-kepala?from_m_app=androidsew diakses tanggal 18 januari 2018).

3. Fleksi

Ketika kepala janin turun menuju rongga tengah panggul yang lebih sempit, fleksi meningkat. Fleksi ini mungkin merupakan gerakan pasif, sebagian karena struktur disekitarnya, dan penting dalam meminimalkan diameter presentasi kepala janin untuk memfasilitasi perjalanannya melalui jalan lahir. Tekanan pada akses janin akan lebih cepat disalurkan ke oksiput sehingga meningkatkan fleksi.



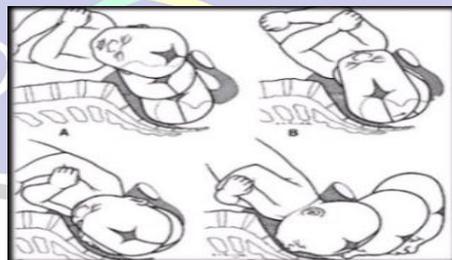
Gambar 2.7

Fleksi Kepala Janin

(Sumber: Sutopo, 2014. http://www.slideshare.net/HendrikLidapraja/meknisme-persalinan-belakang-kepala?from_m_app=androidsew diakses tanggal 18 januari 2018).

4. Rotasi Internal

Jika kepala fleksi dengan baik, oksiput akan menjadi titik utama dan saat mencapai alur yang miring pada otot levator ani, kepala akan didorong untuk berotasi secara anterior sehingga sutura sagital kini terletak di diameter anterior posterior pintu bawah panggul (diameter terluas panggul). Resistensi adalah dinamika rotasi yang penting. Jika janin mencapai engagement dalam posisi oksipitoposterior, rotasi internal (putar paksi dalam) dapat terjadi dari posisi oksipitorposterior sampai posisi oksipitoranterior. Rotasi internal yang lama ini, bersama dengan diameter presentasi tengkorak janin yang lebih besar, menjelaskan peningkatan durasi persalinan akibat kelainan posisi ini. Posisi ini dikaitkan dengan ekstensi kepala janin yang akan meningkatkan diameter presentasi tengkorak janin pada pintu bawah panggul. Posisi ini dapat menyebabkan obstruksi persalinan dan memerlukan pelahiran dengan alat bantu atau bahkan perlu dilakukan *sectio caesaria*.



Gambar 2.8

Putar Paksi Dalam

(Sumber: Sutopo, 2014. http://www.slideshare.net/HendrikLidapraja/meknisme-persalinan-belakang-kepala?from_m_app=androidsew diakses tanggal 18 januari 2018).

5. Ekstensi

Setelah rotasi internal selesai, oksiput berada di bawah simfisis pubis dan bregma berada dekat batas bawah sakrum. Jaringan lunak perineum masih memberikan resistensi, dan dapat mengalami trauma dalam proses ini. Kepala yang fleksi sempurna kini mengalami ekstensi, dengan oksiput keluar dari bawah simfisis pubis dan mulai mendistensi vulva. Hal ini dikenal sebagai *crowning* kepala. Kepala mengalami ekstensi lebih lanjut dan oksiput yang berada dibawah simfisis pubis hampir bertindak sebagai titik tumpu wajah, dan dagu tampak secara berturut-turut pada lubang vagina posterior dan badan perineum. Ekstensi dan gerakan ini meminimalkan trauma jaringan lunak dengan menggunakan diameter terkecil kepala janin untuk kelahiran.



Gambar 2.9

Posisi Ekstensi Kepala Janin

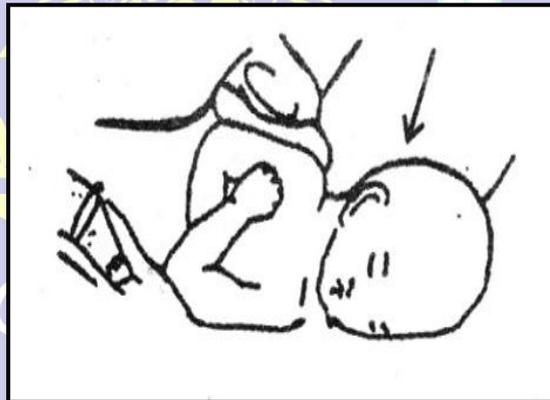
(Sumber: Sutopo, 2014. http://www.slideshare.net/HendrikLidapraja/meknisme-persalinan-belakang-kepala?from_m_app=androidsew diakses tanggal 18 januari 2018).

6. Restitusi

Restitusi adalah lepasnya putaran kepala janin, yang terjadi akibat rotasi internal. Restitusi adalah sedikit rotasi oksiput melalui seperdelapan lingkaran. Saat kepala dilahirkan, oksiput secara langsung berada dibagian depan. Segera setelah kepala keluar dari vulva, kepala mensejajarkan dirinya sendiri dengan bahu, yang memasuki panggul dalam posisi oblik (miring).

7. Rotasi Eksternal

Agar dapat dilahirkan, bahu harus berotasi ke bidang anterior – posterior, diameter terluas pada pintu bawah panggul. Saat ini terjadi, oksiput berotasi melalui seperdelapan lingkaran lebih lanjut ke posisi transversal. Ini disebut rotasi eksternal.



Gambar 2.10

Posisi Rotasi Eksternal

(Sumber: Sutopo, 2014. http://www.slideshare.net/HendrikLidapraja/meknisme-persalinan-belakang-kepala?from_m_app=androidsew diakses tanggal 18 januari 2018).

8. Pelahiran Bahu dan Tubuh Janin

Ketika restitusi dan rotasi eksternal terjadi, bahu akan berada dalam bidang anterior – posterior. Bahu anterior berada di bawah simfisis pubis dan lahir pertama kali, dan bahu posterior lahir berikutnya. Meskipun proses ini dapat terjadi tanpa bantuan, seringkali ‘traksi lateral’ ini dilakukan dengan menarik kepala janin secara perlahan ke arah bawah untuk membantu melepaskan bahu anterior dan bawah simfisis pubis. Normalnya, sisa tubuh janin lahir dengan mudah dengan bahu posterior dipandu ke atas, pada perinum dengan melakukan traksi ke arah yang berlawanan sehingga mengayun bayi ke arah abdomen ibu (Holmes, Debbie. 2011: 224-225).

6. Tahapan persalinan

1. Kala I (Pembukaan)

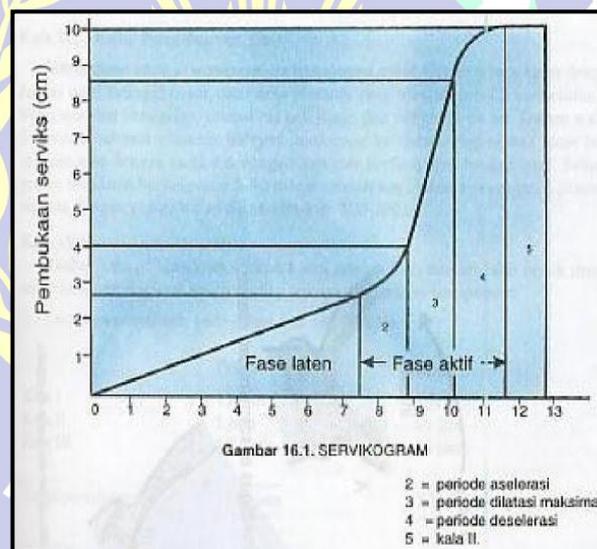
Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Kala satu persalinan terdiri atas dua fase, yaitu:

a. Fase Laten

Fase laten dimulai sejak awal berkontraksi yang menimbulkan penipisan dan pembukaan serviks bertahap, berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm pada umumnya fase laten berlangsung hingga 8 jam.

b. Fase Aktif

Fase aktif adalah frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/ memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih, uterus mengeras waktu kontraksi, serviks membuka. Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm/jam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm pada multipara. Pada fase aktif kala II terjadi penurunan bagian terendah janin tidak boleh berlangsung lebih dari 6 jam.



Gambar 2.11

Pembukaan serviks sesuai *Kurve Friedman*
(Sumber: Damayanti, Ika Putri, dkk. 2014: 12).

Fase aktif dibagi menjadi 3, yaitu:

- 1) Fase Akselerasi. Pada primigravida pembukaan serviks bertambah dari 3 cm menjadi 4 cm dalam waktu sekitar 2 jam

2) Fase Dilatasi Maksimal. Pembukaan serviks berlangsung lebih cepat, yaitu 4 cm menjadi 9 cm dalam waktu 2 jam

3) Fase Deselerasi. Pembukaan serviks melambat dari 9 cm menjadi lengkap (10 cm) dalam waktu 2 jam (Sursilla, ilah. 2010: 5-6).

Lamanya untuk primigravida berlangsung 12-14 jam sedangkan pada multigravida sekitar 6-8 jam (Damayanti, Ika Putri, dkk. 2014: 12).

2. Kala II (Pengeluaran Janin)

Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Pada kala pengeluaran janin his terkoordinasi, kuat, cepat dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk keruang panggul, sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektorik atau otomatis menimbulkan rasa mencejan. Ibu merasa seperti ingin buang air besar karena tekanan pada rektum dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum merenggang. Dengan his mencejan yang terpinpin maka akan lahirlah kepala, diikuti oleh seluruh badan janin. Kala II pada primigravida berlangsung 1 ½ - 2 jam, pada multigravida ½- 1 jam (Kumalasari, Intan. 2015: 98).

3. Kala III

Kala III adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluaran plasenta. Proses ini berlangsung setelah kala II yang 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* atau jaringan ikat longgar yang melapisinya. Berikut beberapa tanda terlepasnya plasenta, diantaranya:

- a. Uterus menjadi berbentuk longgar
- b. Uterus terdorong ke atas, karena plasenta terlepas ke segmen bawah rahim
- c. Tali pusat semakin memanjang
- d. Terjadinya perdarahan.
- e. Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara *crede* (pelepasan plasenta seperti memeras jeruk dan dilakukan untuk melahirkan plasenta yang belum lepas) pada fundus uterus (Damayanti, Ika Putri, dkk. 2014: 13).

4. Kala IV (Observasi)

Kala IV persalinan adalah dimulai dari lahirnya plasenta sampai dua jam pertama postpartum (Kumalasari, Intan. 2015: 99).

Beberapa hal penting yang harus diperhatikan pada kala IV persalinan adalah:

- a. Kontraksi uterus harus baik,
- b. Tidak ada perdarahan pervaginam atau dari alat genitalia lain,
- c. Plasenta dan selaput ketuban harus sudah lahir lengkap,
- d. Kandung kencing harus kosong,

- e. Luka-luka diperineum harus dirawat dan tidak ada hematoma/ pembekuan darah,
- f. Resume/ observasi keadaan umum ibu dan bayi (Damayanti, Ika Putri, dkk. 2014: 14).

6. Perubahan Fisiologis dan Psikologis pada Kala I Persalinan

Beberapa perubahan yang terjadi pada ibu hamil selama proses persalinan yaitu:

1. Tekanan Darah

Meningkatnya tekanan darah selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10 – 20) mmHg dan diastolik rata-rata (5 – 10) mmHg pada waktu-waktu kontraksi tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan (Felyana, <https://prezi.com/wtzvqd31dll5/perubahan-fisiologis-maternal-selama-persalinan/#>. diakses 15 September 2017). Dengan adanya peningkatan tekanan darah tersebut dipastikan wanita yang memang memiliki resiko hipertensi kini risikonya meningkat untuk mengalami komplikasi, seperti perdarahan otak. Terdapat beberapa faktor yang dapat merubah tekanan darah ibu diantaranya:

- a) Aliran darah yang menurun pada arteri uterus akibat kontraksi, kemudian diarahkan kembali ke pembuluh darah perifer.

- b) Timbul tahanan perifer, tekanan darah meningkat dan frekuensi denyut nadi melambat.
- c) Rasa sakit, takut dan cemas dapat meningkatkan tekanan darah ibu

2. Metabolisme jantung

Selama persalinan, metabolisme karbohidrat baik *aerob* maupun *anaerob* meningkat dengan kecepatan tetap. Peningkatan ini disebabkan oleh ansietas (kondisi emosional seperti cemas, takut / khawatir) dan aktifitas otot rangka. Peningkatan aktivitas metabolik terlihat dari peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, pernafasan, curah jantung, dan cairan yang hilang.

3. Suhu

Karena terjadi peningkatan metabolisme, maka suhu tubuh agak sedikit meningkat selama persalinan terutama selama dan segera setelah persalinan. Peningkatan suhu yang terjadi tidak boleh melebihi 0,5 - 1° Celcius.

4. Denyut Nadi dan Detak Jantung

Frekuensi denyut nadi diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode persalinan. Pada setiap kontraksi 400 ml darah dikeluarkan dari uterus dan masuk kedalam sistem vaskuler ibu. hal ini akan meningkatkan curah jantung sekitar 10% hingga 15% pada tahap pertama persalinan dan sekitar 30%

hingga 50% pada tahap kedua persalinan (Supriatiningsih, 2015: 5).

5. Perubahan Pada Ginjal

Poliuria atau gangguan berkemih berlebihan selama persalinan dapat terjadi akibat adanya peningkatan kardiak output, filtrasi dalam glomerulus, dan peningkatan aliran plasma ginjal. Hal lain yang menyebabkan sulit berkemihnya wanita yaitu: edema pada jaringan akibat tekanan bagian presentasi, rasa tidak nyaman, sedasi, rasa malu, serta posisi ibu saat bersalin terlentang.

6. Perubahan Pada Saluran Cerna

Saat persalinan, mobilitas dan absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang, hal ini juga diperburuk oleh penurunan lebih lanjut sekresi asam lamu selama persalinan, sehingga saluran cerna bekerja dengan lambat menjadi lebih lama.

7. Perubahan Hematologi

Perubahan hematologi meningkat sampai 1,2 % gr/1-00, selama persalinan dan akan kembali pada tingkat sebelum persalinan sehari setelah pasca salin kecuali perdarahan postpartum

2.1.3 Konsep Dasar Nifas

1. Pengertian Nifas

Nifas adalah darah yang keluar dari rahim yang disebabkan melahirkan atau setelah melahirkan, selama masa nifas seorang perempuan dilarang untuk shalat, puasa dan berhubungan intim dengan suaminya. Masa nifas (*puerperium*) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti semula (sebelum hamil). Sulistyawati (2009) mengemukakan bahwa masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. Selama masa pemulihan tersebut berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan, baik secara fisik maupun psikologis. (Satukhilmiyah, 2013: 1). Post Partum merupakan periode waktu atau masa dimana organ-organ reproduksi kembali kepada keadaan tidak hamil membutuhkan waktu sekitar 6 minggu (Farrer, 2001 dalam Kirana, 2015: 26). Nurul Jannah (2011) mengemukakan masa nifas /*puerperium* yaitu masa sesudah persalinan, masa perubahan, pemulihan, penyembuhan, dan pengembalian alat-alat kandungan/reproduksi, seperti sebelum hamil yang lamanya 6 minggu atau 40 hari pasca persalinan (dalam Aprilianti, 2016: 1). Periode post partum adalah periode yang dimulai segera setelah kelahiran anak dan berlanjut selama sekitar 6-8 minggu setelah melahirkan dimana ibu kembali kekeadaan semula sebelum hamil (Alkinlabil, et al, 2013: 254).

2. Tahapan Masa Nifas

Tahapan masa nifas menurut Heryani (2010) terbagi menjadi tiga tahapan yaitu:

a. *Puerperium Dini*

Suatu masa kepulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan.

b. *Puerperium Intermedial*

Suatu masa dimana kepulihan dari organ-organ reproduksi selama kurang lebih enam minggu.

c. *Remote Puerperium*

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi.

3. Perubahan Fisiologis Pada Masa Nifas

Beberapa perubahan fisiologis yang terjadi pada masa nifas diantaranya:

a. Perubahan Sistem Reproduksi

1) Involusi uterus

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses yakni uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus. (Kumalasari, 2015: 156). Involusi uterus melibatkan

reorganisasi dan penanggalan desidua/ endometrium dan pengelupasan lapisan pada tempat implantasi plasenta sebagai tanda penurunan ukuran dan berat serta perubahan tempat uterus, warna, dan jumlah lochia (Heryani, 2010: 24).

Proses involusi uterus ini diantaranya:

- 1) *Iskemia Miometrium*. Disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relatif anemi dan menyebabkan serat oto atrofi.
- 2) *Atrofi Jaringan*. Terjadi sebagai reaksi penghentian hormon esterogen saat pelepasan plasenta.
- 3) *Autolysis*. Proses penghancura diri sendiri yang terjadi didalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur hingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan lebarnya 5 kali lebar sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan Yang disebabkan karena penurunan hormon esterogen dan progesteron.
- 4) *Efek Oksitosin*. Menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan kerangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau

tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan (Heryani, 2010: 28).

Segera setelah kelahiran, uterus harus berkontraksi secara baik dengan fundus sekitar 4 cm dibawah umbilikus atau 12 cm diatas simfisis pubis. Dalam 2 minggu, uterus tidak lagi dapat dipalpasi diatas simfisis (Holmes, 2011: 282).

Table 2.1
Perubahan Uterus Masa Nifas

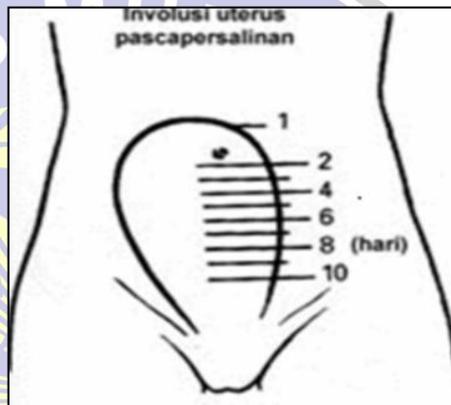
No	Waktu Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus	Palpasi Serviks
1	Bayi lahir	Setinggi Pusat	1000 gram	12,5 cm	Lunak
2	Plasenta lahir	2 jari bawah pusat	750 gram	12,5 cm	Lunak
3	1 minggu	Pertengahan pusat sampai simfisis	500 gram	7,5 cm	2 cm
4	2 Minggu	Tidak teraba diatas simfisis	300 gram	5 cm	1 cm
5	6 Minggu	Bertambah kecil	60 gram	2,5 cm	Menyempit

Sumber: (Kumalasari, Intan, 2015: 156)

Involusi uterus dari luar dapat diamati dengan memeriksa fundus uteri dengan cara sebagai berikut;

- 1) Segera setelah persalinan, tinggi fundus uteri 2 cm dibawah pusat, 12 jam kemudian kembali 1 cm diatas pusat dan menurun kira-kira 1 cm setiap hari,

- 2) Pada hari kedua setelah persalinan tinggi fundus uteri 1 cm di bawah pusat. Pada hari ke- 3-4 tinggi fundus uteri 2 cm dibawah pusat,
- 3) Pada hari ke- 5-7 tinggi fundus uteri setengah pusat simfisis. Pada hari ke-10 tinggi fundus uteri tidak teraba (Kumalasari, 2015: 156).



Gambar 2.12
Involuti Uterus Pascapersalinan
(Sumber: Kumalasari, Intan, 2015: 157).

Bila uterus tidak mengalami atau terjadi kegagalan dalam proses involusi disebut dengan *subinvolusi*. Subinvolusi disebabkan oleh infeksi dan tertinggalnya sisa plasenta/perdarahan lanjut (*postpartum haemorrhage*). Selain itu, beberapa faktor lain yang menyebabkan kelambatan uterus berinvolusi diantaranya:

- 1) Kandung kemih penuh,
- 2) Rektum berisi,

- 3) Infeksi uterus,
- 4) Retensi hasil konsepsi,
- 5) Fibroid,
- 6) Hematoma ligamentum latum uteri (Holmes, 2011: 282).

a. Perubahan Ligamen

Ligamen-ligamen dan diafragma pelvis serta fasia yang merenggang sewaktu kehamilan dan partus, serta jalan lahir, berangsur-angsur menciut kembali seperti sediakala. Perubahan ligamen yang dapat terjadi pasca melahirkan diantaranya: Ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi sehingga ligamen, fasia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur (Heryani, 2010: 29).

b. Perubahan Serviks

Segara setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulai dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks berbentuk seperti cincin (Heryani, 2010: 30). Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi/perluasan kecil. Oleh karena robekan kecil yang terjadi di daerah ostium eksternum selama dilatasi, serviks serviks

tidak dapat kembali seperti sebelum hamil. (Kumalasari, Intan, 2015: 157).

c. Lokia (Lochea)

Akibat involusi uteri, lapisan luar desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Pencampuran antara darah dan desidua inilah yang dinamakan lokia (Heryani, 2010: 30).

Menurut Kemenkes RI (2014), definisi lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Pemeriksaan lochea meliputi perubahan warna dan bau kerana lochea memiliki ciri khas berbau amis atau khas darah dan adanya bau busuk menandakan adanya infeksi. Jumlah total pengeluaran seluruh periode lochea rata-rata 240 – 270 ml. Lochea dibagi menjadi 4 tahapan yaitu:

1) Lochea Rubra/ Merah (*Cruenta*).

Lochea ini muncul pada hari ke-1 sampai hari ke-3 masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo, dan mekonium.

2) Lochea Sanguinolenta

Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 postpartum.

3) Lochea Serosa

Lochea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan/ laserasi plasenta. Muncul pada hari ke-8 sampai hari ke-14 postpartum.

4) Lochea Alba/ Putih

Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir servik, dan serabut jaringan yang mati. Lochea alba bisa berlangsung selama 2 sampai 6 minggu postpartum.

Biasanya wanita mengeluarkan sedikit lochea saat berbaring dan mengeluarkan darah lebih banyak saat berdiri/ bangkit dari tempat tidur. Hal ini terjadi akibat penggumpalan darah forniks vagina atau saat wanita mengalami posisi rekumben. Variasi dalam durasi aliran lochea sangat umum terjadi, namun warna aliran lochea cenderung semakin terang, yaitu berubah dari merah segar menjadi merah tua kemudian coklat, dan merah muda.

Aliran lochea yang tiba-tiba kembali berwarna merah segar bukan merupakan temuan normal dan memerlukan evaluasi. Penyebabnya meliputi aktifitas fisik berlebihan,

bagian plasenta atau selaput janin yang tertinggal dan atonia uterus.

Tabel 2.2
Perbedaan Lokia Pada Masa Nifas

LOKIA	WAKTU	WARNA	CIRI-CIRI
Rubra	1-3 Hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium, dan sisa darah
Sanguilenta	3-7 Hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	7-14 Hari	Kekuningan/ kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta
Alba	>14 Hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati

Sumber: (Heryani, 2010: 32)

d. Perubahan Vulva, Vagina dan Perineum

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap selama 6-8 minggu postpartum. Penurunan hormon estrogen pada masa postpartum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Rugae akan terlihat kembali pada sekitar minggu ke-4. Perineum

setelah persalinan, mengalami pengenduran karena teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pulihnya tonus otot perineum terjadi sekitar 5-6 minggu postpartum. Latihan senam nifas baik untuk mempertahankan elastisitas otot perineum dan organ-organ reproduksi lainnya. Luka episiotomi akan sembuh dalam 7 hari postpartum. Bila terjadi infeksi, luka episiotomi akan terasa nyeri, panas, merah dan bengkak (Aprilianti, 2016: 10-11).

e. Perubahan Sistem Pencernaan

Pasca melahirkan, kadar progesteron menurun, namun faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal, sehingga hal ini akan mempengaruhi pola nafsu makan ibu. Biasanya ibu akan mengalami obstipasi (konstipasi) pasca persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan pada waktu persalinan (dehidrasi), hemoroid, dan laserasi jalan lahir.

f. Perubahan Sistem Perkemihan

Terkadang ibu mengalami sulit buang air kecil karena tertekannya spingter uretra oleh kepala janin dan spasme (kejang otot) oleh iritasi muskulus spingter ani selama proses persalinan, atau karena edema kandung kemih selama persalinan. Saat hamil, perubahan sistem hormonal yaitu

kadar steroid mengalami peningkatan. Namun setelah melahirkan kadarnya menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Umumnya urin banyak dikeluarkan dalam waktu 12-36 jam pascapersalinan. Fungsi ginjal ini akan kembali normal selang waktu satu bulan pascapersalinan.

g. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Perubahan ini terjadi pada saat umur kehamilan semakin bertambah. Adaptasi muskuloskeletal mencakup peningkatan berat badan, bergesernya pusat akibat pembesaran rahim, relaksasi dan mobilitas. Namun, pada saat postpartum sistem muskuloskeletal akan berangsur-angsur pulih dan normal kembali. Ambulasi dini dilakukan segera pascapersalinan, untuk membantu mencegah komplikasi dan mempercepat involusi uteri (Heryani, 2010: 36).

h. Perubahan Sistem Endokrin

Hormon-hormon yang berperan terkait perubahan sistem endokrin diantaranya:

1) Hormon Plasenta

Human Chorionic Gonadotropin (HCG) mengalami penurunan sejak plasenta lepas dari dinding uterus dan lahir, dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari

ke-7 postpartum. Hormon ini akan kembali normal setelah hari ke7.

2) Hormon Pituitary

Hormon pituitary diantaranya: Prolaktin, FSH dan LH. Hormon prolaktin berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi ASI. Pada wanita yang menyusui bayinya, kadar prolaktin tetap tinggi. FSH dan LH meningkat pada minggu ke-3 (fase konsentrasi folikuler) dan LH akan turun dan tetap rendah hingga menjelang ovulasi.

3) Hormon Oksitosin

Hormon oksitosin disekresi oleh kelenjar otak belakang (*Glandula Pituitary Posterior*) yang bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Hormon ini berperan dalam pelepasan plasenta, dan mempertahankan kontraksi untuk mencegah perdarahan saat persalinan berlangsung. Selain itu, isapan bayi saat menyusu pada ibunya juga dapat merangsang produksi ASI lebih banyak dan sekresi oksitosin yang tinggi, sehingga mempercepat proses involusi uteri.

4) Hipotalamik Pituitary Ovarium

Hormon ini mempengaruhi proses menstruasi pada wanita yang menyusui ataupun tidak menyusui. Wanita yang

menyusui mendapatkan menstruasi pada 6 minggu pascamelahirkan kisaran 16% dan 45% setelah 12 minggu pascamelahirkan. Sedangkan wanita yang tidak menyusui, mendapatkan menstruasi kisaran 40% setelah 6 minggu pascamelahirkan dan 90% setelah 24 minggu (Heryani, 2010: 41).

5) Hormon Estrogen dan Progesteron

Estrogen yang tinggi akan memperbesar hormon anti diuretik yang dapat meningkatkan volume darah.

Sedangkan progesteron akan mempengaruhi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah. Hal ini mempengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum, vulva dan vagina (Heryani, 2010: 42).

i. Perubahan Sistem Kardivaskuler

Cardiac Output meningkat selama persalinan dan berlanjut setelah kala III saat besar volume darah dari uterus terjepit di dalam sirkulasi. Namun mengalami penurunan setelah hari pertama masa nifas dan normal kembali diakhir minggu ke-3.

Penurunan ini terjadi karena darah lebih banyak mengalir ke payudara untuk persiapan laktasi. Hal ini membuat darah lebih mampu melakukan koagulasi dengan peningkatan viskositas yang dapat meningkatkan risiko trombosis

j. Perubahan Tanda-Tanda Vital Pada Masa Nifas

Perubahan tanda-tanda vital pada masa nifas diantaranya:

- 1) Suhu. Suhu badan pasca persalinan dapat naik lebih dari $0,5^{\circ}\text{C}$ dari keadaan normal, namun tidak lebih dari 39°C setelah 2 jam pertama melahirkan, umumnya suhu badan kembali normal. Bila lebih dari 38°C waspadai ada infeksi.
- 2) Nadi. Umumnya nadi normal 60-80 denyut per menit dan segera setelah partus dapat terjadi bradiikardi (penurunan denyut nadi). Bila terdapat takikardi (peningkatan denyut jantung) diatas 100 kali permenit perlu diwaspadai terjadi infeksi atau perdarahan postpartum berlebihan.
- 3) Tekanan Darah. Tekanan darah normalnya sistolik 90-12-mmHG dan diastolik 60-80 mmHG. Tekanan darah biasanya tidak berubah biasanya akan lebih rendah setelah melahirkan karena ada perdarahan atau ayang lainnya. Tekanan darah akan tinggi apabila terjadi pre-eklamsi.
- 4) Pernapasan. Frekuensi normal pernapasan orang dewasa yaitu 16-24 kali per menit. Pada ibu postpartum umumnya lambat/ normal dikarenakan masih dalam fase pemulihan.

Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan nadi tidak normal, pernapasan juga akan mengikutinya kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran cerna.

k. Perubahan Hematologi

Pada awal postpartum, jumlah hemoglobin, hematokrit, dan eritrosit bervariasi, hal ini dikarenakan tingkat volume darah dan volume darah yang berubah-ubah. Penurunan volume dan peningkatan sel darah merah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke-3 hingga ke-7 postpartum dan normal kembali pada minggu ke-4 hingga ke-5 postpartum. Jumlah kehilangan darah selama masa persalinan kurang lebih 200-500 ml, minggu pertama postpartum berkisar 500-800 ml dan selama sisa masa nifas berkisar 500 ml (Heryani, 2010: 45).

4. Adaptasi Psikologis Ibu Masa Nifas

Tahapan adaptasi psikologis masa nifas menurut Reva Rubin yaitu:

1. Periode Taking In (hari ke 1-2 setelah melahirkan)
 - a. Ibu masih pasif dan tergantung dengan orang lain,
 - b. Perhatian ibu tertuju pada kekhawatiran perubahan tubuhnya,
 - c. Ibu akan mengulangi pengalaman-pengalaman waktu melahirkan,
 - d. Memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan keadaan tubuh ke kondisi normal,

- e. Nafsu makan ibu biasanya bertambah sehingga membutuhkan peningkatan nutrisi. Kurangnya nafsu makan menandakan proses pengembalian kondisi tubuh tidak berlangsung normal.
2. Periode Taking On/ Taking Hold (hari ke 2-4 setelah melahirkan)
 - a. Ibu memperhatikan kemampuan menjadi orang tua dan meningkatkan tanggung jawab akan bayinya,
 - b. Ibu memfokuskan perhatian pada pengontrolan fungsi tubuh, BAK, BAB, dan daya tahan tubuhnya,
 - c. Ibu berusaha untuk menguasai keterampilan merawat bayi seperti menggendong, menyusui, memandikan, dan mengganti popok,
 - d. Ibu cenderung terbuka menerima nasehat bidan dan krikon pribadi,
 - e. Kemungkinan ibu mengalami depresi postpartum karena merasa tidak mampu membesarkan bayinya.
 3. Periode Letting Go (berlangsung 10 hari setelah melahirkan).
 - a. Terjadi setelah ibu pulang ke rumah dan dipengaruhi oleh dukungan serta perhatian keluarga,
 - b. Ibu sudah mengambil tanggung jawab dalam merawat bayi dan memahami kebutuhan bayi sehingga akan

mengurangi hak ibu dalam kebebasan dan hubungan sosial,

- c. Depresi postpartum sering terjadi pada masa ini (Pitriani, Risa. 2014: 7-8).

5. Kebutuhan dasar pada masa nifas

a. Nutrisi dan Cairan

Selama masa nifas, diet sehat sangat dianjurkan pada ibu setelah melahirkan untuk mempercepat proses penyembuhan dan peningkatan kualitas produksi ASI. Diet yang dilakukan tentunya harus bermutu dengan nutrisi yang cukup, gizi seimbang, terutama kebutuhan protein dan karbohidrat serta banyak mengandung cairan dan serat untuk mencegah konstipasi. Beberapa asupan yang dibutuhkan ibu pada masa nifas diantaranya:

- 1) Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari (3-4 porsi setiap hari)
- 2) Ibu dianjurkan minum sedikitnya 3 liter per hari, untuk mencukupi kebutuhan cairan supaya tidak cepat dehidrasi.
- 3) Rutin mengonsumsi pil zat besi setidaknya selama 40 hari pascapersalinan.
- 4) Serta tidak dianjurkan mengonsumsi makanan yang mengandung kafein/ nikotin.

- 5) Minum kapsul vitamin A 200.000 IU sebanyak dua kali yaitu satu kali setelah melahirkan dan yang kedua diberikan setelah 24 jam selang pemberian kapsul vitamin A pertama. Pemberian kapsul vitamin A 2 kali dapat menambah kandungan vitamin A dalam ASI sampai bayi berusia 6 bulan, dibandingkan pemberian 1 kapsul hanya cukup meningkatkan kandungan sampai 60 hari.

Tabel 2.3
Perbandingan Kebutuhan Zat Gizi
Wanita Tidak Hamil dan Wanita Hamil

N O	Zat Gizi	Satuan	Wanita Hamil	Wanita Tidak Hamil
1	Energi	Kkal	2485	2200
2	Protein	G	60	48
3	Vitamin A	Mcg	700	500
4	Vitamin D	Mcg	15	5
5	Vitamin E	Mg	18	8
6	Vitamin K	Mcg	130	65
7	Vitamin C	Mg	110	75
8	Vitamin B1	Mg	1,5	1,2
9	Vitamin B6	Mg	1,7	1,3
10	Vitamin B12	Mcg	2,6	2,4
11	Thiamin	Mg	1,2	1,0
12	Riboflavin	Mg	1,4	1,2
13	Niacin	Mg	9,1	9
14	Asam Folat	Mcg	300	150
15	Piridoksin	Mg	3,8	1,6
16	Kalsium	Mg	900	500
17	Fosfor	Mg	650	450
18	Zat Besi	Mg	46	26
19	Seng	Mg	20	15
20	Yodium	Mcg	175	150
21	Selenium	Mcg	70	55

Sumber: (Hutahaean, 2013).

d. Ambulasi

Ambulasi dini (*early ambulation*) ialah kebijaksanaan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu postpartum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu untuk berjalan. *Early ambulation* tidak diperbolehkan pada ibu postpartum dengan penyulit misalnya anemia, penyakit jantung, paru-paru, demam, dan sebagainya (RI, Kemenkes: 2014: 140). Pada ibu dengan postpartum normal ambulasi dini dilakukan paling tidak 6-12 jam postpartum, sedangkan pada ibu dengan partus *sectio caesarea* ambulasi dini dilakukan paling tidak setelah 12 jam postpartum setelah ibu sebelumnya beristirahat/ tidur. Tahapan ambulasi ini dimulai dengan miring kiri/kanan terlebih dahulu, kemudian duduk. Lalu apabila ibu sudah cukup kuat berdiri maka ibu dianjurkan untuk berjalan). Beberapa manfaat ambulasi dini diantaranya:

- a. Membuat ibu merasa lebih baik, sehat dan lebih kuat,
- b. Mempercepat proses pemulihan fungsi usus, sirkulasi, jaringan otot, pembuluh vena, paru-paru dan sistem perkemihan.
- c. Mempermudah dalam mengajarkan ibu cara melakukan perawatan pada bayinya,
- d. Mencegah terjadinya trombosis akibat pembekuan darah,
- e. Eliminasi

1. Buang Air Kecil (BAK)

Biasanya dalam waktu 6 jam postpartum ibu sudah dapat melakukan BAK secara spontan. Miksi normal terjadi setiap 3-4 jam postpartum. Namun apabila dalam waktu 8 jam ibu belum dapat berkemih sama sekali, maka kateringasi dapat dilakukan apabila kandung kemih penuh dan ibu sulit berkemih. Kesulitan BAK antara lain disebabkan spingter uretrs yang tertekan oleh kepala janin dan kejang otot (spasmus) oleh iritasi muskulo spingter ani selama persalinan, atau adanya edema kandung kemih selama persalinan.

2. Buang Air Besar (BAB)

Ibu postpartum diharapkan sudah dapat buang air besar setelah hari ke-2 postpartum. Jika pada hari ke-3 ibu belum bisa BAB, maka penggunaan obat pencahar berbentuk supositoria sebagai pelunak tinja dapat diaplikasikan melalui per oral atau per rektal. Kesulitan BAB (konstipasi) pada ibu antara lain disebabkan selain perineum yang sakit juga takut luka jahitan perineum terbuka, adanya hemoroid atau obat-obatan analgesik selama proses persalinan. Kesulitan BAB ini dapat diatasi dengan melakukan mobilisasi dini, konsumsi makanan tinggi serat, mencukupi kebutuhan asupan cairan dapat membantu memperlancar BAB ibu dengan baik.

f. Kebersihan Diri (Personal Hygiene)

Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman ibu. Beberapa langkah yang dapat dilakukan ibu postpartum dalam menjaga kebersihan dirinya antara lain:

- a. Patikan kebersihan tubuh ibu tetap terjaga dengan cara mandi lebih sering (2 kali/ hari) dan menjaga kulit tetap kering untuk mencegah infeksi dan alergi dan penyebarannya ke kulit bayi,
- b. Membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air, yaitu dari arah depan ke belakang, setelah itu anus. Mengganti pembalut minimal 2 kali sehari. Mengajarkan ibu mencuci tangan dengan sabun dan air setiap sebelum dan selesai membersihkan daerah kemaluan. Jika ibu mempunyai luka episiotomy, ibu dianjurkan untuk tidak menyentuh daerah luka agar terhindar dari infeksi sekunder.
- c. Melakukan perawatan payudara secara teratur, yaitu dimulai 1-2 hari setelah bayidilahirkan dan rutin membersihkannya setiap 2 kali sehari.
- d. Mengganti pakaian dan alas tempat tidur. Ibu dianjurkan memakai pakaian yang longgar dan mudah menyerap keringat, sehingga daerah seperti payudara tidak terasa tertekan dan kering. Serta pada daerah lipatan paha, dengan

penggunaan pakaian dalam yang longgar tidak menyebabkan iritasi kulit disekitar selangkangan akibat lokea.

- e. Jika ibu mengalami kerontokan rambut akibat adanya perubahan hormon, ibu dianjurkan menggunakan pembersih rambut/ kondisioner secukupnya, dan menyisir rambut dengan sisir yang lembut.

g. Istirahat dan Tidur

Selama proses pemulihan kondisi fisik dan psikologis ibu pada masa nifas kebutuhan istirahat ibu harus tercukupi. Ibu dapat beristirahat dengan tidur siang selagi bayi tidur, atau melakukan kegiatan kecil dirumah seperti menyapu dengan perlahan-lahan. Jika ibu kurang istirahat maka dampak yang terjadi seperti jumlah produksi ASI berkurang, memperlambat proses involusi uteri, serta meyebabkan depresi dan ketidakmampuan ibu dalam merawat bayinya.

h. Aktivitas Seksual

Ibu dapat melakukan aktivitas seksual dengan suami ibu kapan saja, selama ibu sudah siap, secara fisik aman dan tidak merasakan nyeri daerah genetalia.

i. Senam nifas

Senam nifas adalah senam yang dilakukan oleh ibu setelah persalinan, setelah keadaan ibu normal (pulih kembali). Senam nifas merupakan latihan yang tepat untuk memulihkan kondisi

tubuh ibu dan keadaan ibu secara fisiologis maupun psikologis. Senam nifas dapat dilakukan saat ibu merasa benar-benar pulih dan tidak ada komplikasi atau penyulit selama masa nifas. Selain memulihkan kondisi tubuh ibu senam nifas dapat mempercepat proses involusi uteri dan mengembalikan elastisitas otot-otot dan jaringan yang merenggang waktu persalinan.

6. Tanda Bahaya Masa Nifas

Setelah ibu melahirkan, selanjutnya ibu memasuki tahap masa nifas atau lazim disebut *puerperium*. Masa nifas dimulai 1 jam setelah plasenta lahir hingga 6 minggu (42 hari) setelahnya. Menurut Saifuddin, asuhan masa nifas sangat diperlukan karena masa nifas merupakan masa kritis yang memungkinkan untuk terjadinya masalah-masalah yang berakibat fatal karena dapat menyebabkan kematian ibu. Oleh karena itu perhatian penuh dari bidan sangat diperlukan salah satunya dengan memberikan asuhan kebidanan berkesinambungan yang berkualitas secara optimal. Dampak yang terjadi jika cakupan pelayanan yang diberikan rendah, dapat menyebabkan permasalahan pada ibu nifas seperti perdarahan post partum, infeksi saat masa nifas, dan masalah obstetri lainya pada masa nifas (Wahyuni, Sri, 2014: 58). Tanda bahaya masa nifas yang perlu diwaspadai oleh ibu diantaranya.:

a. Perdarahan Pascasalin

Perdarahan paska persalinan yaitu perdarahan pervaginam yang melebihi 500 ml setelah bayi lahir. Perdarahan pascasalin menurut Kemenkes RI (2014) dibagi menjadi 2, yaitu:

- 1) Perdarahan pascasalin primer (*Early Postpartum Haemorrhage*), yaitu perdarahan yang terjadi dalam 24 jam pertama paska persalinan segera. Penyebab perdarahan ini diantaranya atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta yang tertinggal, dan robekan jalan lahir.
- 2) Perdarahan pascasalin sekunder (*Late Postpartum Haemorrhage*), yaitu perdarahan yang terjadi setelah 24 jam pertama paska persalinan. Penyebab utama perdarahan ini diantaranya robekan jalan lahir, sisa plasenta yang tertinggal atau membran. Sakit kepala yang hebat. Pembengkakan di wajah, tangan dan kaki. payudara yang berubah merah, panas dan terasa sakit. Ibu yang dietnya buruk, kurang istirahat dan anemia mudah mengalami infeksi.

b. Infeksi Masa Nifas

Bakteri dapat menjadi salah satu penyebab infeksi setelah persalinan. Selain kurang menjaga kebersihan dan perawatan masa nifas yang kurang tepat, faktor lain yang memicu

seperti adanya luka bekas pelepasan plasenta, laserasi pada saluran genitalia termasuk episiotomi pada perineum ataupun dinding vagina dan serviks. Gejala umum yang dapat terjadi:

- 1) Temperatur suhu meningkat $>38^{\circ}\text{C}$,
- 2) Ibu mengalami peningkatan pernapasan (takikardi) dan penurunan pernapasan (bradikardi) secara drastis, serta tekanan darah yang tidak teratur,
- 3) Ibu terlihat lemah, gelisah, sakit kepala dan kondisi terburuknya ibu tidak sadar/ koma,
- 4) Proses involusi uteri terganggu,
- 5) Lokea yang keluar berbau dan bernanah.

c. Demam, Muntah dan Nyeri Saat Berkemih

Pada masa nifas ini ibu cenderung mengalami peningkatan suhu badan dan nyeri saat berkemih. Nyeri ini disebabkan oleh luka bekas episiotomi, atau laserasi periuretra yang menyebabkan ketidaknyamanan pada ibu. Demam dengan suhu $>38^{\circ}\text{C}$ mengindikasikan adanya infeksi, serta terjadinya diuresis dan overdistensi dapat menyebabkan infeksi pada saluran kemih.

d. Kehilangan Nafsu Makan Dalam Waktu Yang Lama.

Selepas persalinan ibu akan mengalami kelelahan yang amat berat, karena tenaga ibu banyak terkuras saat menjalani proses persalinannya. Karena kelelahan ini akhirnya berdampak pada

nafsu makan ibu yang menurun. Pada masa ini dukungan keluarga sangat diperlukan dalam membantu ibu untuk tetap makan dan mencukupi kebutuhan nutrisinya dengan baik.

e. Payudara Berubah Kemerahan, Panas, dan Terasa Sakit.

Jika ASI ibu tidak disusukan pada bayinya maka dapat menyebabkan terjadi bendungan ASI, payudara memerah, panas, dan terasa sakit yang berlanjut pada mastitis, atau terjadi radang (peradangan pada payudara).

f. Pembengkakan Pada Wajah dan Ekstremitas.

Waspada! preeklamsi yang timbul dengan tanda-tanda:

- 1) Tekanan darah ibu tinggi,
- 2) Terdapat oedem/ pembengkakan di wajah dan ekstremitas.
- 3) Pada pemeriksaan urine ditemukan protein urine.

7. Asuhan Ibu Pada Masa Nifas Normal

Menurut Saleha (2009), asuhan kebidanan masa nifas adalah pentalaksanaan asuhan yang diberikan pada pasien mulai dari saat setelah lahirnya bayi sampai dengan kembalinya tubuh dalam keadaan seperti sebelum hamil atau mendekati sebelum hamil (Aprilianti, 2016: 22). Asuhan masa nifas sangat diperlukan pada periode ini karena merupakan masa kritis baik ibu maupun bayinya. Sehingga diperkirakan bahwa 60% kematian ibu akibat kehamilan yang terjadi setelah persalinan dan 50% kematian masa nifas yang terjadi dalam 24 jam pertama (Kumalasari, 2015: 164).

Asuhan pelayanan masa nifas yang berkualitas mengacu pada pelayanan sesuai standart kebidanan, sehingga permasalahan yang terjadi pada masa ibu nifas dapat diminimalkan atau bahkan tidak terjadi sama sekali. Asuhan masa nifas memiliki beberapa tujuan diantaranya:

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayi baik fisik maupun psikologinya,
- b. Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati/ merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya,
- c. Memberikan pendidikan kesehatan, tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi, dan perawatan bayi sehat,
- d. Serta memberikan pelayanan keluarga berencana (Kumalasari, 2015: 164).

Kebijakan program nasional masa nifas yaitu paling sedikit empat kali kunjungan pada nifas dalam rangka menilai status ibu dan bayi baru lahir, mencegah, mendeteksi dan mengurangi masalah-masalah yang terjadi pada masa nifas, diantaranya:

- 1) Kunjungan I (6 – 48 jam postpartum)

Asuhan yang diberikan antara lain:

- a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri,
- b. Memantau keadaan umum ibu untuk memastikan tidak terjadi tanda-tanda infeksi,

- c. Melakukan hubungan antara bayi dan ibu (*bounding attachment*),
- d. Membimbing pemberian ASI lebih awal (ASI eksklusif).

2) Kunjungan II (4 hari – 28 hari)

Asuhan yang diberikan antara lain:

- a. Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal,
- b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal,
- c. Memastikan ibu mendapat cukup makan, cairan dan istirahat
- d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit,
- e. Memberikan konseling pada ibu, mengenal asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari-hari.

2) Kunjungan III (29 hari – 42 hari)

Asuhan yang diberikan antara lain:

- a. Menanyakan kesulitan-kesulitan yang dialami ibu selama masa nifas,

- b. Memberikan konseling KB secara dini, imunisasi, senam nifas, dan tanda-tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi (Kumalasari, 2015: 165).

2.1.4 Bayi Baru Lahir/ Neonatus

1. Pengertian Bayi Baru Lahir/ Neonatus

Saifuddin mendefinisikan bayi baru lahir adalah bayi yang baru lahir selama satu jam pertama kelahiran (Dwiendra, 2014: 4).

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai APGAR > 7 dan tanpa cacat bawaan.

Definisi bayi baru lahir menurut Marmi (2012), adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran dan berusia 0-28 hari. Masa neonatal adalah masa sejak lahir sampai dengan 4 minggu (28 hari), sesudah kelahiran dimana ada tiga masa yaitu neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 1 bulan sesudah lahir, Neonatus dini adalah usia < 7 hari dan Neonatus lanjut adalah usia 7-28 hari (Sholichah, Nanik :2017 :80).

2. Ciri - Ciri Bayi Baru Lahir

Menurut Kumalasari (2015: 209-210) ciri – ciri bayi baru lahir diantaranya:

- a. Berat badan 2500-4000 gram,
- b. Panjang badan lahir 48-52 cm,
- c. Lingkar dada 30-38 cm,
- d. Lingkar kepala 33-35 cm,
- e. Frekuensi jantung 120-160 kali/ menit,
- f. Pernapasan \pm 40 – 60 kali/ menit,
- g. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup,
- h. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna,
- i. Kuku agak panjang dan lemas,
- j. Genetalia :
 Pada bayi perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora, pada bayi laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada,
- k. Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik,
- l. Reflek moro/ gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik,
- m. Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecokelatan.

3. Klasifikasi Bayi Baru Lahir

Klasifikasi bayi baru lahir berdasarkan usia gestasi menurut Proverawati & Ismawati (2010), yaitu:

a. Bayi Pematurn

Yaitu bayi yang lahir kurang 37 minggu lengkap (< 259 hari), dengan berat badan antara 1000 – 2499 gram,

b. Bayi Matur

Yaitu bayi yang lahir mulai dari 37 minggu sampai kurang dari 42 minggu lengkap (259 hari sampai 293 hari), dengan berat antara 2500 – 4000 gram,

c. Bayi Postmatur

Yaitu bayi yang lahir 42 minggu lengkap atau lebih (294 hari) (Purnamasari, Rahma, 2013: 11).

4. Tahapan Bayi Baru Lahir

Beberapa tahapan yang terjadi pada bayi baru lahir yaitu:

a. Tahapan I

Tahapan ini terjadi segera setelah lahir, selama menit-menit pertama kelahiran. Pada tahap ini digunakan sistem *scoring apgar* untuk pemeriksaan fisik dan *scoring gray* untuk interaksi ibu dan bayi.

b. Tahapan II

Tahapan ini disebut tahap transisional reaktivitas. Pada tahap II ini dilakukan pengkajian selama 24 jam pertama terhadap adanya perubahan perilaku.

c. Tahapan III

- d. Tahapan ini disebut tahap periodik. Pada tahap ini dilakukan pengkajian setelah 24 jam pertama yang meliputi pemeriksaan seluruh tubuh.

5. Mekanisme Kehilangan Panas pada Bayi

Mekanisme kehilangan panas pada bayi baru lahir adalah:

- 1) *Evaporasi* : kehilangna panas dapat terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas bayi sendiri karena setelah lahir, tubuh bayi tidak segera dikeringkan. Kehilangan panas juga dapat terjadi pada bayi yang cepat dimandikan dan tubuhnya tidak segera dikeringkan dan diselimuti.
- 2) *Konduksi* : kehilangan panas melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan bayi.
- 3) *Konveksi* : kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin.
- 4) *Radiasi* : kehilangan panas tubuh yang terjadi karena bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu tubuh lebih rendah dari suhu tubuh bayi (Dwiendra, 2014).

6. Adaptasi Bayi Baru Lahir Terhadap Kehidupan Di Luar Uterus

Beberapa adaptasi fisiologis yang terjadi setelah bayi lahir menurut Buda S, Endang (2011: 29-46), yaitu:

a. Sistem Pernafasan

Pada saat didalam rahim janin mendapatkan O₂ dan melepaskan CO₂ melalui plasenta. Paru-paru janin mengandung cairan yang disebut surfaktan. Surfaktan berfungsi untuk mengurangi tekanan permukaan alveoli dan menstabilkan dinding alveoli sehingga tidak kolaps. Pada proses persalinan pervaginam terjadi tekanan mekanik dalam dada yang mengakibatkan pengempisan paru-paru dan tekanan negative pada intra toraks sehingga merangsang udara masuk. Ketika tali pusat dipotong maka akan terjadi pengurangan O₂ dan akumulasi CO₂ dalam darah bayi, sehingga akan merangsang pusat pernafasan untuk memulai pernafasan pertama. Pernafasan pertama bayi berfungsi untuk mengeluarkan cairan dalam paru dan mengembangkan jaringan alveoli paru-paru untuk pertama kali sehingga merangsang udara masuk. Ketika bernafas, udara memenuhi paru-paru dan sisa surfaktan diserap oleh pembuluh darah dan linfe sehingga semua alveoli terisi oleh udara pada saat ini maka terjadi peningkatan tekanan O₂ dalam alveolar sehingga pembuluh darah paru-paru meningkat dan memperlancar pertukaran gas dalam alveoli sehingga terjadi perubahan sirkulasi janin menjadi sirkulasi luar rahim. Pernafasan bayi baru lahir tidak teratur kedalaman, kecepatan dan iramanya serta bervariasi 30-

60 kali per menit, sebagaimana kecepatan nadi, kecepatan pernafasan juga dipengaruhi oleh menangis. Pernafasan mudah dilihat atau diamati dengan melihat pergerakan abdomen karena pernafasan neonatus sebagian besar dibantu oleh diafragma dan otot-otot abdomen.

b. Sistem Sirkulasi Darah

Sistem kardiovaskuler mengalami perubahan yang mencolok setelah bayi lahir. Foramen ovale, duktus arteriosus dan duktus venosus menutup. Arteri umbilikus dan vena umbilikalis dan arteri hepatica menjadi ligamen. Nafas pertama yang dilakukan oleh bayi baru lahir membuat paru-paru berkembang dan menurunkan resistensi vaskuler pulmoner, sehingga darah mengalir, tekanan arteri pulmoner menurun. Rangkaian peristiwa merupakan mekanisme besar yang menyebabkan tekanan atrium kanan menurun. Aliran darah pulmoner kembali meningkat ke jantung dan masuk ke kanan bagian kiri sehingga tekanan dalam atrium kiri meningkat. Perubahan tekanan ini menyebabkan foramen ovale menutup. Selama beberapa hari pertama kehidupan, tangisan dapat mengembalikan aliran darah melalui foramen ovale sementara dan mengakibatkan sianosis ringan. Frekuensi jantung bayi rata-rata 140x per menit saat lahir, dengan variasi berkisar antara 120-140x per menit. Frekuensi saat bayi tidur

berbeda dari frekuensi saat bayi bangun. Pada saat usia satu minggu frekuensi denyut jantung bayi rata-rata 128x per menit dan 163x per menit saat bangun. Aritmia sinus (denyut jantung yang tidak teratur pada usia ini dapat dipersepsikan sebagai suatu fenomena fisiologis dan sebagai indikasi fungsi jantung yang baik). Ketika dilahirkan bayi memiliki kadar haemoglobin yang tinggi sekitar 17 gr/dl dan sebagian besar terdiri dari haemoglobin fetal type (HbF). Jumlah HbF yang tinggi ketika didalam rahim diperlukan untuk meningkatkan kapasitas pengangkutan O₂ dalam darah saat darah yang teroksigenasi dari plasenta bercampur dengan darah dari bagian bawah janin. Keadaan ini tidak berlangsung lama, ketika bayi lahir banyak sel darah merah tidak diperlukan sehingga terjadi hemolisis sel darah merah. Hal ini menyebabkan ikterus fisiologi pada bayi baru lahir dalam 2-3 hari pertama kelahiran.

c. Sistem Pencernaan

Bayi baru lahir cukup bulan mampu menelan, mencerna, memetabolisme dan mengabsorpsi protein dan karbohidrat sederhana serta mengelmusi lemak. Mekonium merupakan sanpah pencernaan yang disekresikan oleh bayi baru lahir. Mekonium diakumulasikan dalam usus saat umur kehamilan 16 minggu. Warnanya hijau kehitam-hitaman dan lembut,

terdiri dari mucus, sel epitel, cairan amnion yang tertelan, asam lemak dan pigmen empedu. Mekonium dikeluarkan seluruhnya sekitar 2-3 hari setelah bayi lahir. Mekonium pertama dikeluarkan dalam waktu 24 jam setelah bayi lahir. Ketika bayi sudah mendapatkan makanan faeces bayi berubah menjadi kuning kecoklatan, mekonium yang dikeluarkan menandakan anus yang berfungsi sedangkan faeces yang berubah warna menandakan seluruh saluran gastrointestinal berfungsi. Dalam waktu 4 atau 5 hari faeces akan menjadi kuning. Bayi yang diberi ASI, faecesnya lembut, kuning terang dan tidak bau. Sedangkan bayi yang diberi susu formula berwarna pucat dan agak berbau. Bayi yang diberi ASI dapat BAB sebanyak 5 kali atau lebih dalam sehari, ASI sudah mulai banyak diproduksi pada hari ke 4 atau ke 5 persalinan. Walaupun demikian setelah 3-4 minggu, bayi hanya BAB 1 kali setiap 2 hari. Sedangkan bayi yang diberi susu formula lebih sering BAB tetapi lebih cenderung mengalami konstipasi. Kapasitas lambung bayi baru lahir sekitar 15-30 ml dan meningkat dengan cepat pada minggu pertama kehidupan. Pengosongan lambung pada bayi baru lahir sekitar 2,5 – 3 jam. Imaturitas hati yang fisiologis menghasilkan produksi glukoronil transferase yang rendah untuk konjugasi bilirubin dan juga tingginya jumlah sel darah merah yang mengalami hemolisis

mengakibatkan ikterus fisiologis yang dapat terlihat pada hari ketiga atau kelima. Simpanan glikogen cepat berkurang sehingga early feeding diperlukan untuk mempertahankan glukosa darah normal. Early feeding diperlukan untuk menstimulasi fungsi liver dan membantu pembentukan vitamin K.

d. Sistem Pengaturan Suhu

Tubuh Bayi baru lahir memiliki pengaturan suhu tubuh yang belum efisien dan masih lemah, sehingga penting untuk mempertahankan suhu tubuh bayi agar tidak terjadi penurunan dengan penatalaksanaan yang tepat misalnya dengan cara mencegah hipotermi. Proses kehilangan panas dari kulit bayi dapat melalui proses konveksi, evaporasi, konduksi dan radiasi. Hal ini dapat dihindari jika bayi dilahirkan dalam lingkungan yang hangat dengan suhu sekitar 21-24°C, dikeringkan dan dibungkus dengan hangat. Bayi baru lahir tidak akan mengalami kedinginan dan dapat meningkatkan produksi panas dengan cara ini. Simpanan lemak coklat sudah tersedia pada bayi saat dilahirkan, tetapi suhu tubuh bayi menurun lebih banyak energi yang digunakan untuk memproduksi panas ketika diperlukan saja. Lemak coklat diproduksi dibawah bahu, dibelakang sternum dileher disekitar ginjal dan kelenjar supra renal. Intake makanan yang adekuat juga penting untuk

memproduksi. Jika suhu tubuh bayi menurun lebih banyak energi digunakan untuk memproduksi panas daripada untuk pertumbuhan dan akan terjadi peningkatan penggunaan O₂. Bayi baru lahir yang kedinginan akan terlihat tidak aktif dan dia akan mempertahankan panas tubuhnya dengan posisi fleksi dan meningkatkan pernafasannya serta menangis. Sehingga terjadi peningkatan penggunaan kalori yang mengakibatkan hipoglikemi yang akan ditimbulkan dari efek hipotermi begitu juga hipoksia dan hyperbilirubinemia. Suhu yang tidak stabil juga mengindikasikan terjadinya infeksi sehingga setiap tindakan yang dilakukan harus menghindari terjadinya kehilangan panas pada bayi baru lahir. Suhu tubuh bayi yang normal sekitar 36,5 – 37,5°C.

e. Sistem Ginjal

Janin mengeluarkan urina dalam cairan amnion selama kehamilan. Walaupun ginjal pada bayi sudah berfungsi, tapi belum sempurna untuk menjalankan fungsinya. Kemampuan filtrasi glomerular masih sangat rendah, maka kemampuan untuk menyaring urine belum sempurna. Sehingga cairan dalam jumlah yang banyak diperlukan untuk mengeluarkan zat padat. Jika bayi mengalami dehidrasi ekskresi zat padat seperti urea dan sodium klorida akan terganggu. Bayi baru lahir harus BAK dalam waktu 24 jam setelah lahir. Awalnya urine yang

keluar sekitar 20-30 ml/ hari dan meningkat menjadi 100-200 ml/ hari pada akhir minggu pertama ketika intake cairan meningkat.

f. Sistem Adaptasi Imunologi

Dalam rahim janin mendapatkan perlindungan infeksi oleh kantong ketuban yang masih utuh dan barrier plasenta, walaupun demikian ada mikroorganisme tertentu yang dapat melewati plasenta dan menginfeksi janin. Bayi baru lahir sangat rentang terhadap infeksi terutama yang masuk melalui mukosa yang berhubungan dengan sistem pernafasan dan gastrointestinal. Bayi mempunyai beberapa imunoglobulin seperti IgG, IgA dan IgM. Selama trimester akhir kehamilan terjadi transfer transplacentar imunoglobulin IgG dari ibu ke janin. Hal ini memberikan perlindungan pada janin untuk memberikan pertahanan terhadap infeksi yang didapatkan dari antibody itu. Antibody yang terbentuk memberikan kekebalan pasif pada bayi sekitar 6 bulan, sedangkan IgM dan IgA tidak mampu untuk melewati barrier plasenta tetapi dapat dihasilkan oleh janin beberapa hari setelah lahir. Tingkat imunoglobulin IgG bayi sama atau kadang lebih tinggi dari ibunya, hal ini disebabkan karena adanya kekebalan pasif selama bulan pertama kehidupan. Sedangkan IgM dan IgA rata-rata 20% dari orang dewasa yang dibutuhkan selama 2 tahun untuk sama

dengan orang dewasa. Tingkat IgM dan IgA yang relative rendah dapat memudahkan terjadinya atau masuknya infeksi. IgA dapat memberikan perlindungan terhadap infeksi pada saluran pernafasan, gastrointestinal, dan mata. ASI terutama kolostrum dapat memberikan kekebalan pasif pada bayi sebagai perlindungan terhadap infeksi dalam bentuk *Lactobacillus bifidus*, lactoferin, lysozym dan pengeluaran IgA. Pemberian ASI juga membantu perkembangbiakan bakteri tertentu dalam usus yang akan mengakibatkan suasana asam yang dapat menghambat pertumbuhan bakteri patogen. Oleh karena itu setiap tindakan pada bayi harus berprinsip untuk mencegah terjadinya infeksi.

g. Sistem Reproduksi

Spermatogenesis pada bayi laki-laki belum terjadi sampai mencapai pubertas, tetapi pada bayi perempuan sudah terbentuk folikel primodial yang mengandung ovum pada saat lahir. Pada kedua jenis kelamin ini pengambilan estrogen dari ibu untuk pertumbuhan payudara yang kadang-kadang disertai secret pada hari keempat atau kelima. Hal ini tidak membutuhkan perawatan karena akan hilang dengan sendirinya. Pada bayi perempuan kadang terjadi pseudomenstruasi dan labia mayora sudah terbentuk menutupi

labia minora. Pada laki-laki testis sudah turun kedalam skrotum pada akhir 36 minggu kehamilan.

h. Sistem Rangka Tubuh

Pertumbuhan otot lebih banyak terjadi dengan hipertropi dibandingkan dengan hiperplasia. Pemanjangan dan pengerasan tulang yang belum sempurna dapat memfasilitasi pertumbuhan episis. Tulang yang berada dibawah tengkorak tidak mengalami pengerasan. Hal ini penting untuk pertumbuhan otak dan memudahkan proses moulase pada waktu persalinan. Moulase dapat hilang beberapa hari setelah kelahiran. Fontanela posterior menutup setelah 6-8 minggu, sedangkan fontanela anterior membuka sampai 18 bulan. Pengkajian terhadap hidrasi dan tekanan intrakranial dapat dilakukan dengan palpasi fontanel.

i. Sistem Syaraf

Jika dibandingkan dengan sistem tubuh lainnya, sistem syaraf belum matang secara anatomi dan fisiologi. Hal ini mengakibatkan kontrol yang minim oleh korteks serebri terhadap sebagian besar batang otak dan aktivitas refleks tulang belakang pada bulan pertama kehidupan walaupun sudah terjadi interaksi sosial. Adanya beberapa aktivitas refleks yang terdapat pada bayi baru lahir menandakan adanya

kerjasama antara sistem syaraf dan sistem muskuloskeletal.

Refleks tersebut antara lain :

a. Reflek Moro

Reflek dimana bayi akan mengembangkan tangan lebar-lebar dan melebarkan jari-jari lalu mengembalikan dengan tarikan yang cepat seakan-akan memeluk seseorang.

Reflek dapat diperoleh dengan memukul permukaan yang rata yang ada didekatnya dimana dia terbaring dengan posisi terlentang. Bayi seharusnya membentangkan dan menarik tangannya secara sistematis. Jari-jari akan meregang dengan ibu jari dan telunjuk membentuk huruf C, kemudian tangan terlipat dengan gerakan memeluk dan kembali pada posisi rileks. Kaki juga dapat mengikuti gerakan serupa. Reflek Moro biasanya ada pada saat lahir dan hilang setelah usia 3-4 bulan.

b. Reflek Rooting

Reflek ini timbul karena adanya stimulasi taktil pada pipi dan daerah mulut, bayi akan memutar kepala seakan – akan mencari puting susu. Reflek Rooting ini berkaitan erat dengan reflek menghisap dan dapat dilihat jika pipi atau sudut mulut dengan pelan disentuh bayi, akan menengok secara spontan kearah sentuhan, mulutnya akan

terbuka dan mulai menghisap. Reflek ini biasanya menghilang pada usia 7 bulan.

c. Reflek Sucking

Reflek ini timbul bersama dengan reflek rooting untuk menghisap puting susu dan menelan ASI.

d. Reflek Batuk dan Bersin

Reflek ini timbul untuk melindungi bayi dan obstruksi pernafasan.

e. Reflek Graps

Refleks yang timbul bila ibu jari diletakkan pada telapak tangan bayi maka bayi akan menutup telapak tangannya.

Respon yang sama dapat diperoleh ketika telapak kaki digores dekat ujung jari kaki, menyebabkan jari kaki menekuk. Ketika jari-jari kaki diletakkan pada telapak tangan bayi, bayi akan menggenggam erat jari-jari.

Genggaman telapak tangan bayi biasanya berlangsung sampai usia 3-4 bulan. Jari kaki akan menekuk kebawah, reflek ini menurun pada usia 8 bulan, tapi masih dapat dilihat sampai usia 1 tahun.

f. Reflek Walking dan Stapping

Reflek ini timbul bila bayi dalam posisi berdiri akan ada gerakan spontan kaki melangkah kedepan walaupun bayi tersebut belum bisa berjalan. Reflek ini kadangkadang

sulit diperoleh sebab tidak semua bayi kooperatif. Meskipun secara terus menerus reflek ini dapat dilihat. Menginjak biasanya berangsur-angsur menghilang pada usia 4 bulan.

g. Reflek Tonic Neck

Reflek jika bayi mengangkat leher dan menoleh kekanan atau kekiri jika diposisikan tengkurap. Reflek ini tidak dapat dilihat pada bayi yang berusia 1 hari, meskipun sekali reflek ini kelihatan, reflek ini dapat diamati sampai bayi berusia 3-4 bulan.

h. Reflek Babinsky

Reflek bila ada rangsangan pada telapak kaki akan bergerak keatas dan jari – jari lain membuka. Reflek ini biasanya hilang setelah berusia 1 tahun.

i. Reflek Galant/ Membengkokkan Badan

Ketika bayi tengkurap goreskan pada punggung menyebabkan pelvis membengkokkan kesamping. Jika punggung digores dengan keras kira – kira 5 cm dari tulang belakang dengan gerakan kebawah, bayi merespon dengan membengkokkan badan kesisi yang digores. Refleks ini berkurang pada usia 2-3 bulan.

j. Reflek Bauer/ Melangkah

Reflek ini terlihat pada bayi aterm dengan posisi tengkurap, pemeriksa menekan telapak kaki. Bayi akan merespon dengan membuat gerakan merangkak. Reflek ini menghilang pada usia 6 minggu.

k. Intergumentary Sistem

Kulit bayi sangat sensitive terhadap infeksi oleh karena itu penting untuk menjaga keutuhan kulit. Masuknya mikroorganisme dapat menyebabkan infeksi. Oleh karena itu Ig A tidak ada pada saat lahir dan baru terbentuk sekitar 2 minggu setelah lahir, maka imunitas kulit dan usus berkurang. Kelenjar keringat sudah ada pada saat lahir tapi kadang-kadang belum berfungsi secara efisien. Verniks kaseosa yang melindungi kulit bayi dan diproduksi oleh kelenjar sebacea sedangkan bintik-bintik putih kecil yang dinamakan milia sudah ada pada waktu lahir. Pengelupasan kulit hanya dimulai beberapa hari setelah lahir, sedangkan jika kulit bayi sudah mengelupas pada saat lahir hal ini mengidentifikasi bahwa sudah terjadi serotinus, IUGR atau infeksi intra uterin seperti sifilis.

7. Asuhan Bayi Baru Lahir Normal

Asuhan segera bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi baru lahir dimulai sejak proses persalinan hingga

kelahiran bayi (dalam satu jam pertama kehidupannya). Dengan memegang prinsip asuhan segera, aman, dan bersih untuk bayi baru lahir (Kumalasari, Intan, 2015: 210). Asuhan segera yang dilakukan dengan memperhatikan aspek-aspek berikut:

- a. Selalu menjaga bayi tetap kering dan hangat,
- b. Usahakan kontak kulit ibu dengan bayi (skin to skin), segera setelah melahirkan badan:
 - 1) Secepat mungkin menilai pernafasan, serta bayi diletakkan diatas perut ibu,
 - 2) Dengan kain bersih dan kering membersihkan muka bayi dari lendir dan darah untuk mencegah jalan udara terhalang,
 - 3) Bayi sudah harus menangis/ bernafas secara spontan dalam waktu 30 detik setelah lahir, jika bayi belum menangis bernafas dalam waktu 30 detik, segera cari bantuan, lalu mulai melakukan langkah – langkah resusitasi.
- c. Jaga bayi tetap hangat (kontak skin to skin antara ibu dan bayi)
 - 1) Mengganti handuk/ kain yang basah dengan handuk kering, lalu segera bungkus bayi dengan selimut,
 - 2) Memastikan bayi tetap hangat dengan memeriksa telapak bayi tiap 15 menit:

- a) Bila keadaan tubuh bayi dingin segera periksa suhu axilla bayi,
 - b) Bila suhu $< 36,5^{\circ}\text{C}$, segera untuk menghangatkannya
- d. Menilai pernafasan

Periksa pernafasan dan warna kulit bayi tiap 5 menit:

- 1) Bila bayi tidak segera bernafas, segera lakukan : resusitasi,
- 2) Bila bayi mengalami sianosis/ sukar bernafas (frekuensi nafas < 30 atau > 60 X/menit) segera beri O₂ kateter nasal.

e. Perawatan Mata

Pemberian obat mata eritromisin 0,5% atau Tetrasiklin 1 % untuk mencegah penyakit mata kerana klamidia (penyakit menular seksual yang dapat menginfeksi mata bayi), salep diberikan pada jam pertama setelah kelahiran.

f. Asuhan Bayi Baru Lahir

Dalam waktu 24 jam, tindakan penanganan yang dilakukan yaitu:

- 1) Melanjutkan pengamatan pernafasan, warna kulit dan aktifitas bayi,
- 2) Pertahankan suhu bayi tetap normal ($36,5 - 37,5^{\circ}\text{C}$),
- 3) Hindari memandikan bayi hingga sedikitnya 6 jam,
- 4) Bungkus bayi dengan kain kering dan hangat, kepala tertutup.

Tabel 2.4
Sistem Penilaian APGAR

Tanda	Nilai : 0	Nilai : 1	Nilai : 2
<i>Appearance</i> (Warna Kulit)	Pucat/ biru seluruh tubuh	Tubuh merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
<i>Pulse</i> (Denyut Jantung)	Tidak ada	<100	> 100
<i>Grimace</i> (Tonus Otot)	Tidak ada	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan kuat/ melawan
<i>Activity</i> (Aktivitas)	Tidak ada	Sedikit gerak	Gerakan aktif / langsung menangis
<i>Respiration</i> (Pernafasan)	Tidak ada	Lemah/ tidak teratur	Menangis

Sumber : (Dwiendra R, Octa, 2014: 6).

Keterangan :

Nilai 1-3 asfiksia berat

Nilai 4-6 asfiksia Sedang

Nilai 7-10 asfiksia ringan (normal)

g. Pemeriksaan fisik

- 1) Menggunakan tempat yang hangat dan bersih untuk pemeriksaan,
- 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah pemeriksaan, gunakan sarung tangan dan bertindak lembut
- 3) Melakukan inspeksi (lihat), auskultasi (dengar) dan palpasi (raba/ rasakan tiap – tiap) daerah dari kepala

sampai dengan kaki, bila ada masalah segera cari bantuan dan rekam hasil pemeriksaan.

h. Beri vitamin K Untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi Vitamin K pada bayi baru lahir. Bayi baru lahir normal dan cukup bulan perlu diberikan Vitamin K per oral 1 mg/ hari selama 3 hari. Bayi risiko tinggi diberi vitamin K parenteral dosis 0,5 – 1 mg IM.

i. Perawatan lain

1) Perawatan tali pusat, dengan memastikan tali pusat dalam keadaan kering.

2) Dalam waktu 24 jam bila ibu dan bayi belum pulang, beri imunisasi BCG, Polio dan Hepatitis B.

3) Ajarkan cara perawatan bayi, seperti:

a) Memberikan ASI sesuai kebutuhan tiap 2 – 3 jam (4 Jam), sesring mungkin,

b) Pertahankan bayi tetap bersama ibu,

c) Jaga bayi agar tetap bersih, hangat dan kering,

d) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering,

e) Pegang, sayangi dan nikmati kehidupan bersama bayi.

f) Pastikan bayi tetap hangat dan jangan mandikan bayi hingga 24 jam setelah persalinan. Jaga kontak kulit antara ibu dan bayi serta tutupi kepala bayi dengan topi.

4) Tanyakan pada ibu dan atau keluarga tentang masalah kesehatan pada ibu:

- a) Keluhan tentang bayinya
- b) Penyakit ibu yang mungkin berdampak pada bayi (TBC, demam saat persalinan, KPD > 18 jam, hepatitis B atau C, siphilis, HIV/ AIDS, penggunaan obat).
- c) Cara, waktu, tempat bersalin dan tindakan yang diberikan pada bayi jika ada.
- d) Warna air ketuban
- e) Riwayat bayi buang air kecil dan besar
- f) Frekuensi bayi menyusu dan kemampuan menghisap

5) Lakukan pemeriksaan fisik dengan prinsip sebagai berikut:

- a) Pemeriksaan dilakukan dalam keadaan bayi tenang (tidak menangis)
- b) Pemeriksaan tidak harus berurutan, dahulukan menilai pernapasan dan tarikan dinding dada bawah, denyut jantung serta perut.

8. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

Tanda bahaya yang harus diwaspadai pada bayi baru lahir

yaitu :

- a. Pernafasan > 60X/ menit,
- b. Kehangatan > 37,5°C,

- c. Warna kuning (24 jam I), biru/ pucat, memar,
- d. Adanya tanda-tanda Infeksi, ditandai dengan:
 - 1) suhu tinggi, merah, bengkak (nanah, bau busuk, pernafasan sulit),
 - 2) Tali pusat memerah, bengkak, keluar cairan/ nanah, bau busuk dan berdarah,
 - 3) Tinja/ kemih dalam waktu 24 jam, tinja lembek dan sering, warna hijau tua, ada lendir dan darah pada tinja h.
 - 4) Aktifitas terlihat menggigil, tangis lemah, kejang dan lemas.

9. Jadwal Kunjungan Neonatus

Pelayanan kesehatan neonatus adalah pelayanan yang sesuai dengan standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonatus sedikitnya 3 kali, selama periode 0-28 hari, baik di fasilitas kesehatan maupun kunjungan rumah.

Pelaksanaan kunjungan diantaranya:

- 1) Kunjungan Neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir,
- 2) Kunjungan Neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke-3 sampai dengan hari ke-7 setelah lahir,
- 3) Kunjungan Neonatal ke-3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke-8 sampai dengan hari ke-28 setelah lahir (Karwati, 2011: 126).

2.1.6 Konsep Dasar Keluarga Berencana

1. Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga berencana adalah salah satu metode untuk mengendalikan jumlah penduduk (Meihartati, 2017: 1). Keluarga berencana (*family planning/ planned parenthood*) merupakan suatu usaha menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi (Winarsih, 2015: 8). Pengertian keluarga berencana menurut Arum (2009) tercantum dalam UU No. 10 Tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera adalah upaya peningkatan kepedulian peran serta masyarakat melalui Pendewasaan Usia Perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera (Sari, dkk, 2010: 41).

WHO mendefinisikan KB sebagai pola hidup/ cara berfikir yang ditetapkan secara sukarela, berdasarkan pengetahuan, sikap dan keputusan serta tanggung jawab dari individu pasangan tersebut, untuk mempromosikan kesehatan dan kesejahteraan kelompok dan dengan demikian berkontribusi secara aktif terhadap masalah sosial dan pembangunan sebuah negara (Saba, 2014: 25). Menurut Manuaba (2012), Keluarga Berencana dilaksanakan dengan berbagai macam metode kontrasepsi diantaranya metode kontrasepsi sederhana seperti: kondom, diafragma, pantang berkala,

dan coitus interruptus. Metode kontrasepsi efektif hormonal seperti: pil, susuk, dan suntikan. Metode kontrasepsi mekanis seperti: AKDR/IUD. Serta metode kontrasepsi mantap seperti Metode Operasi Wanita (MOW) dan Metode Operasi Pria (MOP), hal ini sesuai dengan kebutuhan dan indikasi pasien yang ingin memilihnya (Winarsih, 2015: 1). Kontrasepsi metode hormonal telah tersedia dalam sejumlah bentuk yaitu: pil (kombinasi dan hanya berisi progestin), kontrasepsi darurat, suntikan, implan, cincin dalam vagina, kontrasepsi transdermal dan IUD hormonal (Winarsih, 2015: 1-2). Keluarga Berencana dianggap sebagai salah satu faktor penting untuk menyelesaikan masalah kesehatan dan kehidupan sosial dengan mengoperasionalkan “pembatasan dan strategi merawat anak” yang tentunya sangat bergantung pada ketersediaan dan aksesibilitas metode kontrasepsi modern seperti pil, kondom, injeksi IUD, sterilisasi dan lain-lain., di pusat kesehatan terdekat.

2. Alat Kontrasepsi Pascasalin

Kb pascasalin merupakan suatu program yang dimaksudkan untuk mengatur kelahiran, menjaga jarak kehamilan dan menghindari kehamilan yang tidak diinginkan agar dapat mengatur kehamilan melalui penggunaan alat/ obat kontrasepsi setelah melahirkan (BKKBN, 2011). Kontrasepsi pascasalin dioptimalkan dalam waktu 42 hari pascapersalinan/ masa nifas. Jenis kontrasepsi

yang digunakan sama seperti prioritas pemilihan kontrasepsi pada masa interval, dengan prinsip utama penggunaan yaitu tidak mengganggu proses laktasi (R.I, Kemenkes, 2015: 176).

Beberapa metode kontrasepsi dapat digunakan oleh ibu pascasalin diantaranya:

a. Pada ibu menyusui, kontrasepsi yang tidak mengandung hormonal merupakan pilihan utama.

- 1) Segera setelah plasenta lahir kontrasepsi yang dapat digunakan yaitu: MAL, IUD, MOW
- 2) Sebelum 2 x 24 jam pascapersalinan yaitu: MOW
- 3) Setelah 6 minggu pascapersalinan yaitu: IUD, MOW, kontrasepsi progestin (pil, suntik, implan)
- 4) Setelah 3 bulan (masa nifas), yaitu: IUD, MOW, kontrasepsi progestin (pil, suntik, implan)
- 5) Setelah 6 bulan, semua jenis kontrasepsi baik hormonal maupun non hormonal sesuai dengan pilihan dan kondisi ibu.

b. Kontrasepsi yang diberikan pada ibu pascasalin yang tidak menyusui sama dengan ibu yang menyusui terkecuali MAL.

Pil kombinasi esterogen-progesteron dapat diberikan lebih awal tetapi tidak diberikan sebelum minggu ke-3 pascapersalinan. Implan dan suntikkan kb 3 bulan (DMPA) diberikan segera setelah melahirkan (BKKBN, 2012).

10. Macam – Macam Alat Kontrasepsi

1. Metode Kontrasepsi Sederhana (Tanpa Alat)

a. Metode Amenorea Laktasi (MAL)

1) Pengertian

Metode Amenorea Laktasi (MAL) disebut juga metode kontrasepsi alami dengan mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif untuk menekan ovulasi. Bila dilakukan secara benar, resiko kehamilan kurang dari 1 diantara 100 ibu dalam 6 bulan setelah persalinan. Beberapa persyaratan yang harus dipenuhi untuk dapat menggunakan kontrasepsi ini yaitu:

- a) Ibu belum mengalami haid lagi setelah pasca persalinan
- b) Bayi disusui secara eksklusif dan sering, sepanjang siang dan malam.
- c) Bayi berusia kurang dari 6 bulan (WHO. 2013).

2) Kontraindikasi

Beberapa kontraindikasi dari metode MAL yaitu:

- a) Wanita pascasalin yang sudah mendapat haid,
- b) Wanita yang tidak menyusui secara eksklusif,
- c) Wanita bekerja dan terpisah dari bayinya lebih dari 6 jam,

d) Wanita yang menggunakan obat-obatan sejenis ergotamine, antimetabolisme, cyclosporine, obat radioaktif, antikoagulan, bromocriptine, dan obat penenang lainnya.

3) Keuntungan

Keuntungan menggunakan kontrasepsi ini diantaranya:

- a) Selain biaya murah, mendorong pola menyusui yang benar sehingga membawa manfaat kesehatan bagi ibu dan bayi.
- b) Tidak memerlukan pengawasan medik, ataupun obat/alat,
- c) Tidak mengganggu senggama,
- d)
- e) Tidak ada efek samping yang sistemik,
- f) Sebagai sumber gizi utama dalam tumbuh kembang bayi, bayi dapat mendapat kekebalan aktif pasif melalui ASI,
- g) Mengurangi perdarahan pada ibu,
- h) Meningkatkan hubungan antara ibu dan bayinya.

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.

1. Metode Kontrasepsi Sederhana (Dengan Alat)

a. Kondom

1) Pengertian

Kondom adalah alat kontrasepsi berbentuk selubung karet yang dapat terbuat dari bahan seperti: lateks (karet), plastik (vinil), atau bahan alami (produk hewani) yang dapat di pasang pada penis saat berhubungan seksual. Kontrasepsi kondom bekerja dengan menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang

pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan. Efektivitasnya bila digunakan dengan benar, resiko kehamilan adalah 2 diantara 100 ibu dalam 1 tahun.

2) Kelebihan/ Keuntungan

Keuntungan kontrasepsi ini diantaranya:

- a) Dapat mencegah penularan penyakit menular seksual dan konsekuensinya, seperti: kanker serviks.
- b) Tidak ada efek samping hormonal dan mudah didapat
- c) dapat digunakan sebagai metode sementara atau cadangan (*backup*) sebelum menggunakan metode lain. Kekurangan dari metode ini yaitu keberhasilan sangat dipengaruhi cara penggunaannya, sehingga harus disiapkan sebaik mungkin sebelum berhubungan seksual. Selain itu dampak lain yang ditimbulkan dari pemakaian kondom yaitu dapat memicu reaksi alergi pada orang-orang dengan alergi lateks.

3) Kekurangan

Kekurangan metode kontrasepsi ini diantaranya:

- a) Penggunaan setiap kali dipasang sebelum berhubungan seksual,
- b) Perlu adanya komitmen yang kuat dari pasangan,

- c) Kesulitan ereksi kadang terjadi pada sebagian pria,
- d) Sedikit mengganggu hubungan seksual/ kurang memuaskan,
- e) Pada sebagian perempuan yang menggunakan kondom wanita, terjadi ketidakcocokan/ alergi bahan kondom sehingga dapat memicu iritasi bahkan infeksi.

4) Indikasi pemakaian

- a) Baik digunakan wanita paska melahirkan,
- b) Jika pasangan ingin menggunakan metode kontrasepsi yang reversible.
- c) Bagus digunakan selama masa latihan pemakaian alat kontrasepsi topi/ lainnya.

b. Diafragma

1) Pengertian

Diafragma adalah kap berbentuk cembung, terbuat dari lateks (karet) yang dimasukkan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup serviks sehingga sperma tidak dapat mencapai saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba fallopi) dapat juga digunakan sebagai spermisida.

2) Kelebihan/ Keuntungan

Memiliki keuntungan dan kelebihan yang sama dengan kontrasepsi metode kondom, seperti:

- a) Tidak mengganggu produksi ASI,
- b) Tidak mengganggu hubungan seksual karena sudah terpasang 6 jam sebelum berhubungan seksual,
- c) Dapat mencegah penularan penyakit IMS seperti HIV/AIDS,
- d) Menampung darah menstruasi, jika digunakan saat haid.

3) Kekurangan

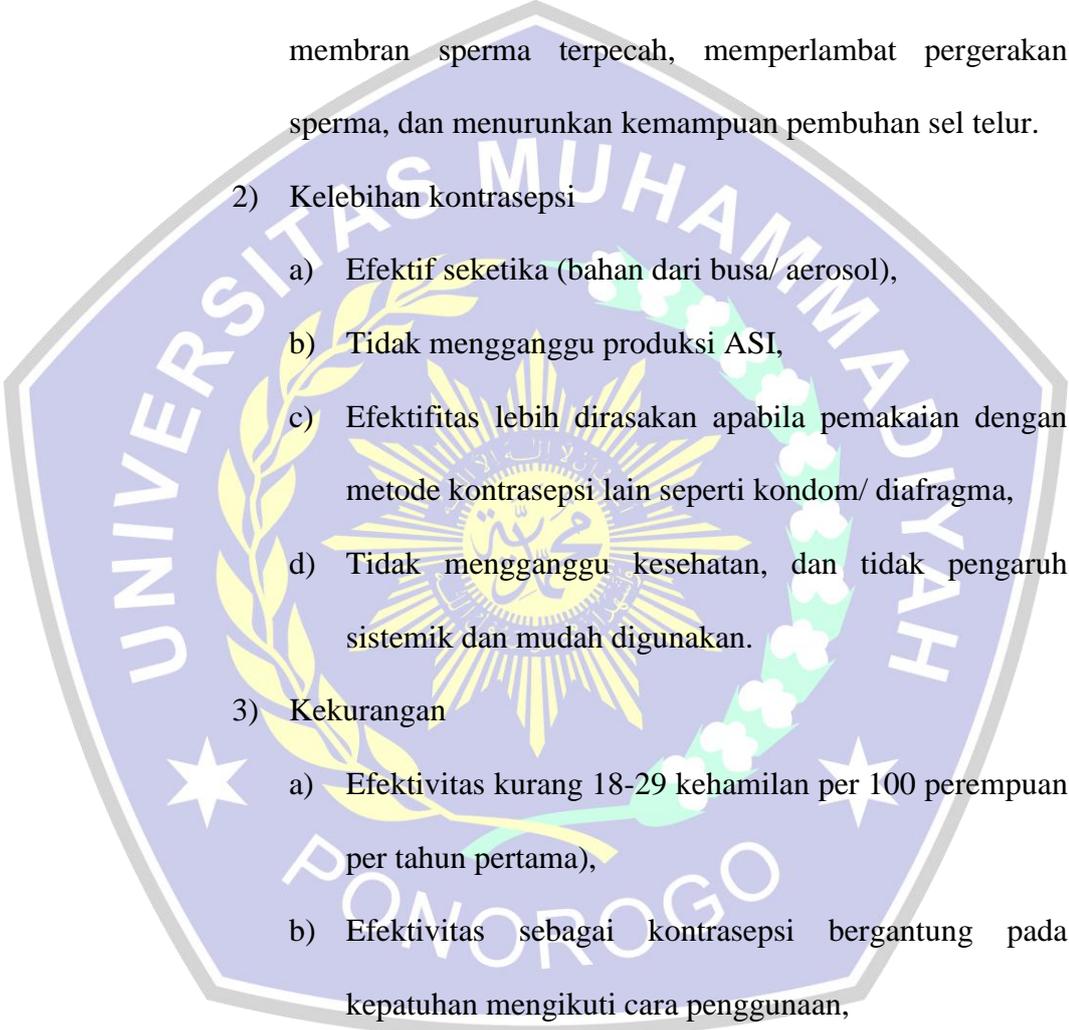
Kekurangan metode ini diantaranya:

- a) Efektivitasnya bila digunakan dengan benar bersama spermisida, resiko kehamilan adalah 6 – 16 diantara 100 ibu dalam 1 tahun.
- b) Perlu adanya motivasi kuat dan berkesinambungan dengan menggunakannya setiap berhubungan seksual,
- c) Memerlukan pemeriksaan dalam untuk menentukan ukuran yang tepat, dan keberhasilan tergantung dengan cara pemakaian,
- d) Dapat menimbulkan efek samping seperti iritasi vagina dan penis, serta lesi di vagina. Risiko kesehatan lain seperti infeksi saluran kemih, vaginosis bakterial, kandidiasis, hingga sindroma syok toksik.

c. Spermisida

1) Pengertian

Menurut Nuraini (2015), spermisida adalah alat kontrasepsi berbahan kimia (non oksinol-9), digunakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperma. Dikemas dalam bentuk aerosol (busa), tablet vaginal, suppositoria, dan krim. Mekanisme kerjanya yaitu dapat menyebabkan sel membran sperma terpecah, memperlambat pergerakan sperma, dan menurunkan kemampuan pemyahan sel telur.

- 
- 2) Kelebihan kontrasepsi
 - a) Efektif seketika (bahan dari busa/ aerosol),
 - b) Tidak mengganggu produksi ASI,
 - c) Efektifitas lebih dirasakan apabila pemakaian dengan metode kontrasepsi lain seperti kondom/ diafragma,
 - d) Tidak mengganggu kesehatan, dan tidak pengaruh sistemik dan mudah digunakan.
 - 3) Kekurangan
 - a) Efektivitas kurang 18-29 kehamilan per 100 perempuan per tahun pertama),
 - b) Efektivitas sebagai kontrasepsi bergantung pada kepatuhan mengikuti cara penggunaan,
 - c) Ketergantungan pengguna dari motivasi berkelanjutan dengan memakai setiap melakukan hubungan seksual,

- d) Pengguna harus menunggu 10-15 menit setelah aplikasi sebelum melakukan hubungan seksual (tablet busa vagina, suppositoria dan film,
- e) Tidak mencegah penyebaran penyakit menular seksual seperti HIV/AIDS.

4) Kontraindikasi

- a) Wanita dengan riwayat infeksi saluran kemih,
- b) Wanita dengan riwayat alergi dengan alat kontrasepsi spermisida,
- c) Diafragma dapat terlepas jika tidak terlalu tetekan oleh busa aerosol.

2. Metode Kontrasepsi Hormonal

a. Kontrasepsi suntik Progesterin (*Depot Medroksi Progesteron Asetat/ DMPA*)

1) Pengertian kontrasepsi progestrin

Menurut Verney (2006), kontrasepsi progesterin adalah kontrasepsi suntikan yang berisi hormon progesteron saja dan tidak mengandung hormon esterogen. Dosis yang diberikan 150 mg/ml depot medroksiprogesteron asetat yang disuntikkan secara intramuscular (IM) setiap 12 minggu (Susilawati, Endang: 2010). Memiliki efektivitas yang tinggi dengan 0,3 kehamilan per100 perempuan dalam satu tahun pemakaian. Menurut Baziad (2002)

kegagalan yang terjadi pada penggunaan kontrasepsi ini umumnya dikarenakan oleh ketidakpatuhan akseptor untuk datang pada jadwal yang telah ditetapkan atau teknik penyuntikan yang salah, injeksi harus benar-benar intragluteal (Susilawati, Endang: 2010).

2) Mekanisme Kerja

Mekanisme Kerja kontrasepsi DMPA menurut Hartanto (2004) :

a) Primer : Mencegah ovulasi Kadar Folikel Stimulating Hormone (FSH) dan Luteinizing hormone (LH) menurun serta tidak terjadi lonjakan LH. Pada pemakaian DMPA, endometrium menjadi dangkal dan atrofis dengan kelenjar-kelenjar yang tidak aktif. Dengan pemakaian jangka lama endometrium bisa menjadi semakin sedikit sehingga hampir tidak didapatkan jaringan bila dilakukan biopsi, tetapi perubahan tersebut akan kembali normal dalam waktu 90 hari setelah suntikan DMPA berakhir.

b) Sekunder:

(1) Lendir servik menjadi kental dan sedikit sehingga merupakan barier terhadap spermatozoa.

(2) Membuat endometrium menjadi kurang baik untuk implantasi dari ovum yang telah dibuahi.

(3) Mempengaruhi kecepatan transportasi ovum didalam tuba falopi.

3) Waktu Penggunaan Kontrasepsi

Waktu yang disarankan untuk menggunakan kontrasepsi ini menurut Saifuddin (2003), yaitu :

a) Setiap saat selama siklus haid, asalkan ibu tidak mengalami hamil,

b) Mulai hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid,

c) Pada ibu yang tidak haid atau dengan perdarahan tidak teratur, injeksi dapat diberikan setiap saat, asal tidak hamil. Selama 7 hari setelah penyuntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual,

d) Bagi ibu yang telah menggunakan kontrasepsi hormonal lain secara benar dan tidak hamil kemudian ingin mengganti dengan kontrasepsi DMPA, suntikan pertama dapat segera diberikan tidak perlu menunggu sampai haid berikutnya,

e) Bagi ibu yang menggunakan kontrasepsi non hormonal dan ingin mengganti dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama dapat segera diberikan,

asal ibu tidak hamil dan pemberiannya tidak perlu menunggu haid berikutnya. Bila ibu disuntik setelah hari ke-7 haid, selama 7 hari penyuntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual (Sulistiawati, Endang, 2010).

4) Kelebihan Kontrasepsi

Kelebihan penggunaan suntik DMPA menurut BKKBN (2003) :

- a) Sangat efektif penggunaannya,
- b) Pencegahan kehamilan jangka panjang,
- c) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri,
- d) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah.
- e) Tidak mempengaruhi ASI,
- f) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik,
- g) Dapat digunakan oleh perempuan usia lebih dari 35 tahun sampai perimenopause,
- h) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik,
- i) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara,
- j) Mencegah beberapa penyakit radang panggul.

k) Sedikit efek samping yang ditimbulkan. Beberapa efek samping yang ditimbulkan menurut Baziad (2002), yaitu:

(1) Mengalami gangguan haid seperti amenore, spotting, menorarghia, metrorarghia,

(2) Penambahan berat badan,

(3) Memicu mual, mata berkunang-kunang, terkadang sakit kepala,

(4) Penurunan libido,

(5) Vagina menjadi kering karena adanya pengentalan mukus serviks oleh hormon progestin (Sulistiawati, Endang, 2010).

5) Keterbatasan Kontrasepsi

Keterbatasan penggunaan suntik DMPA menurut BKKBN (2003):

a) Sering ditemukan gangguan haid,

b) Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian,

c) Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan,

d) Permasalahan berat badan merupakan efek samping

tersering. e. Tidak menjamin perlindungan terhadap

penularan infeksi menular seksual, hepatitis B serta virus HIV.

e) Pada penggunaan jangka panjang dapat terjadi perubahan lipid serum (Sulistiawati, Endang, 2010).

6) Indikasi

Indikasi pada pengguna suntik DMPA menurut BKKBN (2003):

- a) Wanita usia reproduktif,
 - b) Wanita yang telah memiliki anak,
 - c) Wanita yang menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan memiliki efektifitas tinggi,
 - d) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai,
 - e) Wanita setelah melahirkan dan tidak menyusui,
 - f) Wanita dengan riwayat abortus dan keguguran,
 - g) Wanita yang memiliki banyak anak tetapi belum menghendaki tubektomi,
 - h) Wanita dengan masalah gangguan pembekuan darah
- (Sulistiawati, Endang, 2010).

7) Kontraindikasi

Kontraindikasi pemakaian menurut BKKBN (2003), yaitu :

- a) Wanita hamil atau dicurigai hamil,

- b) Wanita dengan perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya,
- c) Wanita yang tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid.
- d) Wanita yang pernah menderita kanker payudara atau ada riwayat kanker payudara,
- e) Wanita penderita diabetes mellitus disertai komplikasi (Sulistiawati, Endang, 2010).

b. Pil Mini (Pil Progestin)

1) Pengertian

Mini pil adalah pil KB yang hanya mengandung hormon progesteron dalam dosis rendah. Pil mini atau pil progestin disebut juga pil menyusui. Dosis progestin yang digunakan 0,03-0,05 mg per tablet (Lusa, 2010). Beberapa jenis pil mini yang disarankan yaitu:

- a) Pil dalam kemasan dengan isi 28 pil yang mengandung 75 mikro gram desogestrel.
- b) Pil dalam kemasan dengan isi 35 pil mengandung 300 mikro gram levonogestrel atau 350 mikro gram noretindron
- c) Contoh mini pil antara lain: Micrinor, NOR-QD, noriday, norod mengandung 0,35 mg noretindron.

Ada juga microval, noregeston, microlut mengandung 0,03 mg levonogestrol.

2) Cara Kerja

Cara kerja kontrasepsi pil progestin yaitu:

Mini pil dapat menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium, endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit, mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma, mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu. Efektivitas bagus bila digunakan dengan benar, risiko kehamilan 1 diantara 100 ibu dalam 1 tahun.

3) Kelebihan

Kontrasepsi pil progestin atau mini pil mempunyai beberapa kelebihan diantaranya:

- a) Sangat efektif apabila digunakan dengan benar dan konsisten,
- b) Tidak mempengaruhi ASI, karena tidak mengandung estrogen.
- c) Nyaman dan mudah digunakan, sehingga hubungan seksual tidak terganggu,
- d) Kesuburan cepat kembali,
- e) Dapat dihentikan setiap saat.

f) Mengurangi jumlah darah haid, kejadian anemia, menurunkan pembekuan darah.

g) Mengurangi nyeri haid.

h) Mencegah kanker endometrium, melindungi dari penyakit radang panggul, penderita endometriosis, kencing manis yang belum mengalami komplikasi dapat menggunakan.

i) Tidak menyebabkan peningkatan tekanan darah, nyeri kepala dan depresi.

j) Mengurangi gejala pre menstrual sindrom.

4) Efek samping yang ditimbulkan sedikit, seperti:

(1) Gangguan haid (perdarahan bercak, spotting, amenorea dan haid tidak teratur).

(2) Peningkatan/penurunan berat badan.

(3) Payudara tegang.

(4) Mual.

(5) Pusing.

(6) Perubahan mood.

(7) Dermatitis atau jerawat.

5) Kerugian:

(1) Memerlukan biaya. Dan harus selalu tersedia,

(2) Efektifitas berkurang apabila menyusui juga berkurang.

(3) Penggunaan mini pil bersamaan dengan obat tuberkulosis atau epilepsi akan mengakibatkan efektifitas menjadi rendah. Mini pil harus diminum setiap hari dan pada waktu yang sama. Angka kegagalan tinggi apabila penggunaan tidak benar dan konsisten.

(4) Tidak melindungi dari penyakit menular seksual termasuk HBV dan HIV/AIDS.

(5) Mini pil tidak menjamin akan melindungi dari kista ovarium bagi wanita yang pernah mengalami kehamilan ektopik.

6) Indikasi:

(1) Wanita usia reproduksi,

(2) Wanita yang telah memiliki anak maupun yang belum mempunyai anak

(3) Wanita pasca persalinan dan tidak menyusui.

(4) Menginginkan metode kontrasepsi efektif selama masa menyusui, pasca keguguran.

(5) Tekanan darah kurang dari 180/110 mmHg atau dengan masalah pembekuan darah.

7) Kontraindikasi

Kriteria yang tidak boleh menggunakan kontrasepsi pil progestin atau mini pil antara lain:

Wanita usia tua dengan perdarahan yang tidak diketahui penyebabnya.

- (1) Wanita yang diduga hamil atau hamil,
- (2) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid.
- (3) Riwayat kehamilan ektopik.
- (4) Riwayat kanker payudara atau penderita kanker payudara,
- (5) Wanita pelupa sehingga sering tidak minum pil,
- (6) Gangguan tromboemboli aktif (bekuan di tungkai, paru atau mata),
- (7) Ikterus, penyakit hati aktif atau tumor hati jinak maupun ganas.
- (8) Wanita dengan miom uterus.
- (9) Serta riwayat stroke.

c. Implan/ AKBK (Alat Kontrasepsi Bawah Kulit)

1) Pengertian

Menurut Speroff & Darney (2005), Implan adalah metode kontrasepsi yang diinsersikan pada bagian subdermal, yang hanya mengandung progestin dengan masa kerja panjang, dosis rendah, dan reversibel untuk wanita.

Menurut Varney (1997), Implan terdiri dari 6 skala kapsul *dimethylsiloxane* yang dibuat dari bahan silastik, masing – masing kapsul berisi 36 mg levonorgestrel dalam format

kristal dengan masa kerja lima tahun (Kumalasari, Intan, 2015: 278).

2) Mekanisme kerja

Implan bekerja dengan cara mengentalkan lendir serviks, mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, pergerakan sperma terhambat karena lendir serviks yang mengental, dan menekan ovulasi. Waktu pemasangan implan yang optimal yaitu:

- a) Selama haid (7 hari sampai siklus haid),
 - b) Pascapersalinan antara 3-4 minggu, bila tidak menyusukan bayinya,
 - c) Ibu yang sedang menyusukan bayinya secara eksklusif (> 6 minggu pascapersalinan dan sebelum enam bulan pascapersalinan),
 - d) Pascakeguguran (segera atau dalam 7 hari pertama)
- (Kumalasari, Intan, 2015: 279-280).

3) Jenis – Jenis Implan

Beberapa jenis implan yang dipakai menurut Kumalasari (2015), yaitu:

a) *Norplant*

Terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm dan diameter 2,4 mm, yang isinya 36 mg levonorgestel dengan lama kerjanya 5 tahun.

b) *Imlpanon*

Terdiri dari 1 batang putih telur yang berisi progestin yang dimasukkan kedalam inserter steril dan sekali pakai (*disposable*), panjangnya 40 mm berdiameter 2 mm yang isinya inti *Ethylene Vinyl Acetate* (EVA) mengandung 68 mg 3-keto-desogestrel, dengan lama kerja sampai 3 tahun.

c) *Jadena & Indoplant*

Terdiri dari 2 batang yang berisi 75 mg levonogestrel dengan lama kerja 3 tahun.

d) *Uniplant*

Terdiri dari satu batang putih silastik dengan panjang 4 cm, mengandung 38 mg nomegestrol asetat dengan kecepatan pelepasan sebesar 100 mg perhari dengan lama kerja 1 tahun.

e) *Capronor*

Terdiri dari 1 kapsul biodegradabel (yang melepaskan hormon bersama zat-zat pengangkut didalam jaringan tubuh). Berdiameter 0,24 cm yang terdiri atas 2,5 cm mengandung 16 mg levonorgestrel ukuran panjang, dan kapsul panjang ukuran 4 cm mengandung 26 mg levonorgestrel. Lama kerja antara 12 – 18 bulan.

4) Keuntungan/ kelebihan

- a) Mempunyai daya guna tinggi dengan efektivitas penggunaan 0,2 – 1 kehamilan per 100 perempuan.
 - b) Perlindungan jangka panjang hingga mencapai 5 tahun.
 - c) Mengembalikan kesuburan lebih cepat.
 - d) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam karena implan dimasukkan lewat bagian subdermal (lengan atas).
 - e) Tidak mengandung hormon esterogen, implan mengandung progestin dosis rendah.
 - f) Tidak mengganggu kegiatan senggama,
 - g) Tidak mengganggu produksi ASI.
 - h) Dapat dicabut setiap saat.
 - i) Mengurangi jumlah darah menstruasi. Terjadi penurunan dalam jumlah rata-rata darah menstruasi yang keluar, sehingga metode ini juga dapat memperbaiki anemia pada wanita (Kumalasari, Intan: 280-281).
- 5) Kerugian/ kekurangan

Beberapa kekurangan dari kontrasepsi implan yaitu:

- a) Dapat menimbulkan efek samping nyeri kepala, peningkatan berat badan, timbulnya jerawat, perubahan perasaan (mood), dan gelisah.

- b) Membutuhkan tindakan pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan, sehingga klien tidak dapat memberhentikan sendiri pemakaiannya.
- c) Tidak memberikan efek protektif terhadap infeksi menular seksual seperti HIV/AIDS.
- d) Efektivitas menurun bila penggunaan obat-obat tuberkulosis atau epilepsi (Kumalasari, Intan: 282-283).

6) Indikasi

Kriteria yang dapat menggunakan implan yaitu:

- a) Wanita usia produktif,
- b) Wanita yang menghendaki kontrasepsi jangka panjang,
- c) Wanita dalam masa menyusui,
- d) Wanita pascakeguguran (aborts),
- e) Wanita yang tidak menginginkan anak lagi, tetapi tidak ingin menggunakan kontrasepsi mantap (MOW),
- f) Wanita dengan kontraindikasi hormon esterogen,
- g) Serta wanita yang sering lupa minum jika menggunakan kontrasepsi pil.

7) Kontraindikasi

Kriteria yang tidak dapat menggunakan implan yaitu:

- a) Wanita hamil/ di duga hamil,

- b) Wanita yang pernah mengalami perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya,
- c) Wanita yang menderita kanker payudara.
- d) Wanita yang tidak dapat menerima perubahan pola menstruasinya,
- e) Wanita dengan riwayat diabetes melitus, penyakit jantung dan mengalami varises (Kumalasari, Intan, 2015: 280-282).

d. IUD / AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)

1) Pengertian

Menurut Hidayati (2009), AKDR/ IUD adalah alat kontrasepsi modern yang telah dirancang sedemikian rupa (baik bentuk, ukuran, bahan, masa aktif dan fungsi kontrasepsinya), diletakkan dalam kavum uteri sebagai usaha kontrasepsi, menghalangi fertilisasi, dan menyulitkan telur berimplantasi dalam uterus. Menurut Handayani (2010), AKDR/ IUD atau spiral merupakan benda kecil yang terbuat dari plastik yang lentur, mempunyai lilitan tembaga atau juga mengandung hormon dan dimasukkan kedalam rahim melalui vagina serta mempunyai benang (Kumalasari, Intan, 2015: 302).

2) Mekanisme kerja

Menurut WHO (1997), IUD bekerja dengan menimbulkan reaksi radang di endometrium, disertai peningkatan produksi prostaglandin dan infiltrasi leukosit. Reaksi ini ditingkatkan dengan pengaruh enzim-enzim diendometrium, metabolisme glikogen, dan penyerapan estrogen yang menghambat transportasi sperma (Kumalasari, Intan, 2015: 304). Efektivitas antara 0,6-0,8 kehamilan per 100 perempuan dalam satu tahun pertama.

3) Jenis – Jenis IUD

Beberapa jenis IUD yang dipakai diantaranya:

a) AKDR/ IUD Nonhormonal

(1) Menurut bentuknya, dibagi menjadi:

(a) Bentuk terbuka (*open device*). Contohnya Lippes Loop, Cu-7, Cu-T, Spring Coil dan lain-lain,

(b) Bentuk tertutup (*closed device*). Contohnya Ota-Ring, Atigon, dan Graten Berg Ring.

(2) Menurut tambahan obat/ metal, dibagi menjadi:

(a) Medicated IUD. Contohnya Cu-T 200, Cu-T 300, Cu-T 800 dan lain-lain, dengan jangka masa berlaku 3-8 tahun.

(b) Unmedicated IUD. Contohnya Lippes Loop, Marguiles, Antigon, dan lain-lain. IUD jenis

ini ditanamkan didalam uterus untuk selamanya.

b) AKDR/ IUD Hormonal

(1) Progestasert – T = Alza T. Panjang 36 mm, lebar 32 mm, memiliki 2 lembar benang ekor warna hitam, mengandung 38 mg progesteron dan barium sulfat, dengan daya kerja 18 bulan.

(2) LNG 20

Mengandung 46-60 mg levonolgestrel, dengan efektivitas angka kegagalan / kehamilan terendah yaitu <0,5 per 100 wanita pertahun (Kumalasari, intan, 2015: 303).

4) Keuntungan/ kelebihan

- a) Dapat bekerja efektif segera setelah pemasangan,
- b) Sebagai metode kontrasepsi jangka panjang,
- c) Meningkatkan kenyamanan seksual, sehingga tidak mengganggu hubungan seksual,
- d) Dapat dipasang segera setelah melahirkan / pascaabortus (jika tidak ada infeksi),
- e) Tidak mempengaruhi kualitas ASI,
- f) Dapat membantu mencegah kehamilan ektopik,
- g) AKDR umumnya sangat mudah dikeluarkan dan pemulihan kesuburan berlangsung cepat (angka

konsepsi 78-88% setelah 12 bulan dan 92-97% pada tiga tahun setelah pengeluaran).

5) Kerugian/ kekurangan

a) Efek samping yang umum terjadi seperti:

- (1) Perubahan siklus haid,
- (2) Haid lebih lama dan banyak,
- (3) Perdarahan (*spotting*) antar menstruasi
- (4) Saat haid lebih sakit (*dismenore*).

b) Komplikasi yang terjadi seperti:

- (1) Dapat menimbulkan sakit hingga kejang tiga sampai lima hari setelah pemasangan,
- (2) Perdarahan hebat waktu haid, hingga dapat memicu penyebab anemia,
- (3) Perforasi dinding uterus (jarang terjadi jika di pasang dengan benar)

c) Tidak protektif mencegah IMS termasuk HIV/AIDS.

d) Tidak baik digunakan pada wanita yang suka berganti pasangan, jika dipasangkan dapat memicu berbagai penyakit salah satunya penyakit radang panggul pada wanita dengan IMS, yang memicu terjadi infertilitasi.

e) Prosedur medis termasuk pemeriksaan pelviks diperlukan dalam pemasangannya.

- f) Menimbulkan sedikit nyeri dan perdarahan (*spotting*) terjadi dan menghilang selama 1-2 hari setelah pemasangan (Kumalasari, Intan, 2015: 305).

6) Indikasi

Yang dapat menggunakan IUD menurut Handayani (2010), yaitu:

- a) Wanita usia reproduksi,
- b) Wanita keadaan nulipara,
- c) Wanita yang ingin menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang,
- d) Perempuan menyusui dan ingin memakai kontrasepsi,
- e) Setelah menyusui dan tidak ingin menyusui bayinya,
- f) Setelah abortus dan tidak terlihat adanya infeksi,
- g) Perempuan dengan resiko rendah IMS,
- h) Wanita yang tidak menyukai/ lupa minum pil,
- i) Serta tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari senggama (Kumalasari, Intan, 2015: 306).

7) Kontraindikasi

- a. Wanita yang hamil/ dicurigai hamil,
- b. Wanita yang alergi terhadap tembaga,
- c. Wanita dengan riwayat penyakit IMS,
- d. Wanita dengan perdarahan abnormal yang belum didiagnosa,

- e. Rongga uterus mengalami distorsi hebat sehingga pemasangan/ penempatan sulit dilakukan,
- f. Mempunyai riwayat penyakit trofoblas ganas, dan riwayat penyakit TBC.

3. Metode Kontrasepsi Mantap

a. Tubektomi (MOW)

1) Pengertian

Tubektomi (MOW/ Metode Operasi Wanita) adalah metode kontrasepsi mantap yang bersifat sukarela bagi seorang wanita bila tidak ingin hamil lagi dengan cara mengoklusi tuba fallopi (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum (BKKBN, 2011). Adapun syarat-syarat menjadi akseptor (pengguna) tubektomi adalah berikut:

- a) Sukarela terhadap keputusan menggunakan kontrasepsi,
- b) Mendapatkan keterangan dari dokter atau petugas pelayanan kontrasepsi,
- c) Pasangannya harus memberikan persetujuan secara tertulis.

2) Waktu penggunaan

- a) Idealnya dilakukan dalam 48 jam pascapersalinan,

- b) Dapat dilakukan segera setelah persalinan/ setelah operasi caesar,
- c) Jika tidak dapat dikerjakan dalam 1 minggu setelah persalinan, dapat ditunda 4-6 minggu.

3) Cara kerja

- a) Sebelum operasi, dokter akan memeriksa kesehatan lebih dahulu, untuk memastikan cocok atau tidak,
- b) Operasi dilakukan oleh dokter,
- c) Saluran telur yang membawa sel telur dalam rahim akan dipotong atau diikat. Setelah operasi syang dihasilkan akan diserap kembali oleh tubuh tanpa menimbulkan penyakit,
- d) Perawatan tubektomi hanya 6 jam setelah operasi untuk menunggu reaksi anti bius saja.
- e) Luka yang diakibatkan sebaiknya tidak kena air selama 3-4 hari.
- f) Pemeriksaan ulang dilakukan oleh dokter, setelah 1 minggu, 1 bulan, 3 bulan, 6 bulan dan 1 tahun setelah operasi dilakukan.

4) Kelebihan

- a) Tidak mengganggu ASI.
- b) Jarang ada keluhan samping.

c) Angka kegagalan hampir tidak ada, efektivitas mencapai 99,5 %.

d) Tidak mengganggu gairah seksual, dan tidak ada perubahan fungsi seksual lainnya.

5) Kekurangan

a) Operasi dilakukan oleh dokter terlatih, perlu pertimbangan matang, mengingat kesuburan tidak dapat dipulihkan kembali, karena sifatnya permanen.



2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Kehamilan

1. Pengkajian Data

a. Data Subjektif

Data subjektif adalah data yang diperoleh dari wawancara langsung kepada klien dan keluarga yang terdiri dari biodata, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, riwayat penyakit yang lalu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat kehamilan sekarang, pola kebiasaan sehari-hari, keadaan psikososial dan latar belakang sosial budaya (Aisyah, Siti, 2014).

1) Biodata

Menurut Hutari (2012), biodata mencakup identitas pasien sebagai berikut:

a) Nama

Untuk mengetahui nama klien dan suami sebagai identitas pasti untuk mencegah terjadinya kekeliruan bila ada nama pasien/ klien yang sama.

b) Usia

Untuk mengetahui umur klien, apakah klien memiliki resiko tinggi atau tidak dalam kehamilannya.

c) Agama

kepercayaan yang dianut pasien, hal ini berpengaruh dalam memberikan asuhan selama hamil.

1) Suku/ Bangsa

Untuk mengetahui kondisi adat istiadat serta kebudayaan yang ada di lingkungan yang dapat mempengaruhi perilaku kesehatan pasien tersebut.

2) Pendidikan

Untuk mengetahui pendidikan terakhir yang ditempuh ibu. Tingkat pendidikan berpengaruh terhadap pengetahuan ibu dalam menerima informasi selama proses kehamilannya.

3) Pekerjaan

Untuk mengetahui tingkat pekerjaan yang tergolong berat/tidaknya. Pekerjaan yang berat dapat mengganggu baik kondisi ataupun tumbuh kembang janin selama proses kehamilan berlangsung.

4) Alamat

Untuk mempermudah dan mengetahui tempat tinggal serta keadaan lingkungan pasien (Hastuti, 2015: 24-25).

2) Alasan Kunjungan

Alasan kunjungan ditanyakan untuk mengetahui apakah alasan kunjungan ini karena ada keluhan atau hanya untuk memeriksakan kehamilan ibu (Sartika, 2016: 26).

3) Keluhan Utama

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Menurut

Varney dkk (2006), keluhan ringan yang dijumpai pada kehamilan seperti edema dependen, nokturia, konstipasi, sesak napas, nyeri ulu hati, kram tungkai serta nyeri punggung bawah.

a) Edema Dependen

Edema dependen atau edema fisiologis yang dialami ibu hamil trimester 3, edema terjadi karena penumpukan mineral natrium yang bersifat menarik air, sehingga terjadi penumpukan cairan di jaringan. Hal ini ditambah dengan penekanan pembuluh darah besar di perut sebelah kanan (*vena kava*) oleh rahim yang membesar, sehingga darah yang kembali ke jantung berkurang dan menumpuk di tungkai bawah. Penekanan ini terjadi saat ibu berbaring terletang atau miring ke kanan. Oleh karena itu, ibu hamil trimester 3 disarankan untuk berbaring ke arah kiri.

b) Nokturia

Nokturia atau sering kencing yaitu suatu kondisi pada ibu hamil yang mengalami peningkatan frekuensi untuk berkemih di malam hari yang dapat mengganggu kenyamanan pasien sendiri karena akan terbangun beberap kali untuk buang air kecil. Hal ini terjadi karena adanya aliran balik vena dari ekstremitas difasilitasi saat wanita sedang berbaring

pada posisi lateral rekumben karena uterus tidak lagi menekan pembuluh darah panggul dan vena cava inferior.

c) Konstipasi

Konstipasi / sembelit pada ibu hamil terjadi akibat penurunan gerakan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron. Selain itu, pergeseran dan tekanan yang terjadi pada usus akibat pembesaran uterus atau bagian presentasi juga dapat menyebabkan konstipasi.

d) Sesak Napas

Seiring bertambahnya usia kehamilan, uterus mengalami pembesaran hingga terjadi penekanan diafragma. Selain itu diafragma ini akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan.

e) Nyeri Ulu Hati

Nyeri ulu hati sangat umum ditemui selama kehamilan terutama pada trimester 3. Gejalanya berupa rasa terbakar atau nyeri pada area retrosternum dada, terutama saat sedang berbaring. Jika berkepanjangan, nyeri ini mungkin merupakan gejala refluks esofagitis akibat regurgitasi isi lambung yang

asam. Pada ibu hamil nyeri ulu hati disebabkan oleh pengaruh berat uterus selama kehamilan yang mengganggu pengosongan lambung, juga karena pengaruh progesteron yang merelaksasi spingter esofagus bawah (kardiak). Salah satu penanganannya yaitu menganjurkan ibu untuk menggunakan bantal saat tidur, caranya menompang uterus dengan bantal dibawahnya dan sebuah bantal diantara lutut pada waktu berbaring miring (Holmes, debbie, 2011: 45).

f) Kram Tungkai

Perbesaran uterus menyebabkan penekanan pada pembuluh darah panggul, sehingga dapat mengganggu sistem sirkulasi atau sistem saraf, sementara sistem saraf ini melewati foramen obsturator dalam perjalanan menuju ekstremitas bagian bawah.

g) Nyeri Punggung Bawah

Nyeri punggung bawah adalah nyeri punggung yang terjadi pada daerah lumbosakral/ lumbar (daerah tulang belakang punggung bawah). Nyeri ini disebabkan oleh berat uterus yang semakin membesar yang mengakibatkan pergeseran pusat gravitasi mengarah kearah depan, seiring dengan ukuran perut yang semakin membuncit. Hal ini menyebabkan

postur tubuh ibu berubah, dan memberikan penekanan pada punggung ((Wulandari, 2017: 132-134),).

4) Riwayat Menstruasi

Data ini digunakan untuk mendapatkan gambaran tentang keadaan dasar dari organ reproduksi pasien. Beberapa data yang harus kita peroleh dari riwayat menstruasi antara lain yaitu menarche (usia pertama kali mengalami menstruasi yang pada umumnya wanita Indonesia mengalami menarche pada usia sekitar 12 sampai 16 tahun). Siklus menstruasi (jarak antara menstruasi yang dialami dengan menstruasi berikutnya dalam hitungan hari yang biasanya sekitar 23 sampai 32 hari), volume darah data ini menjelaskan seberapa banyak darah menstruasi yang dikeluarkan biasanya acuan yang digunakan berupa kriteria banyak atau sedikitnya. beberapa wanita menyampaikan keluhan yang dirasakan ketika mengalami menstruasi dan dapat merujuk kepada diagnose tertentu. Riwayat menstruasi klien yang akurat dapat membantu penetapan tanggal perkiraan yang disebut taksiran partus di beberapa tempat. Perhitungan menggunakan rumus *naegele* dilakukan dengan menambah 9 bulan dan 7 hari pada hari pertama haid terakhir (HPHT) atau dengan mengurangi bulan dengan 3, kemudian menambahkan 7 hari dan 1 tahun untuk

menentukan Tapsir Persalinan (TP), cara ini dapat dilakukan pada ibu yang mengalami siklus menstruasi normal (Sartika, 2016: 28).

5) Riwayat Obstetri

a) Riwayat kehamilan yang lalu

Karena komplikasi obstetri cenderung muncul lagi, informasi tentang kehamilan terdahulu harus diperoleh. Informasi esensial tentang kehamilan yang terdahulu mencakup bulan dan tahun kehamilan tersebut berakhir, dan usia gestasi pada saat itu. Rentan usia batas awal dan akhir usia reproduksi terkait erat dengan peningkatan risiko komplikasi kehamilan seperti hipertensi dalam kehamilan dan risiko gangguan kromosom.

b) Riwayat persalinan yang lalu

Komplikasi sebelumnya diperlukan tindakan sectio caesaria perlu diperhatikan guna menentukan tindakan persalinan yang mungkin digunakan pada persalinan mendatang. Jika ibu memiliki riwayat keguguran berkali-kali, ibu beresiko tinggi mengalaminya kembali serta peluang mengalami persalinan prematur dan masalah lain yang terkait juga lebih tinggi (Holmes, 2011: 50).

c) Riwayat nifas yang lalu

Riwayat nifas ibu dengan keadaan 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. terdapat perdarahan atau tidak, serta nilai masalah lain yang terjadi pada masa nifas sebelumnya.

6) Riwayat Kehamilan Sekarang

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 10T yaitu; timbang, ukur tekanan darah, nilai status gizi (ukur lengan atas), ukur tinggi fundus uteri, menentukan presentasi janin dan DJJ, pemberian imunisasi TT lengkap (5x TT yaitu TT₅), pemberian tablet zat besi minimum 90 tablet selama kehamilan, tes terhadap penyakit menular seksual, Tes laboratorium rutin (hemoglobin, protein dan gula darah), dan temu wicara (konseling), termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) dan KB Persalinan (Karwati, 2011: 123-124). Pada pemeriksaan janin, gerakan pertama fetus dapat

dirasakan pada kehamilan 16 minggu namun tidak selalu sama, pada primigravida dapat dirasakan usia 18 minggu, sedangkan multigravida sekitar 16 minggu.

7) Riwayat kesehatan

a) Penyakit yang pernah dialami klien (lalu/sekarang)

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 lain seperti HIV/AIDS, hepatitis, dan gonorrhoea. Beberapa penyakit menular seksual yang dapat terjadi pada ibu hamil yaitu:

(1) Sifilis

Sifilis mudah ditularkan ke janin melalui plasenta.

Sifilis yang tidak diobati dikaitkan dengan aborsi spontan, kematian janin intrauterin, kematian neonatus, dan sifilis kongenital.

(2) Gonorea

Gonorea dapat menyebabkan vulvovaginitis dalam kehamilan dengan keluhan fluor albus dan disuria.

(3) Infeksi TORCH

infeksi TORCH meliputi komponen toksoplasmosis, rubella, sitomegalovirus, dan herpes simpleks dapat menimbulkan kelainan kongenital dalam bentuk yang hampir sama yaitu mikrosefalus, ketulian, kebutaan, abortus, prematuritas dan pertumbuhan janin terhambat.

(4) HIV/AIDS

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

(5) Hepatitis

Ada 2 jenis virus hepatitis yaitu hepatitis A dan B, Hepatitis A tidak terlalu berbahaya/ memberikan komplikasi pada kehamilan kecuali hepatitis B.

Pada ibu yang mengidap hepatitis B dapat menularkannya melalui transportasi plasenta ke janin, komplikasi yang dapat ditimbulkan yaitu

nekrosis hepatitis akut yang dapat timbul pada ibu dengan gizi buruk.

b) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat keluarga pasien penting untuk mengidentifikasi ibu hamil yang beresiko menderita penyakit genetik dapat mempengaruhi hasil akhir kehamilan atau beresiko memiliki bayi yang menderita penyakit genetik, penyakit ini diantaranya Penyakit menahun yang diperhatikan seperti jantung, dan hipertensi, menurun seperti asma, DM, menular seperti hepatitis, HIV/AIDS, maupun TBC.

8) Pola Fungsi Kesehatan

a) Pola kebiasaan sehari-hari

(1) Nutrisi

Wanita hamil memerlukan aspek-aspek kebutuhan nutrisi lebih besar dari sebelum hamil. Kebutuhan nutrisi ini meliputi kalori, protein, zat besi, asam folat, dan vitamin C perlu ditambahkan pada saat kehamilan.

(2) Kalori

Kebutuhan energi trimester I meningkat secara minimal, kemudian meningkat sepanjang trimester II dan III sampai akhir kehamilan.

energi tambahan untuk trimester II diperlukan untuk pemekaran jaringan ibu seperti penambahan volume darah, pertumbuhan uterus dan payudara serta penumpukkan lemak. Pada trimester III tambahan energi digunakan untuk pertumbuhan janin dan plasenta. Energi yang dihasilkan oleh lemak dimanfaatkan dalam fungsi-fungsi pertumbuhan, digunakan untuk pembentukan materi membran sel dan pembentukan hormon, pembentukan jaringan lemak, serta membantu tubuh untuk menyerap nutrisi. Dalam kondisi hamil asupan lemak juga harus dibatasi karena kandungan kalorinya yang tinggi. Sumber karbohidrat antara lain nasi, roti, sereal, dan gandum, serta umbi-umbian. 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.

(3) Protein

Jumlah protein yang harus tersedia sampai akhir kehamilan sebanyak 925 gram, yang tertimbun dalam jaringan ibu, plasenta, serta janin. Dianjurkan penambahan protei sebanyak 12 g/hari selama hamil. Sehingga dalam satu hari asupan protein mencapai 75-100 g. Sumber protein tersebut dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan, biji-bijian) atau hewani (daging, ikan, ayam, keju, susu, telur). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran prematur, anemia dan oedema.

(4) Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1000 mg per hari. Janin mengumpulkan kalsium dari ibunya sekitar 20-30 mg sehari. Ibu hamil dan janin membutuhkan kalsium untuk menguatkan tulang dan gigi, membanyu pembuluh darah berkontraksi dan berdilatasi, serta diperlukan untuk menghantarkan sinyal saraf, kontraksi otot dan sekresi hormin. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, keju, yogurt, dan ikan teri. Defisiensi kalsium dapat menyebabkan riketsia

janin (kelainan tulang akibat kekurangan kalsium) atau osteomalasia (kelainan tulang akibat kekurangan kalsium) pada ibu.

(5) 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 400 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.

(6) Asam folat

Selain zat besi, sel-sel darah merah juga memerlukan asam folat bagi pematangan sel. Dalam tubuh, asam folat berfungsi sebagai ko-enzim sintesis asam amino dan asam nukleat. Pada ibu hamil asam folat memegang peranan penting dalam dalam perkembangan embrio, diantaranya yaitu pembentukan *neural tube* pada bulan pertama kehamilan. *neural tube* merupakan awal pembentukan otak dan sumsum tulang belakang, Jumlah asam folat yang dibutuhkan oleh ibu hamil adalah 400 mikrogram perhari. Sumber sayuran hijau yang mengandung asam folat diantaranya bayam dan asparagus, jeruk, buncis, kacang-kacangan, roti gandum. Sumber lain didapat dari suplementasi asam folat. Kekurangan asam folat dapat menyebabkan gangguan proses metabolisme DNA. Kekurangan asam folat pada ibu hamil menyebabkan meningkatnya risiko anemia, abortus, dan *neural tube defect* (cacat lahir).

b) Eliminasi

(1) Buang Air Kecil (BAK)

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

(2) 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.

c) Istirahat

Wanita hamil harus mengurangi semua kegiatan yang melelahkan. Wanita hamil juga harus menghindari posisi duduk, berdiri dalam waktu yang sangat lama. Ibu hamil tidur malam kurang lebih sekitar 8 jam setiap istirahat dan tidur siang kurang lebih 1 jam (Marmi, 2014: 124-125).

d) Aktivitas

Senam hamil bertujuan mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat dimanfaatkan untuk berfungsi secara

optimal dalam persalinan normal. Senam hamil dimulai pada usia kehamilan sekitar 24-28 minggu. Beberapa aktivitas yang dapat dianggap sebagai senam hamil yaitu jalan-jalan saat hamil terutama pagi hari (Manuaba, 2010: 132-135). Jangan melakukan pekerjaan rumah tangga yang berat dan hindarkan kerja fisik yang dapat menimbulkan kelelahan yang berlebihan.

e) Personal Hygiene

Kebersihan yang perlu diperhatikan selama kehamilan meliputi:

(6) Pakaian yang baik untuk wanita hamil ialah pakaian yang enak dipakai tidak boleh menekan badan. Pakaian yang mudah disesuaikan dan longgar.

(7) Sepatu atau sandal hak tinggi, akan menambah lordosis sehingga sakit pinggang akan bertambah.

(8) Perawatan gigi

Paling tidak dibutuhkan dua kali pemeriksaan gigi selama kehamilan. Pada trimester pertama terkait dengan hiperemesis dan ptialisme (hipersalivasi atau produksi liur yang berlebihan) sehingga kebersihan rongga mulut harus tetap terjaga. Sementara pada trimester tiga terkait dengan adanya kebutuhan kalsium untuk pertumbuhan janin. Maka dianjurkan

untuk selalu menyikat gigi setelah makan karena ibu hamil sangat rentan dengan caries dan gingivitis.

(9) Pemeliharaan payudara

Membersihkan payudara dengan air hangat dan handuk yang lembut lalu mengeringkan hati-hati.

Menggunakan bra penyokong untuk mencegah dan mengurangi nyeri punggung bagian atas serta dapat menyamankan nyeri tekan akibat payudara membesar.

(10) Kebersihan genetalia

Kebersihan vulva harus dijaga betul-betul dengan lebih sering membersihkannya, mengganti rutin celana dalam, membersihkan dengan arah dari depan ke belakang setelah buang air.

f) Riwayat seksual

Menurut Manuaba (2010: 120) Hubungan seksual disarankan untuk dihentikan bila terdapat tanda infeksi dengan pengeluaran cairan disertai rasa nyeri atau jika hubungan seksual panas, terjadi perdarahan saat hubungan seksual, terdapat pengeluaran cairan (air) yang mendadak, hentikan pada mereka yang sering mengalami keguguran; persalinan sebelum waktunya; mengalami kematian dalam kandungan; sekitar dua minggu

menjelang persalinan. 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.

2) Riwayat ketergantungan

a) Merokok

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

b) Alkohol

Alkohol adalah teratogen, dan sindrom alkohol janin *Fetal alcohol syndroma* (FAS), digunakan untuk menggambarkan malformasi kongenital yang berhubungan dengan asupan alkohol yang berlebihan selama hamil .

c) Obat terlarang

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

3) 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.

4) Latar belakang sosial budaya

Hal penting yang biasanya berkaitan dengan masa hamil yaitu menu untuk ibu hamil, misalnya ibu hamil harus pantang terhadap makanan yang 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. 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.

a. Data obyektif

1) Pemeriksaan umum

Keadaan umum ibu baik, keadaan emosional stabil, kesadaran komposmetis. Pada saat ini diperhatikan pula bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan. Ibu cenderung bersikap lordosis. Apabila ibu berjalan dengan sikap kifosis, skoliosis atau pincang maka kemungkinan ada kelainan panggul (Romauli, 2011: 172). Lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran

uterus ke posisi anterior, lordosis menggeser pusat daya berat ke belakang ke arah 2 tungkai (Saifuddin, 2010: 186).

2) 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 preeklamsia (Marmi, 2014: 163).

Pada umumnya normal. Kenaikan tidak boleh lebih dari 30 mmHg sistolik atau 15 mmHg pada diastolik, lebih dari batasan tersebut ada kemungkinan mulai terdapat preeklamsia ringan (Manuaba, 2010: 265).

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, 2014: 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).

3) Antropometri

a) Tinggi badan

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

b) Berat badan

Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5 sampai 15 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar 0,5 kg/ minggu (Manuaba, 2010: 95).

Ibu yang menurut kategori BMI berada pada rentang obesitas lebih berisiko mengalami komplikasi kehamilan. Komplikasi tersebut antara lain diabetes

gestasional, hipertensi akibat kehamilan, dan distosia bahu (Fraser *et al*, 2009: 254).

Menurut Saifuddin (2010: 80) rekomendasi penambahan berat badan selama kehamilan berdasarkan indeks massa tubuh yaitu dapat dilihat dalam tabel 2.4:

Tabel 2.5
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, 2010: 180)

Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg (Saifuddin, 2010: 180). Kenaikan berat badan > 0,57 kg/minggu merupakan faktor risiko timbulnya hipertensi dalam kehamilan. Sedangkan primigravida yang mempunyai kenaikan berat badan rendah, yaitu <0,34 kg/minggu, menurunkan resiko hipertensi tetapi

menaikkan resiko berat badan bayi rendah (Saifuddin, 2010: 532).

c) 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).

4) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

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

b) Muka

Tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, tidak sembab. Bentuk

simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romauli, 2011: 174). Edema pada muka atau edema seluruh tubuh merupakan salah satu tanda gejala adanya pre eklampsia (Saifuddin, 2010: 543).

c) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre eklampsia (Romauli, 2011: 174).

d) Mulut

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

e) Gigi

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

f) Leher

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

g) Dada

Normal bila tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada wheezing dan ronhci, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa abnormal (Manuaba, 2012).

h) Payudara

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).

i) 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 dkk, 2009: 258).

j) 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, ekskoriiasi dan memar. Bila ada lesi kemungkinan menunjukkan sifilis atau herpes (Marmi, 2014: 170).

k) 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 dkk, 2006: 539).

l) 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, 2014: 136). Bila tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon ditekuk. Bila gerakannya berlebihan dan cepat,

maka hal ini mungkin merupakan tanda pre eklamsia. Bila reflek patella negatif kemungkinan pasien mengalami kekurangan B1 (Romauli, 2011: 137).

5) Pemeriksaan khusus

a) Palpasi

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

(1) Leopold I

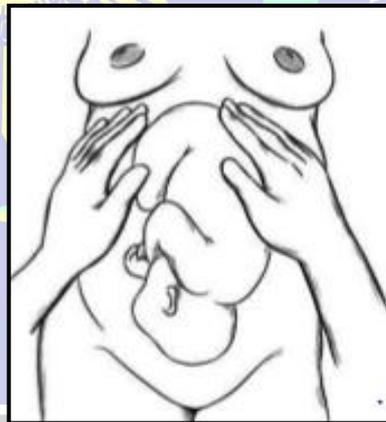
Leopold I digunakan untuk menentukan usia kehamilan dan juga untuk mengetahui bagian janin apa yang terdapat di fundus uteri (bagian atas perut ibu) (Rachmawati dkk, 2008: 121).

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

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

- (d) Tinggi fundus uteri ditentukan
- (e) Tentukan bagian apa dari bayi yang terdapat pada fundus. Sifat kepala ialah keras, bundar dan melenting. Sifat bokong lunak, kurang bundar dan kurang melenting. Pada letak lintang fundus uteri kosong. Pemeriksaan tuanya kehamilan dari tingginya fundus uteri. Menurut Manuaba (2010: 118), variasi Knebel digunakan untuk menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan yang lain di atas simfisis.

Posisi Leopold I dapat dilihat pada gambar 2.13



Gambar 2.13
Posisi Leopold I
(Sumber: R.I, Kemenkes, 2013: 47)

(2) Leopold II

Leopold II digunakan untuk menentukan bagian janin yang berada pada kedua sisi uterus, pada letak lintang tentukan di mana kepala janin (Rachmawati dkk, 2008). Menurut Marmi (2014: 167-168) langkah-langkah pemeriksaan Leopold II yaitu:

- (a) Kedua tangan pindah ke samping
- (b) Tentukan dimana punggung anak. Punggung anak terdapat di pihak yang memberikan rintangan yang terbesar, carilah bagian-bagian terkecil yang biasanya terletak bertentangan dengan pihak yang memberi rintangan terbesar.
- (c) Kadang-kadang di samping terdapat kepala atau bokong ialah letak lintang

Variasi Budin : Menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus, tangan yang lain meraba punggung janin.

Variasi Ahfeld : Menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di tenggan perut.

Berikut gambar leopold II.



Gambar 2.14
Posisi Leopold II
(Sumber: R.I, Kemenkes. 2013: 47).

(3) Leopold III

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold III yaitu:

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

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

Posisi Leopold III dapat dilihat pada gambar 2.8



Gambar 2.15
Posisi Leopold III
(Sumber: R.I, Kemenkes. 2013: 47)

(4) Leopold IV

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold IV yaitu:

- (a) Pemeriksa mengubah sikapnya menjadi ke arah kaki pasien.
- (b) Dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi bagian bawah
- (c) Ditentukan apakah bagian bawah sudah masuk ke dalam PAP dan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul
- (d) Jika kita rapatkan kedua tangan pada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar.

Jadi, Leopold IV untuk menentukan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul. Jika kita rapatkan kedua tangan pada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar dan :

- (1) Kedua tangan itu konvergen, hanya bagian kecil dari kepala turun ke dalam rongga.
 - (2) Jika kedua tangan itu sejajar, maka separuh dari kepala masuk ke dalam rongga panggul.
 - (3) Jika kedua tangan divergen, maka bagian terbesar dari kepala masuk ke dalam rongga panggul dan ukuran terbesar dari kepala sudah melewati pintu atas panggul.
- Posisi Leopold IV dapat dilihat pada gambar 2.9.



Gambar 2.16
Posisi Leopold IV
(Sumber: R.I, Kemenkes. 2013: 47).

b) Osborn Test

Tujuan Osborn ini adalah untuk mengetahui adanya *Cephalopelvic disproportion*/ disporsisi kepala panggul pada ibu hamil. Prosedur pemeriksaan test Osborn adalah sebagai berikut :

- (1) Dilakukan pada umur kehamilan 36 minggu
- (2) Tangan kiri mendorong janin masuk/ ke arah PAP.

Apabila kepala mudah masuk tanpa halangan, maka hasil test Osborn adalah negatif (-). Apabila kepala tidak bisa masuk dan teraba tonjolan di ukur dengan 2 jari telunjuk dan jari tengah tangan. Apabila lebar tonjolan lebih dari dua jari, maka hasil test Osborn adalah positif (+). Apabila lebar tonjolan kurang dari 2 jari, maka hasil test Osborn adalah ragu-ragu (\pm). Dengan pertambahan usia kehamilan, ukuran kepala diharapkan bisa menyesuaikan dengan ukuran panggul (Moolase).

Cara lain apabila kepala tidak bisa masuk dan teraba tonjolan di atas simfisis, maka jari tengah di letakkan tepat di atas simfisis. Apabila telunjuk lebih rendah dari jari tengah, maka hasil test Osborn adalah negative (-). Apabila jari telunjuk dan jari tengah sejajar, maka hasil test Osborn adalah ragu-ragu (\pm). Apabila

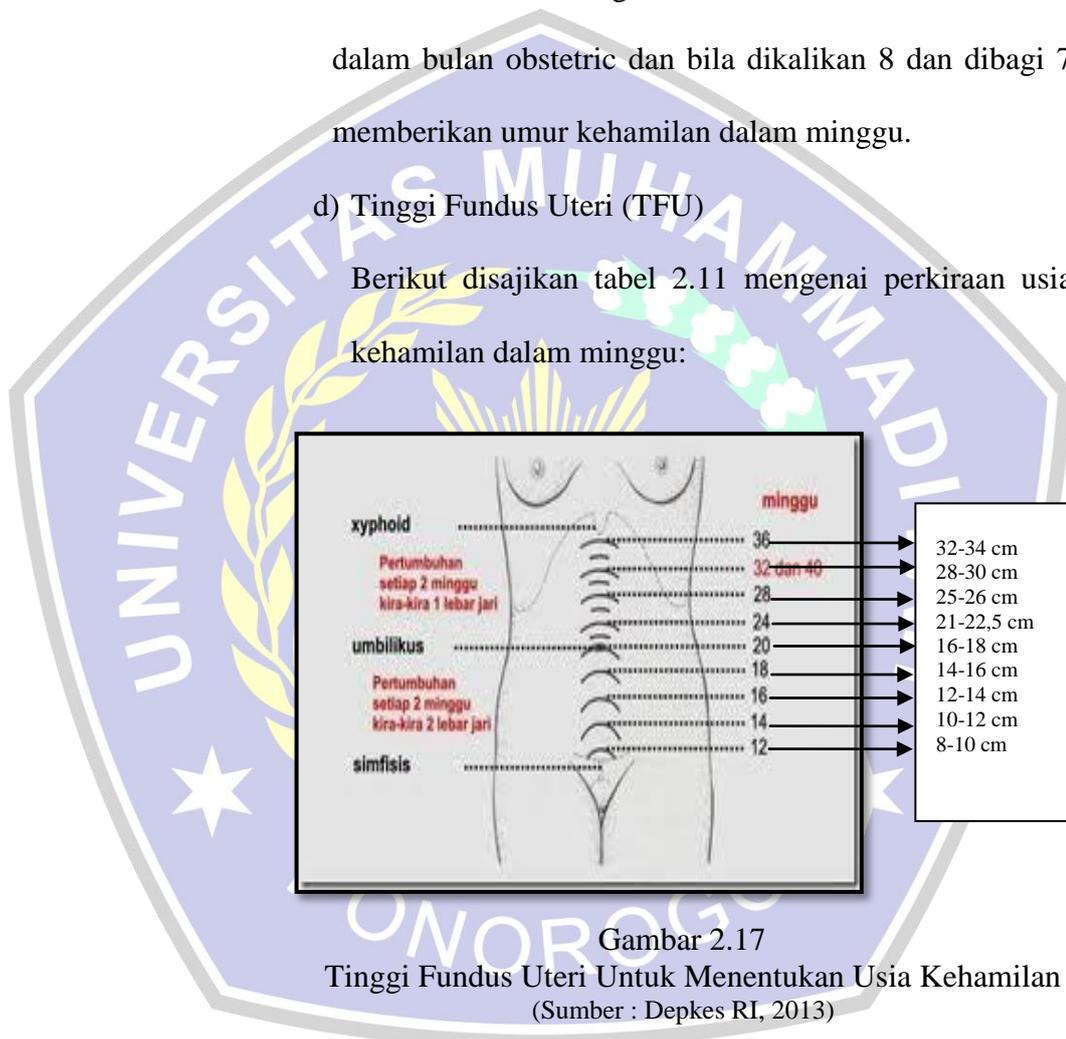
jari telunjuk lebih tinggi dari jari tengah, maka hasil test Osborn adalah positif (+).

c) Rumus Mc Donald

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

d) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Berikut disajikan tabel 2.11 mengenai perkiraan usia kehamilan dalam minggu:



Gambar 2.17

Tinggi Fundus Uteri Untuk Menentukan Usia Kehamilan
(Sumber : Depkes RI, 2013)

Tinggi fundus uteri yang normal untuk usia kehamilan 20-36 minggu dapat diperkirakan dengan rumus: (Usia Kehamilan dalam minggu - 2) cm.

Tabel 2.6
Usia Kehamilan Berdasarkan Tinggi fundus Uteri

Usia kehamilan	Tinggi Fundus
	Batas Perkiraan
8 minggu	Belakang simfisis
12 minggu	Teraba diatas simfisis pubis
16 minggu	Di tengah, antara simfisis pubis dan umbilicus
20 minggu	3 jari bawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	3 jari atas pusat
32 minggu	Pertengahan pusat simfisis – prosesus xypodeus
36 minggu	3 jari bawah pusat – setinggi prosesus xypodeus

Sumber: (Kumalasari, 2015).

e) Tafsiran Berat Janin (TBJ)

Tafsiran ini bila berlaku untuk janin presentasi kepala.

Rumusnya adalah sebagai berikut:

(tinggi fundus dalam cm - n) \times 155 = berat (gram). Bila

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

Bila kepala di bawah spina iskiadika maka n = 11.

f) Auskultasi

Jumlah denyut jantung janin normal antara 120 sampai

140 denyut per menit. Bila bunyi jantung kurang dari

120 per menit atau lebih dari 160 per menit atau tidak

teratur, maka janin dalam keadaan asfiksia (kekurangan

oksigen). 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 :

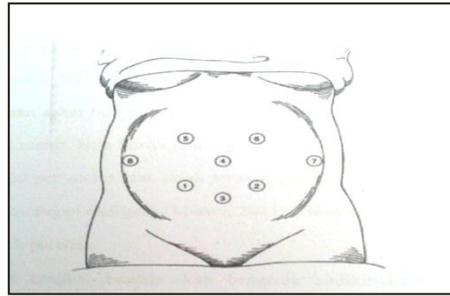
(1) (11-12-11) kesimpulannya teratur, frekuensi 136 permenit, DJJ normal.

(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.

Jadi, kesimpulannya interval DJJ antara 5 detik pertama, ketiga, dan kelima dalam 1 menit (Manuaba, 2010: 116).

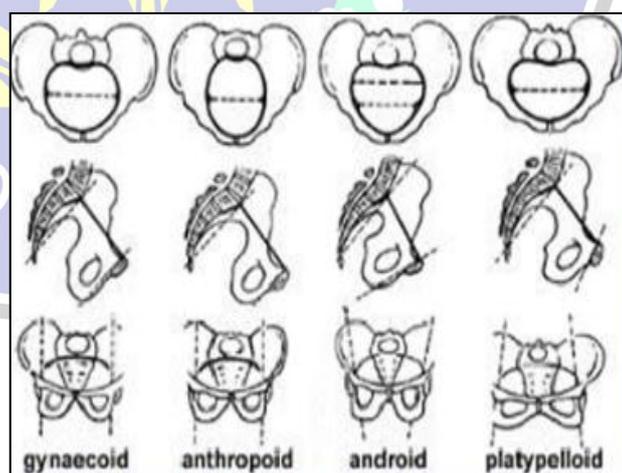
Posisi umbilikus berada dipertengahan angka 3 dan 4. Posisi 1 dan 2 mula-mula dengarkan di pertengahan kuadran bawah abdomen. Posisi 3 jika DJJ tidak ditemukan, dengarkan di pertengahan garis imajiner yang ditarik dari umbilikus sampai pertengahan puncak rambut pubis. 4 jika tidak ditemukan, dengarkan 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.



Gambar 2.18
Letak Punctum Maksimum
(Sumber: Wheeler, 2006).

g) Pemeriksaan panggul

Menurut Marmi (2014: 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.



Gambar 219
Macam – Macam Panggul
(Sumber: Wahyuningsih, 2015).

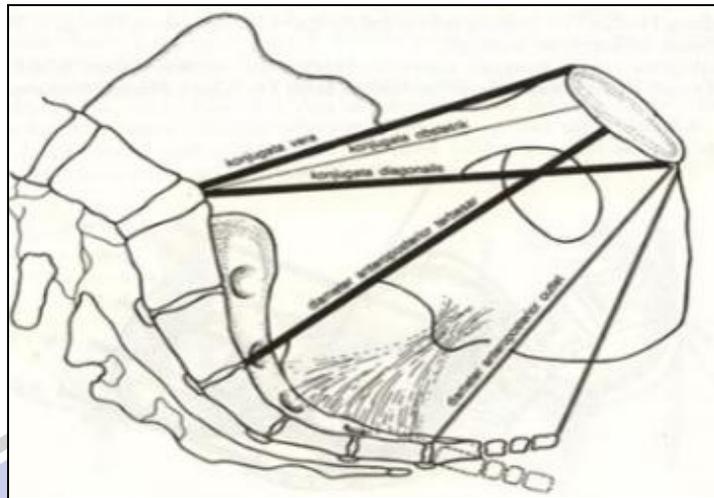
Bagian pintu panggul:

- a) Pintu atas panggul : Dibatasi oleh tepi atas simpisis, linea inominata & promontorium.
- b) Pintu tengah panggul : Dibatasi oleh spina ischiadika (midlet)
- c) Pintu bawah panggul : terdiri dari dua segitiga (ujung os. Sakrum, kedua tuber iskiadikum, arkus pubis)
- d) Ruang panggul (pelvis cavity): antara pintu atas panggul dan pintu bawah panggul.



Gambar 2.20

- a) Pintu atas panggul, b) Pintu bawah panggul
(Sumber: Wahyuningsih, 2015)



Gambar 2.21

Ruang Panggul

(Sumber: Wahyuningsih, 2015).

Pemeriksaan panggul dibagi menjadi 2, yaitu:

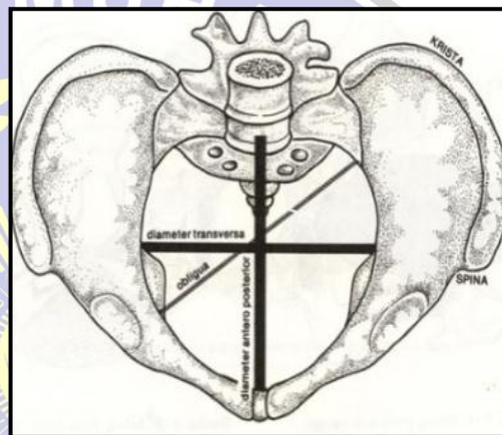
(1) Pemeriksaan panggul luar

(a) *Distantia spinarum*, jarak antara spina iliaca anterior superior kiri dan kanan (normalnya \pm 23-26 cm).

(b) *Distantia cristarum*, jarak antara crista iliaca kanan dan kiri (normalnya \pm 26-29 cm).

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

(d) Ukuran lingkaran panggul, dari pinggir atas symphysis ke pertengahan antara spina iliaca anterior superior dan trochanter major sepihak dan kembali melalui tempat-tempat yang sama dipihak yang lain (normalnya 80-90 cm) Marmi (2014).



Gambar 2.22

Pintu atas panggul dengan kongjugata vera, diameter transversa, dan diameter oblikua (Sumber: Wahyuningsih, 2015).

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

e. Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan darah

a. *Haemoglobin*

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 gr%, anemia ringan jika Hb 9-10 gr%, anemia sedang jika Hb 7-8 gr%, anemia berat jika Hb < 7 gr% (Manuaba, 2010: 239).

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.

b) Pemeriksaan urin

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.
- c. Protein akibat kontaminasi oleh leukore vagina, atau penyakit seperti infeksi saluran perkemihan atau gangguan hipertensi pada kehamilan.

c) Ultrasonografi (USG)

Penentuan usia kehamilan dengan USG menggunakan 3 cara :

- 1) Dengan mengukur diameter kantung kehamilan (GS = Gestationalsac) untuk kehamilan 0-12 minggu.
- 2) Dengan mengukur jarak kepala-bokong (GRI = Groun Rum Length) untuk umur kehamilan 7-14 minggu.

- 3) Dengan mengukur diameter biparietal (BPD) untuk kehamilan lebih dari 12 minggu.

d) Non Stress Test (NST)

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai hubungan gambaran DJJ dan aktivitas janin. Penilaian dilakukan terhadap frekuensi dasar DJJ, variabilitas dan timbulnya akselerasi yang menyertai gerakan janin (Marmi, 2014: 190).

2. Diagnosa Kebidanan

Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengakajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat (Menkes RI, 2007).

Diagnosa : $G_{1/>1}$ P_{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, 2010: 123). Dengan kemungkinan masalah : edema dependen, nokturia, hemoroid, konstipasi, kram pada tungkai, sesak nafas, pusing, nyeri pinggang, varises, panas dan nyeri di ulu hati (*heart burn*), dan kecemasan menghadapi persalinan.

3. Perencanaan

a. Diagnosa kebidanan : $G_{1/>1}$ P_{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, 2010: 123).

Tujuan : Ibu dan janin sehat, sejahtera sampai melahirkan.

Kriteria : 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 (2007), yaitu:

1) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan.

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

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

R/ Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya.

- 3) 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.

- 4) 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.

- 5) 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, 2014: 128).

- 6) Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan.

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

- 7) 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.

b. Masalah 1 : Edema Dependen

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

Kriteria : Setelah tidur/istirahat edema berkurang.

Intervensi menurut Varney (2007), yaitu:

- 1) Jelaskan penyebab dari edema dependen.

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

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

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

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

R/ Meringankan penekanan pada vena dalam panggul.

4) Anjurkan pada ibu menghindari pakaian yang ketat.

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

5) Anjurkan pada ibu menggunakan stoking elastik.

Kenakan sebelum bangun dari tempat tidur

R/ Karena penggunaan stoking elastik dapat membantu aliran balik vena.

6) Hindari konsumsi natrium berlebihan dalam diet

R/ Karena dengan mengurangi konsumsi natrium diharapkan oedema tidak semakin parah

c. Masalah 2 : Nokturia/ sering BAK malam hari

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

: 1) Ibu BAK 7-8 x/hari terutama siang hari

Kriteria 2) Infeksi saluran kencing tidak terjadi

Intervensi menurut Ratna (2012) :

1) Jelaskan penyebab terjadinya sering kencing

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

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

R/ Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih.

3) Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK

R/ Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

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

R/ Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

- d. Masalah 3 : Konstipasi sehubungan dengan peningkatan progesterone

Tujuan : Tidak terjadi konstipasi

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

Intervensi menurut Romauli (2011), yaitu:

- 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.

e. Masalah 4 : Hemoroid

Tujuan : Hemoroid tidak terjadi atau tidak bertambah parah

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

Intervensi menurut Ratna (2012), yaitu:

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

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

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

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

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

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

4) Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi
R/ Mengejan yang terlalu sering akan memicu terjadinya hemoroid.

5) Anjurkan ibu untuk mandi berendam dengan air hangat.
R/ Hangatnya air tidak hanya memberikan kenyamanan, tetapi juga meningkatkan sirkulasi.

6) Anjurkan ibu untuk mengompres es dan air hangat.
R/ Kompres diperlukan untuk mengurangi hemoroid.

7) Anjurkan ibu untuk selalu menjaga kebersihan daerah anus

R/ Dengan menjaga kebersihan daerah anus diharapkan dapat terhindar dari infeksi

f. Masalah : Kram pada kaki

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

Kriteria : 1) Kram pada kaki berkurang.

2) Ibu mampu mengatasi bila kram tungkai

Intervensi menurut Sulistyawati (2009) yaitu:

1) Jelaskan penyebab kram kaki

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

2) Anjurkan ibu untuk senam hamil teratur

R/ Senam hamil memperlancar peredaran darah, suplai O₂ ke jaringan sel terpenuhi.

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

R/ Sirkulasi darah ke jaringan lancar.

- 4) Minta ibu untuk tidak berdiri lama.

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

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

R/ Otot-otot bisa relaksasi sehingga kram berkurang.

- 6) Anjurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor

R/ Konsumsi kalsium dan phosphor baik untuk kesehatan tulang.

- 7) Anjurkan ibu untuk tidak melipat kakinya saat duduk

R/ Dengan tidak melipat kaki saat duduk diharapkan aliran darah ke kaki tidak terhambat

g. Masalah 6 : Sesak nafas

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

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

2) Ibu menggunakan pernapasan perut

Intervensi menurut Hani (2011) yaitu:

1) Jelaskan pada ibu penyebab sesak nafas

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

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

R/ Menghindari penekanan diafragma.

3) Anjurkan ibu senam hamil teratur.

R/ Merelaksasi otot-otot.

4) Anjurkan ibu menghindari kerja keras.

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

5) Anjurkan ibu berdiri merengangkan lengannya di atas kepala.

R/ Perengangan tulang meringankan penarikan nafas.

h. Masalah 7 : Pusing sehubungan dengan ketegangan otot, stress, perubahan postur tubuh, ketegangan mata dan kelelahan

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya sehingga tidak cemas.

Kriteria : 1) Pusing berkurang

2) Kesadaran composmetis

3) Tidak terjadi jatuh/hilang keseimbangan.

Intervensi menurut Hani (2011) yaitu:

1) Jelaskan pada ibu penyebab pusing

R/ Ibu mengerti penyebab pusing karena hipotensi postural yang berhubungan dengan perubahan-perubahan hemodinamis.

- 2) Ajarkan ibu cara bangun perlahan dari posisi istirahat.

R/ Agar ibu tidak terjatuh dari bangun tidur.

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

R/ Kekurangan O_2 karena lingkungan sesak dapat menyebabkan pusing.

- 4) Jelaskan untuk menghindari posisi telentang.

R/ Sirkulasi O_2 ke otak lancar.

Masalah 8 : Nyeri punggung bawah

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

Kriteria : Nyeri punggung berkurang

Intervensi menurut Varney (2007), yaitu:

- 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 kiri 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.

- 6) Berikan kompres hangat dan pijatan ringan pada punggung yang nyeri

R/ Dengan mengompres hangat dan pijatan ringan pada punggung yang nyeri diharapkan dapat melemaskan otot-otot yang tegang.

i. Masalah 9 : Varices

Tujuan : Tidak terjadi varises atau varises tidak bertambah parah

Kriteria : Tidak terdapat varises

Intervensi menurut Sulistyawati (2011) yaitu:

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.

6) Perbanyak konsumsi sayuran dan buah berserat tinggi dan makanan yang dapat merangsang sirkulasi darah

R/ Dengan mengkonsumsi sayuran dan buah berserat tinggi diharapkan dapat memperlancar sirkulasi darah

j. Masalah 10 : Panas dan nyeri di ulu hati (*heart burn*)

Tujuan : Tidak terjadi *hearth burn*

- Kriteria : 1) Tidak kembung
- 2) Ibu tidak ada nyeri tekan pada perut bagian atas

Intervensi menurut Varney Mufdillah (2009) yaitu:

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

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

- 2) Anjurkan ibu makan dengan porsi sedikit tapi sering.

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

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

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

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

R/ Karena selain memperparah gejala juga akan berdampak pada pertumbuhan janin dalam rahim.

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

R/ Bila setelah makan langsung berbaring maka asam lambung akan naik sehingga akan menyebabkan refluks.

- 6) Hindari minum selain minum air putih.

R/ Karena air putih adalah zat tidak berpartikel sehingga akan memperlancar proses metabolisme dalam tubuh.

- 7) Tidur dengan kaki ditinggikan.

R/ Memperlancar aliran darah uteroplasenter, sehingga janin tidak mengalami fetal distress.

- 8) Berikan antasida

R/ Antasida adalah obat yang digunakan untuk menetralkan asam lambung sehingga dapat mengurangi ketidaknyamanan yang ada

- 9) Anjurkan ibu untuk bernafas panjang dan rileks untuk beberapa menit

R/ Mengendorkan otot perut dan dada

- 10) Anjurkan ibu untuk duduk tegak

R/ Duduk tegak dapat menyebabkan diafragma terangkat sehingga rongga abdomen lebih luas, tekanan dan nyeri berkurang

k. Masalah 11 : 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 Romauli (2011) yaitu:

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

R/ Ibu mengerti penyebab kecemasan menjelang persalinan adalah hal yang normal.

2) Anjurkan ibu mandi air hangat.

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

3) Anjurkan ibu melaksanakan relaksasi progresif.

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

4. Pelaksanaan tindakan

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 :

- a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
- b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*Inform consent*).
- c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based.
- d. Melibatkan klien/pasien.
- e. Menjaga privacy klien/pasien.
- f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
- g. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
- h. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- i. Melakukan tindakan sesuai standar.
- j. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

5. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria:

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

6. Dokumentasi

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

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia
- b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
 - S : adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa
 - O : adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan
 - A : adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P : adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara

komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/ *follow up* dan rujukan.

2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Saat Persalinan

1. Pengkajian Data

a. Data Subyektif

1) Nama

Untuk menetapkan identitas pasti pasien karena mungkin memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomor telepon yang berbeda.

2) Usia

Wanita yang berusia lebih dari 34 tahun cenderung menjalani seksio sesarea. Usia di bawah 16 tahun atau di atas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di bawah 16 tahun meningkatkan insiden pre eklampsia. 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 sesarea, kelahiran preterm, IUGR, anomali kromosom dan kematian janin (Varney *et al*, 2007: 691).

3) Keluhan utama

Menurut Manuaba (2010: 173) tanda-tanda persalinan adalah:

a) Terjadinya his persalinan. His persalinan mempunyai ciri

khas pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks, makin beraktivitas (jalan) makin bertambah.

b) Pengeluaran lendir dan darah (pembawa tanda). Dengan

his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan. Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

c) Pengeluaran cairan. Pada beberapa kasus terjadi ketuban

pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam.

Gejala utama pada kala II (pengusiran) menurut Manuaba (2010: 173) adalah:

- (1) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik.

- (2) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- (3) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya pleksus Frankenhauser.

4) 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) Penyakit Jantung

Perubahan fisiologi terjadinya peningkatan volume darah dan peningkatan frekuensi denyut jantung menyebabkan peningkatan serambi kiri jantung yang mengakibatkan edema pada paru. Edema paru merupakan gejala pertama dari mitral stenosis, terutama terjadi pada pasien yang telah mengalami antrialis fibilasi. Terjadi peningkatan keluhan nafas pendek yang progresif. Penambahan volume darah kedalam sirkulasi sistemik/ autotransfusi sewaktu his atau kontraksi uterus menyebabkan bahaya saat melahirkan karena dapat mengganggu aliran darah dari ibu ke janin. (Saifuddin, 2010: 769).

Stadium penyakit jantung terbagi dalam empat stadium, yaitu :

Kelas I Tanpa gejala pada kegiatan biasa, tanpa batas gerak biasa.

Kelas II Waktu istirahat tidak terdapat gejala, gerak fisik terbatas, gejala payah jantung (cepat lelah, palpitasi, sesak nafas, nyeri dada, edema tungkai/tangan).

Kelas III Gerakan sangat terbatas karena gerak yang minimal saja telah menimbulkan gejala payah jantung.

Kelas IV Dalam keadaan istirahat sudah terjadi gejala payah jantung.

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

b) Asma

Wanita yang menderita asma berat dan mereka yang tidak mengendalikan asmanya tampak mengalami peningkatan insiden hasil maternal dan janin yang buruk, termasuk kelahiran dan persalinan prematur, penyakit hipertensi pada kehamilan, bayi terlalu kecil, untuk usia gestasinya, abrupcio plasenta, korioamnionitis, dan kelahiran seksio sesarea (Fraser *et al*, 2009: 322).

c) 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, 2010: 240).

d) Hipertiroidisme

Menurut Fraser *et al* (2009: 346) hipertiroidisme pada kehamilan berhubungan dengan peningkatan insiden pre eklamsia, kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, dan kematian janin.

e) Gonore

Dapat terjadi abortus spontan, berat badan lahir sangat rendah, ketuban pecah dini, korioamnionitis, persalinan prematur (Fraser *et al*, 2009: 371).

f) Diabetes melitus

Idealnya, pada ibu yang menderita DM tanpa komplikasi selama kehamilannya, persalinan dapat dilakukan secara spontan pada saat sudah cukup bulan (Fraser *et al*, 2009: 338).

5) Riwayat kebidanan

a) Kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

Riwayat melahirkan *preterm* meningkatkan risiko ibu sebesar 30% untuk melahirkan *preterm* lagi. Risiko tersebut meningkat seiring peningkatan jumlah kelahiran *preterm* dan menurun seiring peningkatan jumlah kelahiran cukup bulan. Wanita yang pernah melahirkan Bayi Kecil untuk Masa Kehamilan (BKMK) berisiko kembali melahirkan bayi BKMK. Catatan berat badan bayi dan usia gestasi dapat dipakai untuk mengidentifikasi adanya bayi BKMK (Wheeler, 2004: 10-11). Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38⁰C. Bila terjadi peningkatan melebihi 38⁰C berturut-turut selama dua hari, kemungkinan terjadi infeksi. Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya, akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga terdapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri disebut “nyeri ikutan” (*after pain*) terutama pada multipara (Manuaba, 2010: 201).

b) Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang

Menurut Saifuddin (2014: 90-91) jadwal pemeriksaan hamil yaitu, kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan

paling sedikit 4 kali selama kehamilan yaitu; satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua, dua kali pada trimester ketiga. Pelayanan asuhan kehamilan standar minimal 7T yaitu; timbang, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, pemberian imunisasi TT lengkap (5x TT yaitu TT₅), pemberian tablet zat besi minimum 90 tablet selama kehamilan, tes terhadap penyakit menular seksual, dan temu wicara dalam rangka persiapan rujukan. Lama kala I primigravida 12 jam, multigravida 8 jam. Pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Lama kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit. Kala III untuk primigravida 30 menit dan multigravida 15 menit. Lama kala IV 2 jam (Manuaba, 2010: 173-174).

6) Pola kehidupan sehari-hari

a) Nutrisi

Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi dan/atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif (Wiknjosastro, 2008: 55).

b) Eliminasi

Saat janin mulai turun ke pelvis, kandung kemih rentan terhadap kerusakan akibat tekanan kepala. Dasar kandung kemih dapat terkompresi diantara gelang pelvik dan kepala janin. Risiko trauma semakin besar jika kandung kemih mengalami distensi. Ibu harus dianjurkan untuk berkemih diawal kala II (Fraser *et al*, 2009: 485).

Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih secara rutin selama persalinan, ibu harus berkemih sedikitnya setiap 2 jam, atau lebih sering jika ibu merasa ingin berkemih atau jika kandung kemih terasa penuh. Periksa kandung kemih sebelum memeriksa denyut jantung janin (Wiknjosastro, 2008: 55). Anjurkan ibu untuk buang air besar jika perlu. Jika ibu ingin buang besar saat fase aktif, lakukan periksa dalam untuk memastikan bahwa apa yang dirasakan ibu bukan disebabkan oleh tekanan bayi pada rektum (Wiknjosastro, 2008: 56).

A. Data Obyektif

1. 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) Tanda-tanda vital

1) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diawal kontraksi tekanan darah kembali ketinggian sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari (Varney *et al*, 2007: 686). Tekanan darah diukur tiap 2-4 jam sekali, kecuali jika tidak normal. Tekanan darah juga harus dipantau dengan sangat cermat setelah anestetik epidural atau spinal. Hipotensi dapat terjadi akibat posisi telentang, syok, atau anestesi epidural. Pada ibu pre eklamsi atau hipertensi esensial selama kehamilan, persalinan lebih meningkatkan tekanan darah (Fraser *et al*, 2009: 687).

2) Nadi

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

selama titik puncak sampai frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi. Penurunan yang mencolok selama puncak kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang (Varney *et al*, 2007: 483). Frekuensi nadi merupakan indikator yang baik dari kondisi fisik umum ibu. Jika frekuensi nadi meningkat lebih dari 100 denyut per menit, hal tersebut dapat mengindikasikan adanya ansietas, nyeri, infeksi, ketosis, atau perdarahan. Frekuensi nadi biasanya dihitung setiap 1-2 jam selama awal persalinan dan setiap 30 menit jika persalinan lebih cepat (Fraser *et al*, 2009: 687).

3) Suhu

Suhu sedikit meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Dianggap normal adalah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5 sampai 1⁰ C yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan. Peningkatan suhu sedikit adalah normal. Namun bila persalinan berlangsung lebih lama, peningkatan suhu dapat mengindikasikan dehidrasi dan parameter lain harus

dicek. Pada kasus ketuban pecah dini, peningkatan suhu dapat mengindikasikan infeksi dan tidak dapat dianggap normal pada kondisi ini (Varney *et al*, 2007: 687).

4) Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan, dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Varney *et al*, 2007: 687).

f. Pemeriksaan fisik

a) Muka

Pada wajah perlu dilakukan pemeriksaan edema yang merupakan tanda klasik pre eklampsia (Varney *et al*, 2007: 693).

b) 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 eklampsia (Romauli, 2011: 174).

c) 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.

d) Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi (Saifuddin, 2010: 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, 2010: 340).

e) Dada

Normal bila tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada wheezing dan ronhci, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa abnormal.

f) 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.

g) Abdomen

Pada ibu bersalin perlu dilakukan pemeriksaan TFU, yaitu pada saat tidak sedang kontraksi dengan menggunakan pita ukur. Kontraksi uterus perlu dipantau mengenai jumlah kontraksi selama 10 menit, dan lama kontraksi. Pemeriksaan DJJ dilakukan selama atau sebelum puncak kontraksi pada lebih dari satu kontraksi.

Presentasi janin, dan penurunan bagian terendah janin juga perlu dilakukan pemeriksaan. Sebelum melakukan pemeriksaan abdomen, anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih. Kandung kemih harus sering diperiksa 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.

Perlu dikaji juga jaringan parut pada abdme untuk memastikan integritas uterus.

h) Genetalia

Tanda-tanda inpartu pada vagina terdapat pengeluaran pervaginam berupa *bloody slym*, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka sebagai tanda gejala kala II. Pada genetalia dilakukan pemeriksaan adanya luka atau massa termasuk kondilomata, varikosis vulva atau rektum, adanya perdarahan pervaginam, cairan ketuban dan adanya luka parut di vagina. Luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya.

i) Anus

Perineum mulai menonjol dan anus mulai membuka. Tanda ini akan tampak bila betul-betul kepala sudah di dasar pangul dan mulai membuka pintu.

j) Ekstremitas

Terutama pemeriksaan reflek lutut. Reflek lutut negatif pada hipovitaminose dan penyakit urat saraf (Marmi, 2010: 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.

g. Pemeriksaan khusus

a) Palpasi

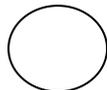
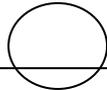
Palpasi adalah perabaan untuk menentukan seberapa besar bagian kepala janin yang terpalpasi di atas pintu panggul untuk menentukan seberapa jauh terjadinya *engagement*, mengidentifikasi punggung janin untuk menentukan posisi, dan menentukan letak bokong dan kepala dan presentasi janin (Fraser dkk, 2009: 259-261).

b) Penurunan bagian terbawah janin menurut Wiknjosastro (2008: 84):

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



Tabel 2.6
Penurunan Kepala Janin Menurut 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 : (Saifuddin, 2013).

c) Bidang Hodge Panggul

1) Bidang Hodge I

Yaitu batas promontorium pinggir atas simfisis

2) Bidang Hodge II

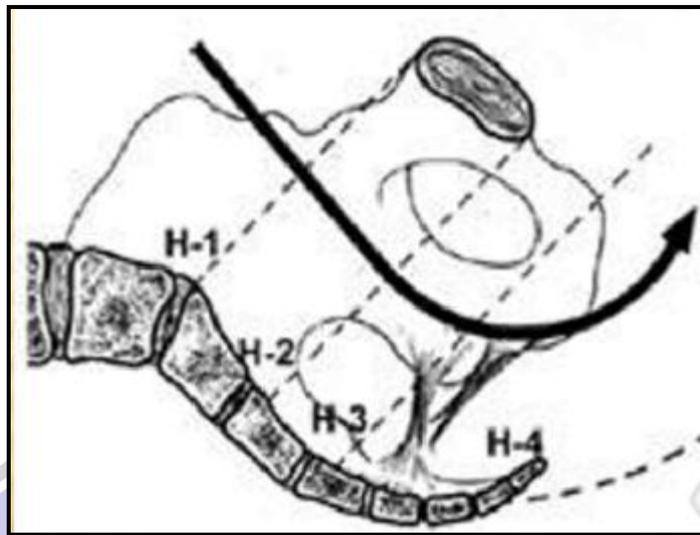
Yaitu bidang sejajar H-I setinggi tepi bawah simfisis

3) Bidang Hodge III

Yaitu bidang setinggi spina ischiadica,

4) Bidang Hodge IV

Yaitu bidang setinggi ujung bawah os coccygis.



Gambar 2. 23

Bidang Hodge Panggul

(Sumber: Wahyuningsih, 2015).

Ukuran-ukuran panggul dalam menurut Megasari, 2014: 20-22, yaitu:

1. Pintu Atas Panggul
 - a. Konjugata diagonalis yaitu jarak dari tepi bawah simfisis pubis ke promontorium (12,5) cm,
 - b. Kongjugata vera (diameter anterior posterior) yaitu diameter antara promontorium dan tepi atas simfisis (11 cm), pengukuran dengan periksa dalam akan memperoleh konjugata diagonalis yaitu dengan cara (CD-1,5/ 2cm),
 - c. Konjugata Obstetrika yaitu jarak antara promontorium dengan pertengahan simfisis pubis (),
 - d. Diamater transversa (melintang) yaitu jarak terlebar antara ke dua linea inominata (13 cm),

- e. Diameter oblik yaitu jarak antara artikulasio sakro iliaka dengan tuberkulum pubicum sisi yang bersebelahan (12 cm).

2. Bidang Tengah Panggul

- a. Bidang luas yang terdiri dari titik tengah simfisi, pertengahan acetabulum, dan ruas sacrum ke-2 dan ke3.

Diameter anteroposteriornya (12,75 cm), dan diameter transversanya (12,5 cm),

- b. Bidang sempit yang terdiri dari tepi bawah simfisis, spina isciadica kanan dan kiri, dan ujung bawah sakrum.

Diameter anteroposteriornya (11,5 cm), diameter transversanya (10 cm),

3. Pintu Bawah Panggul

- a. Terbentuk dari 2 alasa segitiga dengan alas yang sama, yaitu ujung segitiga belakang pada ujung os sakrum, dan ujung segitiga depan yaitu arkus pubis.,

- b. Diameter anteroposteriornya yaitu ukuran dari tepi bawah simfisi ke ujung sakrum (11,5 cm),

- c. Diameter transversa jarak antara tuber ischiadikum kanan dan kiri (10,5 cm),

- d. Diameter sagitalis posterior yaitu ukuran dari ujung sakrum ke pertengahan ukuran transversa (7,5 cm).

d) His

His kala II, His semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik (Manuaba, 2010: 173). Adanya his dalam persalinan dapat dibedakan sebagai berikut:

(1) Kala I

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Kala satu persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif (Wiknjosastro, 2008: 39).

(2) Kala II

Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut dengan kala pengeluaran bayi (Sulistiawati, 2010).

(3) Kala III

Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (Depkes R.I, 2007)

(4) Kala IV

Persalinan kala empat dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu (Wiknjosastro, 2008: 99).

e) Pemeriksaan dalam

Menurut Wiknjosastro (2008: 54-56) yang perlu dilakukan dalam pemeriksaan dalam adalah :

- (1) Memeriksa genitalia eksterna, memerhatikan ada tidaknya luka atau massa (benjolan) termasuk kondiloma, 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.

f) Pemeriksaan panggul

Menurut Wiknjosastro (2005: 44-45) dalam pemeriksaan panggul yang perlu diperhatikan adalah bentuk dan

ukuran panggul, untuk ukuran perlu diperhatikan hal berikut:

- (1) Bila promontorium teraba pada pemeriksaan dalam, berarti ada kesempitan panggul
- (2) Normal linea inominata teraba dalam pemeriksaan dalam, bila teraba sebagian atau keseluruhan berarti ada kesempitan panggul
- (3) Spina ischiadika normal, tidak menonjol ke dalam. Bila menonjol berarti ada kesempitan panggul
- (4) Sudut arcus pubis $> 90^\circ$, bila kurang berarti ada kesempitan panggul
- (5) Keadaan dasar panggul apakah kaku, tebal atau elastis.

g) Pemeriksaan penunjang

- (1) Urin

Urin yang dikeluarkan selama persalinan harus diperiksa untuk adanya glukosa, keton, dan protein. Keton dapat terjadi akibat kelaparan atau distress maternal jika semua energi yang ada telah terpakai.

Kadar keton yang rendah sering terjadi selama persalinan dan dianggap tidak signifikan. Kecuali pada ibu non-diabetik yang baru saja mengonsumsi karbohidrat atau gula dalam jumlah besar, glukosa

ditemukan dalam urine hanya setelah pemberian glukosa intravena. Jejak protein bisa jadi merupakan kontaminan setelah ketuban pecah atau tanda infeksi urinaria, tetapi proteinuria yang lebih signifikan dapat mengindikasikan adanya pre eklamsi (Fraser dkk, 2009: 453).

(2) Darah

Yang diperiksa adalah golongan darah ibu, kadar hemoglobin dan HbsAg (Romauli, 2011: 187).

2. Diagnosa Kebidanan

a. $G_{\geq 1}P_{0>}$ UK 37 - 40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H₂O, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu :

1) Kala I fase laten dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan (Varney dkk, 2007: 718-719).

2) Kala I fase aktif akselerasi/dilatasi maksimal/deselerasi dengan kemungkinan masalah ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan (Wiknjosastro, 2008: 40).

Partograf dipakai untuk memantau kemajuan persalinan dan membantu petugas kesehatan dalam pelaksanaan. Partograf memberi peringatan pada

petugas kesehatan bahwa suatu persalinan berlangsung lama, adanya gawat janin dan ibu bahwa mungkin ibu perlu dirujuk (Saifuddin, 2008: 104). Tujuan utama dari penggunaan partograf pada fase aktif adalah untuk :

a) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.

b) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan normal. Dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama.

c) Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatatkan secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir. Manfaat partograf jika digunakan secara tepat dan konsisten akan membantu penolong persalinan untuk :

(1) Mencatat kemajuan persalinan.

(2) Mencatat kondisi ibu dan janinya.

- (3) Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran.
- (4) Menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan.
- (5) Menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik sesuai dan tepat waktu.

Partograf harus digunakan :

- a) Untuk semua ibu dalam fase aktif kala I persalinan dan merupakan elemen penting dari asuhan persalinan. Partograf harus digunakan untuk semua persalinan, baik normal maupun patologis. Partograf sangat membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi, dan membuat keputusan klinik, baik persalinan dengan penyulit maupun tidak disertai penyulit.
- b) Selama persalinan dan kelahiran di semua tempat (rumah, puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit, dan lain – lain).
- c) Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan persalinan kepada ibu dan proses kelahiran bayinya (Spesialis Obstetri,

Bidan, Dokter Umum, Residen, dan Mahasiswa Kedokteran).

Penggunaan partograf secara rutin dapat memastikan bahwa ibu dan bayinya mendapatkan asuhan yang aman, adekuat, dan tepat waktu serta membantu mencegah terjadinya penyulit yang dapat mengancam keselamatan jiwa mereka (Setyaningrum, 2013: 18).

Catat hal-hal berikut pada partograf :

- a) Informasi pasien : isi nama, status gravida, status paritas, nomer register, tanggal dan jam masuk rumah sakit, serta jam pecah ketuban atau lama waktu ketuban pecah (apabila pecah ketuban terjadi sebelum pencatatan pada partograf dibuat).
- b) Denyut jantung janin. Catat setiap 30 menit
- c) Air ketuban. Catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina :

U : Selaput utuh.

J : Selaput pecah, air ketuban jernih.

K : Air ketuban kering

M : Air ketuban bercampur mekoneum.

D : Air ketuban bernoda darah.

Perubahan bentuk kepala janin (Molase atau molding) :

0 : tulang – tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpsi

1 : tulang – tulang kepala janin saling bersentuhan

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

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

d) Pembukaan mulut rahim (Serviks). Dinilai pada setiap pemeriksaan vaginam dan diberi tanda (x).

e) Penurunan mengacu pada bagian kepala (dibagi 5 bagian) yang teraba (pada pemeriksaan abdomen/luar) diatas simfisis pubis catat dengan tanda lingkaran (0) pada setiap pemeriksaan dalam.

f) Waktu : Menyatakan berapa jam waktu yang telah dijalani sesudah pasien diterima.

g) Jam : Catat jam sesungguhnya.

h) Kontraksi. Catat setiap setengah jam, lakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya masing-masing kontraksi dalam hitungan detik.

Kurang dari 20 detik.

Antara 20 dan 40 detik.

Lebih dari 40 detik.

i) Oksitosin. Bila memakai oksitosin, catatlah banyaknya oksitosin per volume cairan infus dan dalam tetesan per menit.

j) Obat yang diberikan. Catat semua obat lain yang diberikan.

k) Nadi. Catatlah setiap 30 menit dan ditandai dengan sebuah titik besar

l) Tekanan darah. Catatlah setiap 4 jam dan ditandai dengan anak panah.

m) Suhu badan. Catatlah setiap dua jam.

n) Protein Aseton dan volume urine. Catatlah setiap kali ibu berkemih.

Bila temuan-temuan melintas ke arah kanan dari garis waspada, petugas kesehatan harus melakukan penilaian terhadap kondisi ibu dan janin dan segera mencari rujukan yang tepat (Saifuddin, 2008: 104) .

3) Kala II dengan kemungkinan masalah:

- a) Kekurangan cairan
- b) Infeksi
- c) Kram Tungkai (Bandiyah, 2009).

b. Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kepmenkes No.938/Menkes/SK/8/2007 tentang standar asuhan kebidanan).

c. $P_{\geq 1}$ Kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah menurut Wiknjosastro (2008: 118):

- 1) Retensio plasenta
- 2) Avulsi tali pusat
- 3) Plasenta yang tertahan.

d. $P_{\geq 1}$ Kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi menurut Wiknjosastro (2008: 118)

- 1) Atonia uteri
- 2) Robekan vagina, perineum atau serviks
- 3) Subinvolisio sehubungan dengan kandung kemih penuh

B. Perencanaan

a) $G_{\geq 1}P_{0>}$ UK 37 - 40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H..., kepala

sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/fase aktif.

Tujuan :Proses persalinan berjalan dengan normal
ibu dan bayi sehat

Kriteria :

- 1) KU baik, kesadaran komposmentis
- 2) TTV dalam batas normal
 - T : 100/60 – 130/90 mmHg
 - S : 36 – 37°C
 - N : 80–100x/menit
 - R : 16 – 24x/menit
- 3) His minimal 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik
- 4) Kala I pada primigravida <13 jam sedangkan multi gravida <7 jam
- 5) Kala II pada primigravida <2 jam sedangkan pada multigravida <1 jam
- 6) Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif
- 7) Kala III pada primigravida <30 menit sedangkan multigravida <15 menit
- 8) Plasenta lahir spontan, lengkap
- 9) Perdarahan <500 cc

Intervensi menurut Wiknjosastro (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 menjalai 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 plasenter 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

- a) DJJ setiap $\frac{1}{2}$ jam
- b) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap $\frac{1}{2}$ jam
- c) Nadi setiap $\frac{1}{2}$ jam
- d) Pembukaan serviks tiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika terdapat indikasi
- e) Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika ada indikasi
- f) Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam
- g) Produksi urin, asetan 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/ Kandungan kemih yang penuh dapat menghalangi penurunan kepala janin sehingga menyebabkan nyeri waktu his.

- 7) Tunggu pembukaan lengkap. Jika telah memasuki kala II segera pimpin persalinan secara sesuai standar asuhan kebidanan persalinan normal. Berikut langkah-langkah asuhan persalinan normal berdasarkan Panduan Pelatihan

Persalinan Normal:

- a) Mengenali 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. Mematahkan ampul oksitosin 10 UI, dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai dalam partus set. Untuk persiapan jika bayi mengalami asfiksia, siapkan tempat datar dan keras, 2 kain, handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.
- 3) Mengenakan baju panutup/ celemek bersih.
- 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) Memakai 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 portio 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, membersihkan dengan seksama dari depan ke belakang.

(b) Membuang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.

(c) Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5% → langkah 9).

8) Dengan teknik antiseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, lakukan amniotomi.

9) Mendekontaminasi 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) Memeriksa 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) Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya. Menunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.

(a) Menjelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.

12) Meminta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).

13) Melakukan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.

(a) Membimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.

(b) Mendukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.

(c) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring telentang dalam waktu yang lama).

(d) Menganjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi.

(e) Menganjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.

(f) Menganjurkan asupan cairan per oral (minum).

(g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai (5 menit).

(h) Segera rujuk bila bayi belum atau tidak segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran untuk primipara atau 60 menit (1 jam) meneran untuk multipara.

(i) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman. Jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit, menganjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi dan beristirahat diantara kontraksi.

e) Persiapkan pertolongan kelahiran bayi.

R/Mempersiapkan tempat maupun kain handuk untuk mengeringkan tubuh bayi, serta memakai peralatan yang dipakai untuk menolong.

14) Meletakkan handuk bersih (untuk mngeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.

- 15) Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
 - 16) Membuka tutup partus set dan perhatikan kembali perlengkapan alat dan bahan.
 - 17) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- f) Persiapkan pertolongan kelahiran.
- R/Menolong kelahiran kepala bayi dengan tepat mencegah terjadinya robekan vulva dan perineum.
- Kelahiran kepala.
- 18) 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.
 - 19) Menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain/ kasa bersih.
 - 20) Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika haln 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.

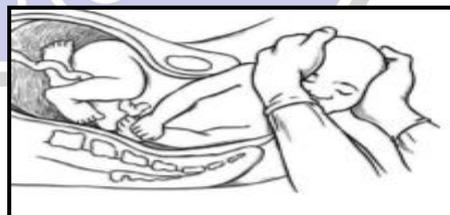
21) Tunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar, pegang secara spontan.

- (a) Dengan lembut menggerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis .



Gambar 2.19
Lahirnya Bahu Depan
Sumber: (R.I, Kemenkes, 2013: 62).

- (b) Menggerakkan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang



Gambar 2.20
Lahirnya Bahu Belakang
Sumber: (R.I, Kemenkes, 2013: 62).

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. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.

24) Setelah tubuh dan lengan lahir, menelusurkantanangan yang ada diatas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung dari kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

g) Penanganan bayi baru lahir.

R/ Penanganan BBL yang bebar akan mencegah terjadinya hipotrermi dan mengetahui kelainan bayi sedini mungkin.

25) Lakukan penilaian (selintas).

- (a) Apakah bayi menagis kuat dan itu bernapas tanpa kesulitan?
- (b) Apakah bayi bergerak dengan aktif?

Jika bayi tidak menangis, tidak bernapas atau mega-megap, lakukan langkah resutitasi (lanjut ke langkah resusitasi pada asfiksia bayi baru lahir).

26) Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. mengganti handuk basah dengan handuk bersih dan membeiarika bayi tengkurap di atas perut ibu.

27) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).

28) Memberi 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.

(a) Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.

(b) Bayi menyusui dini sekitar 30-60 menit pertama, biarkan tetap berada di dada ibu selama 1 jam.

h) Manajemen Aktif Kala III

R/ Untuk pengecekan dan mempercepat pengeluaran plasenta.

33) Pindahkan klem pada tali pusat hingga jarak 5-10 cm dari vulva.

34) Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas simfisis, untuk mendeteksi, tangan lain menegangkan tali pusat.

35) 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.

a. Mengeluarkan plasenta.

R/Masase uterus untuk merangsang kontraksi uterus.

36) 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.

37) 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).

38) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massage uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan massage dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik.

i) Menilai perdarahan.

39) Periksa kedua sisi plasenta dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus.

40) Mengevaluasi kemungkinan laserasi (robekan) pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

j) Melakukan prosedur pasca salin.R/Pemeriksaan sedini mungkin akan mempercepat penanganan sehingga tidak terjadi perdarahan berlebihan.

41) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

42) Mencelupkan sarung tangan ke dalam larutan clorin 0,5%, membersihkan noda darah dan cairan dari tubuh. Melepas sarung tangan secara terbalik lalu dicelupkan ke larutan clorin 0,5% dan direndam selama 10 menit. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan keringkan dengan handuk bersih.

a. Evaluasi

43) Memastikan kandung kemih ibu kosong

44) Ajarkan ibu dan keluarga cara masage uterus dan menilai kontraksi.

45) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

46) Memeriksa keadaan ibu dan 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.

47) Periksa kembali bayi untuk memastikan bayi bernafas dengan baik (40-60 x/menit) serta suhu tubuh normal (36° - $37,5^{\circ}$ C). Jika bayi sulit bernapas, merintih, retraksi segera diresusitasi dan dirujuk ke RS.

b. Kebersihan dan Keamanan

48) Menempatkan semua peralatan bekas pakai kedalam larutan clorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit), lalu cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.

49) Membuang (kasa yang terkontaminasi) kedalam sampah medi, pisahkan sampah medis dan non medis.

50) Bersihkan ibu jari yang terpapar/ terkontamonasi dengan air DTT, lalu bersihkan cairan ketuban, lendir, dan darah dari ranjang/ sekitar ibu berbaring. Memakaikan ibu pakaian yang bersih dan kering.

51) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberi ASI. Anjurkan keluarga memberi makanan dan minuman yang diinginkan ibu.

52) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.

53) Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

54) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir dan keringkan dengan handuk bersih.

55) Pakai sarung tangan DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi.

56) Dalam 1 jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik, profilaksis dan vitamin K₁ 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral. Pernapasan bayi (normal 40-60 kali/menit), dan suhu bayi (normal 36,5°C - 37°C) setiap 15 menit.

57) 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 menyusui dalam 1 jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusui.

58) Lepas sarung tangan dan dekontaminasi ke dalam larutan clorin 0,5% selama 10 menit.

59) Cuci tangan dengan sabun dan bilas dengan air mengalir lalu keringkan dengan handuk bersih dan kering.

60) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan kala IV (JNPK-KR, 2008).

b) Masalah dalam Kala I :

1) Cemas menghadapi proses persalinan.

Tujuan: Mengurangi rasa takut dan cemas selama proses persalinan

Kriteria: Ibu tampak tenang

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008) :

(1)Jelaskan fisiologi persalinan pada ibu

R/Proses persalinan merupakan proses yang panjang sehingga diperlukan pendekatan

(2)Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada ibu

R/Seorang ibu bersalin memerlukan penjelasan mengenai kondisi dirinya.

(3)Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang diberlakukan

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

2) Masalah nyeri punggung

Tujuan: Ibu merasa nyeri terhadap proses persalinan

Kriteria:

- a) Nyeri punggung berkurang
- b) Ibu merasa tenang

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008) :

(1) Hadirkan orang terdekat ibu

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

(2) Berikan sentuhan fisik misalnya pada tungkai, kepala, dan lengan.

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

(3) Berikan usapan punggung

R/Usapan punggung meningkatkan relaksasi.

(4) Pengipasan atau penggunaan handuk sebagai kipas

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

(5) Pemberian kompres panas pada punggung

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

3) Masalah pada Kala II :Kekurangan cairan

Tujuan : Tidak terjadi dehidrasi

Kriteria :

- a) Nadi 76-100 x/menit
- b) Urin jernih, produksi urine 30cc/jam

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008) :

(1) Anjurkan ibu untuk minum

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

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

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

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

lahir

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

4) Infeksi karena bakteri *Streptococcus* (Wiknjosastro, 2008: 116)

Tujuan : Tidak terjadi infeksi karena bakteri
Streptococcus

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 menurut Wiknjosastro (2008: 116) :

(1) Baringkan miring ke kiri

R/Arteri uterina berada di kanan sehingga ibu dianjurkan miring ke kiri agar sirkulasi lancar.

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

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

(3) Berikan ampisilin 2 gram atau amoxicillin 2 gram/oral

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

(4) 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) Kram Tungkai (Varney dkk, 2007: 722)

Tujuan : Tidak terjadi kram tungkai

Kriteria : Sirkulasi darah lancar

Intervensi :

(1) Luruskan tungkai ibu inpartu

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

(2) Atur posisi dorsofleksi

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

(3) Jangan lakukan pemijatan pada tungkai

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

c) Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kepmenkes No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan).

Tujuan : Dapat melewati masa transisi dengan baik

Kriteria : 1) Bayi menangis kuat
2) Bayi bergerak aktif

Intervensi menurut Kepmenkes no 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan:

(1) Observasi tanda-tanda vital dan tangisan bayi

R/Tanda-tanda vital bayi merupakan dasar untuk menentukan keadaan umum bayi.

(2) Jaga suhu tubuh bayi tetap hangat

R/Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relatif hangat.

(3) *Bounding attachment* dan lakukan IMD

R/*Bounding attachment* dapat membantu ibu mengatasi stress sehingga ibu merasa lebih tenang dan tidak nyeri pada saat plasenta lahir. Sedangkan IMD meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dengan bayi.

(4) Berikan vitamin K1 secara IM sebanyak 0,5 mg

R/Vitamin K1 dapat mencegah perdarahan intrakranial.

(5) Berikan salep mata

R/ Salep mata sebagai profilaksis.

d) Masalah Pada Kala III :

6) Retensio plasenta

Tujuan : Plasenta dapat dikeluarkan secara lengkap

Kriteria : Placenta tidak ada yang tertinggal

Intervensi menurut Holmes (2012), yaitu:

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.

(1) Coba lakukan plasenta manual bila terjadi perdarahan

R/ Plasenta manual dapat membantu mengeluarkan plasenta yang tidak lahir dalam waktu 30 menit

(2) Bila tidak memenuhi syarat plasenta manual karena tidak terjadi perdarahan maka segera rujuk ibu ke fasilitas terdekat dengan kapabilitas/ kompetensi kegawatdaruratan obstetri.

R/ Melakukan rujukan adalah jalan apabila plasenta manual tidak bisa dilakukan.

b) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

R/ Rujukan memerlukan pendampingan bidan

7) Terjadi avulsi tali pusat

Tujuan : Avulsi tidak terjadi, plasenta lahir lengkap

Kriteria : Tali pusat utuh

Intervensi menurut Winkjosastro (2008), yaitu:

(1) Palpasi uterus untuk melihat kontraksi, minta ibu meneran pada setiap kontraksi.

R/ Meneran yang baik adalah pada saat uterus mengalami kontraksi, sehingga plasenta cepat keluar

(2) Saat plasenta terlepas, lakukan periksa dalam hati-hati. Jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso-kranial pada uterus.

R/ Tekanan dorso cranial dengan hati – hati dapat mencegah avulsi tali pusat serta mencegah inversio uteri

(3) Setelah plasenta lahir, lakukan massase uterus dan periksa plasenta.

R/ Massase uterus bertujuan agar kontraksi uterus keras sehingga tidak terjadi perdarahan post partum

e) Masalah Pada Kala IV :

8) Terjadinya atonia uteri

Tujuan : Atonia uteri dapat teratasi

Kriteria : a) Kontraksi uterus baik, keras dan bundar

i. Perdarahan < 500 cc

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008), yaitu:

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

R/ Kompresi Bimanual Interna dapat membantu mengurangi perdarahan yang dikarenakan oleh atonia uteri.

- (2) Jika kompresi uterus tidak berkontraksi dan perdarahan terus keluar, ajarkan keluarga untuk melakukan Kompresi Bimanual Eksternal (KBE) . 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.

R/ Kompresi Bimanual Ekterna merupakan cara apabila KBI tidak berhasil mengurangi perdarahan karena atonia uteri

- (3) Jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar lakukan kompresi aorta abdominalis.

R/ Kompresi aorta abdominalis merupakan usaha untuk menyetatkan perdarahan apabila dengan KBI dan KBE tidak berhasil.

(4) Jika uterus tidak berkontraksi selama 1-2 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan tindakan operasi dan transfusi darah. Dampingi ibu selama merujuk, lanjutkan tindakan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba di tempat rujukan.

R/ Rujukan yang segera pada ibu dapat meminimalkan resiko kegawatdaruratan pada ibu.

9) Robekan vagina, perineum atau serviks (Varney, 2007)

Tujuan : Robekan vagina, perineum atau serviks dapat teratasi

Kriteria : a) Vagina dan perineum atau serviks dapat terjahit dengan baik

10) Perdarahan < 500 cc

Intervensi menurut Varney (2007), yaitu:

a) Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi yang timbul. Jika terjadi laserasi derajat satu dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat dua lakukan penjahitan.

R/ Penjahitan perineum adalah usaha untuk menghentikan perdarahan yang dikarenakan oleh robekan vagina, perineum atau serviks.

b) 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.

R/ Pemasangan infuse dapat mengganti cairan / darah yang dikeluarkan

(2) Pasang tampon

R/ Mengurangi darah yang keluar

(3) Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawatdarurat obstetri. Dampingi ibu ke tempat rujukan

R/ Melakukan rujukan segera dapat meminimalkan resiko kegawatdaruratan pada ibu

10) Sub involusio karena kandung kemih penuh (Varney, 2007)

Tujuan : Sub involusio dapat teratasi

Kriteria : a) Tinggi Fundus normal

b) Kandung kemih kosong

Intervensi menurut Varney (2007), yaitu:

(1) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya / BAK apabila merasa penuh.

R/ Dengan mengosongkan kandung kemih maka tinggi fundus akan normal

(2)Lakukan kateterisasi apabila ibu tidak kuat untuk melakukan pengosongan kandung kemih / BAK

R/ Kateterisasi merupakan cara pengosongan kandung kemih bila ibu merasa tidak kuat.

(3)Anjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi dini seperti miring samping, duduk atau jalan-jalan disekitar tempat tidur

R/ dengan melakukan mobilisasi dini bisa memperlancar pengeluaran darah dan sisa plasenta, kontraksi uterus baik sehingga proses kembalinya rahim ke bentuk semula berjalan dengan baik.

C. Pelaksanaan tindakan

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2007).

Ada lima aspek dasar atau lima Benang Merah, yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap

persalinan, baik normal maupun patologis. Lima Benang Merah tersebut adalah :

a. Membuat Keputusan Klinik.

- 6) Pengumpulan data.
- 7) Interpretasi data untuk mendukung diagnosis atau identifikasi masalah.
- 8) Menetapkan diagnosis kerja atau merumuskan masalah.
- 9) Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk menghadapi masalah.
- 10) Menyusun rencana asuhan atau intervensi.
- 11) Melaksanakan asuhan.
- 12) Memantau dan mengevaluasi efektivitas asuhan atau intervensi

b. Asuhan Sayang Ibu

- 6) Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan.
- 7) Asuhan sayang ibu pasca persalinan.

c. Pencegahan Infeksi

- 6) Tujuan pencegahan infeksi dalam pelayanan asuhan kebidanan.
- 7) Definisi tindakan-tindakan pencegahan infeksi.
- 8) Prinsip-prinsip pencegahan infeksi.
- 9) Tindakan pencegahan infeksi :
 - a) Cuci tangan.

- b) Memakai sarung tangan.
- c) Menggunakan teknik aseptik.
- d) Memproses alat bekas.
 - (1) Dekontaminasi
 - (2) Pencucian dan pembilasan
 - (3) DTT dan Sterilisasi
- e) Penggunaan peralatan tajam secara aman.
- f) Pengelolaan sampah dan mengatur kebersihan dan kerapian.

10) Pencatatan (Dokumentasi)

11) Rujukan

Lima benang merah ini akan selalu berlaku dalam penatalaksanaan persalinan, mulai kala satu hingga kala empat, termasuk penatalaksanaan bayi baru lahir. Tujuan yang diharapkan adalah dapat :

- a. Memahami langkah-langkah pengambilan keputusan klinik.
- b. Menjelaskan asuhan sayang ibu dan bayi.
- c. Menjelaskan prinsip dan praktik pencegahan infeksi.
- d. Menjelaskan manfaat dan cara pencatatan medik asuhan persalinan.
- e. Menjelaskan hal-hal penting dalam melakukan rujukan.

D. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria:

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

E. Dokumentasi

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

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia

b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

S : adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa

O : adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P : adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/ *follow up* dan rujukan.

2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Nifas

a. Pengkajian Data

1) Data subjektif

a) Biodata

(1) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam pemberian penanganan (Anggraini, 2010).

(2) Umur

Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun, alat-

alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap. Sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentan sekali untuk terjadi perdarahan dalam masa nifas (Ambarwati, 2010).

(3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa. (Ambarwati, 2011).

(4) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya.

(5) Suku/bangsa

Berpengaruh pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari.

(6) Pekerjaan

Gunanya untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut (Anggraini, 2010). Ibu nifas disarankan untuk

kembali ke kegiatan-kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan (Marmi, 2010).

(7) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas dan putus kerja karena berbagai alasan dapat menambah sulitnya masalah sosial ekonomi, sehingga mempengaruhi kelangsungan kehamilan (Manuaba, 2012). Keluarga yang mampu membayar pengeluaran tambahan dengan hadirnya bayi baru ini mungkin hampir tidak merasakan beban keuangan. Keluarga yang menemukan kelahiran seseorang bayi suatu beban finansial dapat mengalami peningkatan stres. Stres ini mengganggu perilaku orang tua sehingga membuat masa transisi menjadi orang tua lebih sulit (Walyani, 2015).

(8) Alamat

Bermanfaat untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan

b) Keluhan utama

Menurut Varney, (2007), keluhan yang sering dialami ibu masa nifas antara lain sebagai berikut :

(1) Nyeri setelah bayi lahir

Nyeri setelah kelahiran disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri ini lebih umum terjadi pada wanita dengan paritas tinggi dan pada wanita menyusui. Nyeri yang lebih berat pada paritas tinggi adalah penurunan tonus otot uterus, menyebabkan relaksasi intermitten (sebentar-sebentar) berbeda pada wanita primipara yang tonus otot uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi tanpa relaksasi intermitten. Nyeri setelah lahir akan hilang jika uterus tetap berkontraksi dengan baik, yang memerlukan kandung kemih kosong.

(2) 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.

(3) 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.

(4) Nyeri perineum

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut. Sebelum tindakan dilakukan, penting untuk memeriksa perineum untuk menyingkirkan kemungkinan adanya komplikasi, seperti hematoma. Pemeriksaan ini juga mengindikasikan tindakan lanjutan apa yang mungkin paling efektif.

(5) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum derajat tiga (atau empat).

c) Riwayat kesehatan

Manuaba (2010) menjelaskan penyakit-penyakit yang mempunyai pengaruh terhadap kehamilan, persalinan dan nifas adalah:

(1) Penyakit jantung

Keluhan utama yang dikemukakan meliputi cepat merasa lelah, jantung berdebar-debar, sesak napas disertai sianosis (kebiruan), edema tungkai atau terasa berat pada kehamilan muda, dan mengeluh tentang bertambah besarnya rahim yang tidak sesuai. Penyakit jantung yang disertai kehamilan, penambahan denyut jantung dapat menguras cadangan kekuatan jantung sehingga mengakibatkan keadaan payah jantung yang puncaknya terjadi pada usia kehamilan minggu ke 28 sampai 32. Penyakit jantung dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam

bentuk keguguran, persalinan prematuritas atau berat lahir rendah, kematian perinatal yang makin meningkat, dan bayi dapat mengalami hambatan intelegensia atau fisik.

(2) Hipertensi

Hipertensi dalam kehamilan yaitu dibagi menjadi hipertensi esensial, dan hipertensi karena penyakit ginjal.

(a) Hipertensi esensial

Hipertensi esensial disebabkan faktor herediter atau faktor lingkungan dan emosi yang labil yang ditandai dengan tekanan darah antara 140/90 mm Hg dan 160/100 mm Hg. Kehamilan dengan hipertensi esensial dapat berlangsung sampai aterm tanpa gejala menjadi pre eklamsia tidak murni. Sekitar 20% dapat menjadi pre eklamsia tidak murni (*superimposed*) yang disertai gejala proteinurea, edema, dan terdapat keluhan nyeri epigastrium, sakit kepala, penglihatan kabur dan mual serta muntah. Terhadap kemungkinan bahwa kehamilan yang disertai hipertensi

esensial sewaktu-waktu dapat terjadi pre eklampsia tidak murni.

(b) Hipertensi karena penyakit ginjal

Penyakit ginjal yang dapat meningkatkan tekanan darah di antaranya glomerulofritis akut atau kronis dan pielonefritis akut atau kronis. Gejala penyakit ginjal pada kehamilan disertai hipertensi adalah suhu badan yang meningkat dan gangguan miksi.

(3) Tuberkulosis

Gejala penyakit ini adalah batuk menahun dan bercampur darah. Ibu dengan tuberculosis aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi

(4) Asma

Penyakit asma dalam kehamilan kadang-kadang bertambah berat atau malah berkurang. Penyakit asma banyak pengaruhnya terhadap kehamilan. Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin melalui pertukaran O_2 dan CO_2 di dalam rahim. Pada persalinan kala II, diafragma dan

paru-paru dapat membantu mempercepat persalinan dengan jalan mengejan dan menahan nafas. Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O_2 dan CO_2

(5) Infeksi TORCH

Semula infeksi TORCH meliputi komponen toksoplasmosis, herpes simpleks dan rubella dapat menimbulkan kelainan kongenital dalam bentuk hampir sama yaitu mikrosefali, ketulian dan kebutaan, kehamilan dapat terjadi abortus, persalinan prematur dan pertumbuhan janin terlambat.

Kini TORCH dikembangkan dengan menambah 2 infeksi lagi, karena cukup memberikan resiko pada kehamilan yaitu virus hepatitis B dan HIV.

(6) Diabetes Mellitus

Penyakit gula merupakan penyakit keturunan dengan ciri kekurangan atau tidak terbentuknya insulin yang sangat penting untuk metabolisme gula dan pembentukan glikogen.

Akibatnya kadar gula dalam darah akan tinggi yang dapat mempengaruhi metabolisme tubuh secara menyeluruh dan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin.

(7) Anemia

Anemia pada kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi. Pengaruh anemia pada kehamilan dapat terjadi abortus, persalinan prematuritas, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah terjadi infeksi, perdarahan antepartum, dan ketuban pecah dini. (Manuaba, 2010).

d) Riwayat kebidanan

(a) Riwayat menstruasi

Informasi tambahan tentang siklus menstruasi yang harus diperoleh mencakup frekuensi haid dan lama perdarahan. Dan tentang haid meliputi; menarche, banyak darah, sifatnya darah (cair atau berbeku-beku, warna, bau), serta haid nyeri atau tidak dan kapan terakhir (Marmi, 2011).

(b) Riwayat persalinan, nifas yang lalu

Menurut Saifuddin (2008), anamnesis riwayat obstetri yang lalu yaitu jumlah kehamilan, jumlah persalinan, jumlah persalinan cukup bulan dan prematur, jumlah anak hidup, jumlah keguguran, jumlah aborsi, perdarahan pada kehamilan, berat bayi <2,5 Kg atau >4 Kg, adanya masalah selama kehamilan hingga nifas.

(c) Riwayat nifas sekarang

Masa puerperium diikuti pengeluaran cairan sisa lapisan endometrium dan sisa dari tempat implantasi plasenta disebut lokia. Pengeluaran lokia dapat dibagi berdasarkan jumlah dan warnanya adalah lokia rubra (kruenta), keluar dari hari ke-1 sampai 3 hari, berwarna merah da hitam, da terdiri dari sel desidua, verniks kaseosa, rambut lanugo, sisa mekonium, sisa darah. Lokia sanguinolenta, keluar dari hari ke-7 sampai 14 hari, berwarna kekuningan. Lokia alba, keluar setelah hari ke-14, berwarna putih (Manuaba, 2012).

(d) Keluarga Berencana

Kontrasepsi tidak diperlukan dalam 3 minggu pertama pascapartum karena pada

semua wanita terjadi penundaan pemulihan ovulasi. Setelah waktu ini, ovulasi dapat pulih kembali tanpa dapat diduga pada wanita yang menyusui, bergantung pada variasi biologik individual serta intensitas menyusui.

Kontrasepsi khusus progestin, termasuk pil mini, medroksiprogesteron depot, dan implan levonorgestrel tidak mempengaruhi kualitas susu dan meningkatkan; meskipun sedikit; volume susu; oleh karena itu, kontrasepsi khusus-progestin merupakan kontrasepsi pilihan bagi wanita yang menyusui.

e) Pola kebiasaan sehari-hari

(1) Nutrisi

Ibu yang menyusui harus mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari. Makan dengan diet seimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (dianjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui) (Saifuddin, 2008). Diet makanan yang sehat yaitu terdapat makanan dengan komposisi nasi, sayur dan

lauksecukupnya dan ditambah 1 telur setiap hari, bila ada ditambah buah dan susu (Manuaba, 2012).

(2) 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, 2008).

(3) 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. 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).

Persiapan memperlancar pengeluaran ASI dengan perawatan payudara berupa, membersihkan puting susu dengan air atau minyak, sehingga epitel yang lepas tidak menumpuk. Puting susu ditarik-tarik sehingga menonjol untuk memudahkan isapan bayi. Bila puting susu belum menonjol atau masuk kedalam dapat memakai pompa susu (Manuaba, 2012).

Perawatan payudara pertama dilakukan pada hari ke dua setelah melahirkan minimal 2

kali dalam sehari. Langkah-langkah pengurutan payudara adalah:

- (a) Tuangkan minyak seukupnya
- (b) *Friction*: sokong payudara kiri dengan tangan kiri, kanan dengan tangan kanan, tiga jari dari tangan berlawanan membuat gerakan memutar sambil menekan dari pangkal payudara dan berakhir pada puting susu, setiap payudara minimal 2 kali gerakan.
- (c) *Massege*: tempatkan kedua telapak tangan diantara kedua payudara. Urutlah payudara dari tengah keatas sambil mengangkat kedua payudara dan lepaskan payudara perlahan-lahan. Lakukan gerakan ini 30 kali.
- (d) Sokong payudara dengan satu tangan, sedangkan tangan yang lain mengurut payudara dengan sis kelingkingndari arah tepi kearah *puting susu*. *Lakukan gerakan ini 30 kali*.
- (e) *Pengompresan*: kompres kedua payudara dengan waslap hangat selama 2 menit,

kemudian ganti dengan waslap dingin selama 1 menit. Kompres bergantian selama 3 kali berturut-turut dengan kompres air hangat.

(4) Istirahat

Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.

Istirahat 6-8 jam jika bayi tidur ibu ikut tidur.

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, 2008).

(5) Aktivitas

Pada persalinan normal dan keadaan ibu normal, biasanya ibu diperbolehkan untuk mandi dan ke WC dengan bantuan orang lain,

yaitu pada satu atau 2 jam setelah persalinan.

Sebelum waktu ini, ibu harus diminta untuk melakukan latihan menarik nafas dalam serta latihan tungkai yang sederhana dan harus duduk

serta mengayunkan tungkainya di tepi tempat tidur (Marmi, 2011).

(6) Seksual

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, 2008).

f) Latar belakang sosial budaya

Saifuddin (2010) menambahkan tindakan lazim yang tidak dan bahkan dapat membahayakan adalah seperti menghindari makanan berprotein seperti ikan atau telur karena ibu menyusui butuh tambahan kalori sebesar 500 per harinya, penggunaan bebat perut segera pada masa nifas (2-4 jam pertama), penggunaan kantong es batu atau pasir untuk menjaga uterus berkontraksi karena merupakan perawatan yang tidak efektif untuk atonia uteri, serta memisahkan bayi dari ibunya untuk masa yang lama pada 1 jam pertama setelah kelahiran.

g) Keadaan psikososial dan spiritual

Satu atau dua hari postpartum, ibu cenderung pasif dan tergantung. Ia hanya menuruti nasihat, ragu-ragu dalam membuat keputusan, masih berfokus untuk memenuhi kebutuhannya sendiri, masih menggebu membicarakan pengalaman persalinan. Periode ini diuraikan oleh Rubin terjadi dalam tiga tahap:

(1) *Taking in*

- (a) Tingkah laku ibu tergantung orang lain dan hanya fokus pada dirinya sendiri.
- (b) Terjadi pada 1-2 hari sesudah melahirkan.
- (c) Mengenang pengalaman melahirkan.
- (d) Nafsu makan bertambah.

(2) *Taking hold*

- (a) Terjadi pada 2-4 hari postpartum
- (b) Ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilan untuk merawat bayi
- (c) Perhatian terhadap fungsi-fungsi tubuh
- (d) Terbuka untuk menerima pengetahuan dan kritikan yang bersifat pribadi.

(3) *Letting go*

- (a) Terjadi setelah ibu pulang ke rumah dan sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga.
- (b) Ibu mengambil tanggungjawab terhadap perawatan bayi.
- (c) Pada periode ini umumnya terjadi depresi postpartum.

h) Riwayat ketergantungan

Merokok dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah di dalam tubuh, termasuk 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).

i) Sosial budaya

Menurut Saifuddin (2009), 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).
- (4) Penggunaan kantong es batu atau pasir untuk menjaga uterus berkontraksi karena merupakan perawatan yang tidak efektif untuk atonia uteri.
- (5) 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.
- (6) Wanita yang mengalami masa puerperium diharuskan tidur telentang selama 40 hari (Manuaba, 2012).
- (7) Kebiasaan membuang susu jolong.
- (8) Wanita setelah melahirkan tidak boleh melakukan gerakan apapun kecuali duduk bersenden ditempat tidur.

2) Data obyektif

a) Keadaan umum

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis (Manuaba, 2010).

b) Tanda-tanda vital

(1) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolik, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari (Varney, 2007).

(2) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir kembali normal setelah beberapa jam pertama pascapartum. Apabila denyut nadi di atas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi pascapartum lambat (Varney, 2008).

(3) Suhu

Manuaba (2012) menambahkan bahwa segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh tapi tidak lebih dari 38°C . Bila terjadi peningkatan melebihi 38°C berturut-turut selama 2 hari, kemungkinan terjadi infeksi.

(4) Pernafasan

Fungsi pernapasan kembali pada rentang normal selama jam pertama pasca partum (Varney, 2008)

c) Pemeriksaan fisik

(1) Mata

Untuk mengidentifikasi adanya tanda anemis, eklamsia postpartum bias terjadi 1-2 hari postpartum (Anggraini, 2010).

(2) Leher

Untuk mengkaji adanya infeksi traktus pernafasan, jika ada panas sebagai diagnose banding. Inspeksi leher untuk melihat bentuk dan kesimetrisan leher serta pergerakannya.

(3) Dada

Pernafasan teratur, tidak ada wheezing (ronchi) berhubungan dengan penyakit saluran pernafasan.

(4) Payudara

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari beberapa hal berikut yaitu: putting susu pecah/pendek/rata, nyeri tekan, abses,

produksi ASI terhenti, dan pengeluaran ASI (Saifuddin, 2008).

(5) Abdomen

Setelah plasenta lahir TFU \pm 2 jari bawah pusat (Wiknjosastro, 2008). Kontraksi uterus baik artinya uterus menjadi keras, atau kontraksi lembek, uterus terasa lemah. Setelah janin dilahirkan fundus uteri kira-kira setinggi pusat, segera setelah plasenta lahir TFU 2 jari bawah pusat. Pada hari ke 5 post partum uterus setinggi 7 cm diatas simpisis atau setengah simfisis pusat, sesudah 12 hari uterus tidak dapat diraba lagi diatas simpisis.

Ibu nifas perlu diperiksa DDR (Derajat Diastasis Rekti), DDR adalah pemisahan otot rektus abdominalis lebih dari 2,5 cm pada tepat setinggi umbilikus. Menentukan ukuran diastasis rektus abdominalis (derajad pemisahan otot rektus abdominalis) sebagai evaluasi denyut otot abdominal dengan menentukan derajad diastasis .

(6) Kandung kemih

Terjadi beberapa perubahan penting setelah persalinan diantaranya makin meningkatnya pembentukan urine untuk mengurangi hemodilusi darah (Manuaba, 2012).

Penurunan berkemih seiring diuresis pascapartum bisa menyebabkan distensi kandung kemih. Distensi kandung kemih yang muncul segera setelah wanita melahirkan dapat menyebabkan perdarahan berlebihan karena keadaan ini bisa menghambat uterus berkontraksi dengan baik. Pada masa pascapartum tahap lanjut, distensi yang berlebihan ini dapat menyebabkan kandung kemih lebih peka terhadap infeksi sehingga mengganggu proses berkemih normal.

(7) Genetalia dan anus

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama setelah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam

vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol. Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada postnatal hari ke-5 perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan (Sukarni,2013).

Menurut Manuaba (2010), pengeluaran lokia dapat dibagi berdasarkan jumlah dan warnanya yaitu lokia rubra (kruenta) keluar dari hari ke 1- 3 hari, berwarna, merah dan hitam dan terdiri dari sel desidua, verniks kaseosa, rambut lanugo, sisa mekonium, sisa darah, lokia sanguinolenta, keluar dari hari ke 3-7 hari, berwarna putih bercampur merah, lokia serosa, keluar dari hari ke 7-14 hari, berwarna kekuningan, lokia alba, keluar setelah hari ke 14, berwarna putih.

Hal yang perlu dilihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah penjahitan laserasi

atau luka episiotomi, pembengkakan, luka dan hemoroid.

(8) Ekstremitas

Normal, tidak terdapat 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. Memeriksa adanya tromboflebitis, edema, menilai pembesaran varices, dan mengukur reflek patella (jika ada komplikasi menuju eklampsia postpartum).

2. Diagnosa Kebidanan

Diagnosa P...A... hari ... post partum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak baik (Marmi, 2012: 183). 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*, pembengkakan payudara (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007: 974).

3. Perencanaan

a. Diagnosa : P_{APIAH}, post partum hari ke, laktasi lancar, lochea normal, involusi noarmal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembangkakan payudara

Tujuan : Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi bagi ibu dan bayi.

Kriteria :

1) Keadaan umum : kesadaran komposmetis (Manuaba, 2010: 114).

2) Kontraksi uterus baik (bundar dan keras)

3) Tanda-tanda vital:

T : 110/70-130/90 mmHg

N : 60-80 x/menit

S : 36-37,5⁰C

R : 16-24x/menit

4) Laktasi normal

Menurut Marmi (2015: 32) ASI dibedakan menjadi

3 stadium:

a) Kolostrum merupakan cairan yang pertama kali disekresi oleh kelenjar payudara mulai dari hari pertama sampai hari ketiga atau keempat pasca persalinan. Kolostrum berwarna kekuning-kuningan,

viskositas kental, dan lengket. Mengandung tinggi protein, mineral, garam, vitamin A, nitrogen, sel darah putih, dan anti bodi yang tinggi.

b) ASI transisi atau perlihan diproduksi pada hari keempat sampai kesepuluh warna putih jernih. Kadar imunoglobulin dan protein menurun, sedangkan lemak dan laktosa meningkat.

c) ASI matur merupakan ASI yang disekresi pada hari kesepuluh sampai seterusnya berwarna putih. Kandungan ASI matur relatif konstan tidak menggumpal bila dipanaskan.

5) Involusi uterus normal

(1) Plasenta lahir (Setinggi Pusat)

(2) 7 hari (Pertengahan pusat simfisis)

(3) 14 hari (Tidak teraba)

(4) 42 hari (Sebesar hamil 2 minggu)

(5) 56 hari (Normal)

6) 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).

7) KU bayi baik

R : 30-60x/menit

S : 36,5-37,5⁰C

Intervensi :

1) Lakukan pemeriksaan TTV, KU, laktasi, involusi, dan lochea.

R/ Menilai status ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi

2) Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya.

R/ Menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap substansi/zat dari makan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan (Saifuddin, 2010: 377).

3) Jelaskan pada ibu mengenai senam nifas.

R/ Latihan yang tepat untuk memulihkan kondisi ibu dan keadaan secara fisiologis maupun psikologis

4) Beri konseling ibu tentang KB pascasalin.

R/ Untuk menjarangkan anak (Mochtar, 2012: 89)

5) Anjurkan ibu untuk mengimunitasikan bayinya.

R/ Untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan.

d) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan *Haemoglobin* (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat Sahli jika ada indikasi. Hasil pemeriksaan Hb dengan Sahli dapat digolongkan sebagai berikut tidak anemia jika $Hb \geq 11$ g%, anemia ringan jika Hb 9-10 g%, anemia sedang jika Hb 7-8, anemia berat jika $Hb < 7$ gr% (Manuaba, 2012).

e) Terapi yang didapat

Terapi yang diberikan pada ibu nifas yaitu:

(1) Pil zat besi 40 tablet diminum 1 kali satu hari.

(2) Vitamin A 200.000 U diminum 1 kali dalam waktu 24 postpartum.

b. Masalah

Kemungkinan masalah :

Masalah 1 : Eliminasi BAB (Konstipasi)

Tujuan : Masalah teratasi tidak terjadi konstipasi

Kriteria : Ibu bisa BAB dengan lancar.

Intervensi menurut Purwanti (2012: 88), 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 BAB.

Masalah 2 : Eliminasi BAK (Retensio Urinaria)

Tujuan : Masalah teratasi tidak terjadi retensio urin

Kriteria : Ibu bisa BAK dengan lancar

Intervensi menurut Purwanti (2012: 89)

1) Berikan penjelasan kepada pasien mengenai pentingnya BAK sedini mungkin setelah melahirkan.

R/ Pasien tidak akan menahan diri untuk BAK jika terasa

2) Jelaskan pada ibu bahwa dengan BAK tidak mempengaruhi luka jahitannya.

R/ Mengurangi ketakutan pada ibu.

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 Purwanti (2012: 89), 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 Bahiyatun (2009: 123-124), 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: Pembengkakan payudara

Tujuan : Setelah diberi asuhan, masalah pembengkakan payudara teratasi

Kriteria : Payudara tidak bengkak, kulit payudara tidak mengkilat dan tidak merah, payudara tidak nyeri, tidak terasa penuh dan tidak keras.

Intervensi menurut Bahiyatun (2009: 124), antara lain:

- 1) Anjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin atau 2-3 jam sekali

R/ Sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara.

- 2) Anjurkan ibu untuk menyusui di kedua payudara

R/ Menyusui di salah satu payudara dapat membuat payudara yang lain menjadi bengkak.

- 3) Gunakan air hangat pada payudara, dengan menempelkan kain atau handuk yang hangat pada payudara.

R/ Air hangat dapat merelaksasi otot payudara supaya tidak tegang.

- 4) Gunakan bra yang kuat untuk menyangga dan tidak menekan payudara.

R/ Bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah pembengkakan dan nyeri yang dialami.

- 5) Letakkan kantong es pada payudara di antara waktu menyusui

R/ Kantong es yang dingin dapat membuat otot-otot payudara berkontraksi sehingga rasa nyeri dapat berkurang.

- 6) Jika payudara masih terasa penuh, lakukan pengeluaran ASI secara manual.

R /Pengsongan payudara secara manual dapat membantu mengurangi pembengkakan payudara.

- 7) Ajarkan ibu melakukan perawatan payudara ibu nifas

R/ Dengan dilakukan perawatan payudara diharapkan produksi ASI lancar sehingga proses menyusui bisa berlangsung dengan baik dan pembengkakan payudara bisa berkurang.

- 8) Berikan terapi parasetamol/asetaminofen.

R/ Terapi parasetamol/asetaminofen dapat mengurangi nyeri.

Masalah 6: Subinvolutio uteri

Tujuan : Setelah diberi asuhan, masalah subinvolusio uteri teratasi

Kriteria : Uterus berkontraksi dengan baik, tidak ada perdarahan.

Intervensi menurut Bahiyatun (2009: 130), antara lain:

1) Beritahu hasil pemeriksaan pada ibu.

R/ Informasi yang jelas dapat mengurangi kecemasan ibu.

2) Beritahu ibu penyebab subinvolusio uteri

R/ Informasi yang jelas dapat mengurangi kecemasan ibu.

3) Anjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan istirahat.

R/ Memberikan kenyamanan dan mempercepat proses involusio uterus

4) Anjurkan ibu untuk terus dan sering menyusui bayinya.

R/ Menyusui merupakan faktor pertama yang mempengaruhi involusio uterus karena pada waktu bayi mengisap puting susu ibu terjadi rangsangan ke hipofisis posterior sehingga dikeluarkan oksitosin yang berfungsi meningkatkan kontraksi otot polos disekitar alveoli kelenjar air susu ibu (ASI) sehingga ASI dapat dikeluarkan dan terjadi rangsangan pada otot polos rahim sehingga terjadi percepatan involusio uterus

5) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya.

R/ Kandung kemih yang kosong bisa memudahkan proses involusio uteri.

6) Ajarkan ibu bagaimana melakukan senam nifas.

R/ dengan senam nifas bisa membantu mempercepat proses involusi uteri.

c. Pelaksanaan tindakan

1) Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu. Ibu mengetahui keadaan dirinya sehingga lebih kooperatif dengan tindakan yang akan dilakukan.

2) Jelaskan tentang fisiologi nifas yang meliputi laktasi, involusi dan lochea. Ibu memahami perubahan-perubahan fisiologis yang terjadi pada masa nifas sehingga bila ditemukan keabnormalan, ibu dapat mengetahui apa yang harus dilakukan.

3) Jelaskan pada ibu tentang kebutuhan dasar ibu nifas dan pemenuhannya meliputi nutrisi, eliminasi, personal hygiene, aktivitas, istirahat, perawatan payudara, senam nifas, perawatan BBL, kehidupan seksual, dan KB. Pada masa nifas organ-organ reproduksi mengalami pemulihan sehingga ibu memiliki kebutuhan dasar yang berbeda selama masa nifas tanpa komplikasi.

4) Jelaskan komplikasi atau tanda bahaya nifas, meliputi, infeksi masa nifas, subinvolusi uteri, flegmasia albadolens,

putting susu lecet, payudara bengkak, abses payudara (mastitis). Ibu dapat mendeteksi dini adanya komplikasi sehingga komplikasi dapat segera ditangani.

5) Observasi TTV, kandung kemih, kontraksi uterus, TFU, laktasi, lochea. Hal ini merupakan deteksi dini adanya kelainan, sehingga bisa segera diatasi.

6) Lakukan kunjungan masa nifas sesuai dengan ketetapan Pemerintah tahun 2014 adalah sebagai berikut:

a) 6 jam – 3 hari pasca persalinan.

Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan rujuk jika perdarahan berlanjut, memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, pemberian ASI awal, melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir, menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia, jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.

b) Hari ke 4 – 28 hari pasca persalinan

Memastikan involusi uterus untuk berjalan dengan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau, menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal, memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit, memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat, memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari, 1 minggu setelah persalinan, tetap lakukan pemantauan seperti 6 hari pasca persalinan.

c) Hari ke 29 – 42 hari pasca persalinan

Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami, memberikan konseling KB secara alami. Mengukur laktasi, involusi dan lochea sehingga bila ditemukan keabnormalan dapat segera ditangani.

Berikan tablet tambah darah dan vitamin 200.000 IU serta berikan informasi tentang masukan informasi tentang masukan zat besi dan vitamin.

d. Evaluasi

Evaluasi pada masa postpartum dapat menggunakan bentuk SOAP sebagai berikut:

S: Adalah data subjektif berisi tentang data dari pasien melalui anamnesis, (wawancara) yang merupakan ungkapan langsung.

O: Adalah data objektif data yang didapta dari hasil observasi melalui pemeriksaan fisik pada masa postpartum.

A: Adalah analisa data yang terkumpul kemudian dibuat kesimpulan meliputi diagnosis, antisipasi diagnosis, atau masalah potensial, serta perlu tidaknya dilakukan tindakan segera.

P: Adalah perencanaan, rencana tindakan yang akan diberikan termasuk asuhan mandiri, kolaborasi, tes diagnosis, atau laboratorium, serta konseling untuk tindak lanjut.

2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir

a. Pengkajian data

1) Data subyektif

b) Identitas bayi dan orang tua

Identitas sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepas sampai penyerahan bayi (Manuaba, 2010).

c) Riwayat antenatal

Pemeriksaan *antenatal* dilakukan setiap 4 minggu sampai kehamilan 28 minggu. Selanjutnya pemeriksaan dilakukan setiap 2 minggu sampai usia 36 minggu dan tiap minggu sesudah 36 minggu.

d) Riwayat natal

Untuk pencegahan infeksi mata dapat diberikan salep mata tetrasiklin 1% dalam waktu 1 jam setelah kelahiran. Untuk mencegah perdarahan bayi baru lahir harus diberikan vitamin K injeksi 1mg intramuskuler di paha kiri sesegara mungkin.

e) Riwayat Imunisasi

Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi segera setelah lahir menggunakan *uniject*

f) Pola kebiasaan sehari-hari

a. Nutrisi

Pada hari-hari pertama kelahiran bayi, apabila pengisapan puting susu cukup adekuat maka akan dihasilkan secara bertahap 10-100 ml ASI. Produksi ASI akan optimal setelah hari 10-14 usia bayi. Bayi sehat akan mengkonsumsi 700-800 ml ASI per hari (kisaran 600-1000 ml) untuk tumbuh kembang bayi.

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

4. Eliminasi

Bayi mempunyai feces lengket berwarna hitam kehijauan selama dua hari pertama, ini disebut mekoneum. Feces bayi yang diberi ASI akan berubah warna jadi hijau-emas, lunak dan terlihat seperti bibit (*seedy*). Bayi akan BAB 1 sampai 4 kali per hari dan BAK 4-5 kali/hari (Varney, 2009).

5. Istirahat & tidur

Bayi baru lahir tidur 16-18 jam sehari, paling sering waktu tidur 45 menit sampai 2 jam.

6. Personal hygiene

Bayi di mandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Perawatan tali pusat ialah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. Cuci tangan dengan sabun sebelum merawat tali pusat.

7. Aktifitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kakiyang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut.

8. Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga mendapat pola tidur yang lebih baik.

2) Data Obyektif

a) Keadaan umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu $36,5^{\circ}\text{C}$ – $37,5^{\circ}\text{C}$.

b) Tanda-tanda vital

(1) Suhu

Dianjurkan bahwa suhu rektal dan aksila tetap dalam rentang $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$.

(2) Pernafasan

Laju nafas bayi normalnya 40-60 kali per menit

(3) Nadi

Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180/menit yang kemudian turun sampai 140/menit-120/menit pada waktu bayi berumur 30 menit.

c) Anthropometri

(1) Berat badan

Dalam tiga hari pertama berat badan akan turun oleh karena bayi mengeluarkan air kencing dan mekonium, sedang cairan yang masuk belum cukup.

Turunnya berat badan tidak lebih dari 10%, berat badan akan naik lagi pada hari ke-4 sampai hari ke-10 dan seterusnya.

(2) Panjang badan

Panjang bayi rata-rata 50 cm, dengan kisaran normal 48-52 cm. Pertambahan panjang yaitu 2 cm per bulan pada 6 bulan pertama.

(3) Ukuran kepala

Ukuran-ukuran kepala bayi normal aterm:

Dimeter suboksipito-bregmatikus : $\pm 9,50$ cm

Diameter oksipito-frontalis : $\pm 11,75$ cm

Diameter oksipito metalis : $\pm 13,50$ cm

Diameter submento-bregmatika : $\pm 9,50$ cm

Diameter biparietalis : $\pm 9,50$ cm

Diameter bitemporalis : ± 8 cm

Sirkumferensia suboksipito-berghmatikus : 32 cm

Sirkumferensia submento-bregmatikus : ± 32 cm

Sirkumferensia oksipito frontalis : ± 34 cm

Sirkumferensia mento-oksipitalis : ± 35 cm

(4) Lingkar dada : 33-38 cm

(5) Lingkar lengan : ± 11 cm

d) Pemeriksaan Fisik

(1) Kepala

Besar, bentuk, molding, sutura tertutup/melebar, kaput suksadenum, hematoma, dsb (Winkjosastro, 2007).

(2) Mata

Diperhatikan adanya tanda-tanda perdarahan berupa bercak merah yang akan menghilang dalam waktu 6 minggu .Kaji perdarahan subkonjungtiva, mata yang menonjol, katarak dan lain-lain (Wiknjosastro, 2008).

(3) Hidung

Pemeriksa harus memblok setiap lubang hidung ketika mulut bayi tertutup untuk menjamin bahwa aliran udara mengalir dengan bebas melalui lubang hidung yang lain.

(4) Mulut

Salivasi tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna. Kaji labioskisis, labiogenato palatoskisis, tooth buds dan lain-lain.

(5) Leher

Seluruh leher harus diinspeksi dan dipalpasi. Bayi harus mempunyai rentang gerak penuh dan simetris .

(6) Dada

Dada bayi dikaji dengan menggunakan inspeksi, palpasi, dan auskultasi. Bentuk torak harus dikaji.

Prosesus xifoideus mungkin terlihat pada neonatus normal karena tipisnya dinding dada. Posisi payudara dan puting harus dikaji. Jantung diamati pulsasi, frekuensi jantung, kelainan bunyi jantung.

(7) Punggung

Melihat adanya benjolan/tumor dan tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna.

(8) Abdomen

Bentuk, penonjolan sekitar tali pusat saat menangis, perdarahan tali pusat, lembek saat menangis (Saifuddin, 2008). Tali pusat tidak berdarah, warna tali pusat tidak pucat atau merah, jumlah pembuluh darah normal, tidak ada pembuluh darah yang putus, tidak ada hernia di pusat atau di selangkang.

(9) Genitalia

(a) Laki-laki

Lokasi meatus uretra harus diperiksa pada neonatus laki laki. Meatus ini harus tepat diujung penis. Pemeriksa harus menetapkan lokasi kedua testis.

(b) Perempuan

Pada bayi perempuan, tonjolan labia mayora, minora, dan klitoris harus diperhatikan.

(10) Anus

Periksa adanya kelainan atresia ani, mengalami kebuntuan/ tidak.

(11) Ekstremitas

(a) Atas

Tungkai harus simetris harus terdapat 10 jari. Sindaktili adalah penyatuan atau penggabungan jari-jari, dan polidaktili menunjukkan jari ekstra. Kuku jari harus ada pada setiap jari.

(b) Bawah

Panjang tulang pada ekstremitas bawah harus dievaluasi untuk ketepatannya. Lekukan harus dikaji untuk menjamin simetrisitas. Bayi yang lahir dengan presentasi bokong berisiko tinggi untuk mengalami kelainan panggul kongenital.

(12) Kulit dan kuku

Dalam keadaan normal, kulit berwarna kemerahan. Waspada timbulnya kulit dengan warna yang tidak rata (*Cutis Marmorata*), telapak tangan,

telapak kaki atau kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat atau kuning.

e) Pemeriksaan neurologis

Beberapa reflek pada bayi yaitu:

(1) Refleks morro/kaget

Didapat dengan cara memberikan isyarat kepada bayi, dengan satu teriakan kencang atau gerakan yang mendadak. Tangan pemeriksa menyangga pada punggung dengan posisi 45 derajat, dalam keadaan rileks kepala dijatuhkan 10 derajat, normalnya akan terjadi abduksi sendi bahu dan ekstensi lengan (Dewi, 2010:25)

(2) Refleks rooting/mencari

Cara mengukurnya dengan gores sudut mulut bayi garis tengah bibir. Pada kondisi normal bayi memutar kearah pipi yang digores, reflex ini menghilang pada usia 3-4 bulan, tetapi bisa menetap sampai usia 12 bulan khususnya menunjukkan adanya gangguan neurologis berat (Varney. 2008).

(3) Refleks sucking/menghisap

Dilihat pada saat bayi menyusu (Dewi, 2010:25).

(4) Refleks Swallowing (menelan)

Dilihat pada saat benda-benda didekatkan pada bayi kemulutnya, memungkinkan bayi memasukkan makanan secara permainan tetapi berubah sesuai pengalaman (Judarwanto, 2014).

(5) Refleks tonic neck/menoleh

Cara mengukurnya dengan memutar kepala dengan cepat ke satu sisi. Pada kondisi normal bayi melakukan perubahan posisi bila kepala diputar ke satu sisi, lengan dan tungkai ekstensi ke arah sisi putaran kepala dan fleksi pada sisi yang berlawanan, normalnya Refleks ini tidak terjadi setiap kali kepala diputar. Tampak kira-kira pada usia 2 bulan dan menghilang pada usia 6 bulan. Kondisi patologis bila respon terjadi setiap kali diputar, jika menetap adanya kerusakan serrebral mayor (Varney, 2008).

(6) Refleks grasp (palmar)/menggenggam

Bayi akan menggenggam kuat saat pemeriksa meletakkan jari telunjuk pada telapak tangan yang ditekan kuat (Dewi, 2010:26)

(7) Refleks neck righting/gerakan leher dan bahu

Pada posisi telentang, ekstremitas di sisi tubuh di mana kepala menoleh mengalami ekstensi, sedangkan di sisi tubuh lainnya fleksi. Tonus otot dapat dilihat pada

respons bayi terhadap gerakan pasif (Fraser & Cooper, 2009).

(8) Refleksi galanfs/gerakan punggung

Cara mengukurnya dengan gores punggung bayi sepanjang sisi tulang belakang dari sampai bokong.

Pada kondisi normal punggungbergerak kearah samping bila distimulasi, dijumpai pada usia 4-8 minggu pertama.kondisi patologis bila tidak adanya reflex menunjukkan lesi medulaspinalis transversal (Varney, 2008).

(9) Refleks ekstruksi/menjulurkan lidah

Cara mengukur dengan sentuh lidah dengan spatel lidah. Pada kondisi ini normal lidah ekstensi kea rah luar biladisentuh, dijumpai pada usia 4 bulan. Kondisi patologis bila ekstensi lidah persisten adanya sindrom Doen (Varney, 2008).

(10) Refleks stepping/melangkah

Jika disangga pada posisi tegak dengan kakinya. Menyentuh permukaan datar, bayi seperti mencoba berjalan . jika digendong dengan tibia menyentuh ujung meja, bayi akan mencoba menaiki meja tersebut reflex perubahan ekstremitas (Judarwanto, 2014).

(11) Refleks babinski/jari kaki

Cara mengukur dengan gores telapak kaki sepanjang tepi luar. Dimulai dari tumit. Pada kondisi normal jari kaki mengembang dan ibu jari kaki dorso fleksi, dijumpai sampai usia 2 tahun. Kondisi patologis bila perkembangan jari kaki dorso fleksi setelah 2 tahun, adanya tanda lesi ekstrapiramidal (Saifuddin, 2009)

b. Assesment

a. Diagnosa : NCB SMK Usiajam/hari

1) Tujuan : Bayi baru lahir dapat melewati masa transisi dari intrauterin ke ekstrauterin tanpa terjadi komplikasi.

2) Kriteria :

a) Keadaan umum baik dan TTV normal

S : 36,5-37,5 °C

N : 120-160 x/menit

RR : 40-60 x/menit

b) Bayi menyusu kuat

c) Bayi menangis kuat dan bergerak aktif

3) Intervensi menurut Marmi (2012) adalah:

a) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering

R/: Tali pusat yang basah atau lembab dapat menyebabkan infeksi.

b) Ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orangtua

R/: Tanda-tanda bahaya bayi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

c) Beri ASI setiap 2 sampai 3 jam.

R/: Kapasitas lambung pada bayi terbatas, kurang dari 30 cc untuk bayi baru lahir cukup bulan. ASI diberikan 2-3 jam sebagai waktu untuk mengosongkan lambung (Varney, 2007).

d) Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering

R/: Suhu bayi turun dengan cepat segera setelah lahir. Oleh karena itu, bayi harus dirawat di tempat tidur bayi yang hangat.

e) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusui kurang baik

R/: Suhu normal bayi adalah 36°C - 37°C . Suhu yang tinggi menandakan adanya infeksi.

f) Mandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir

R/: Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah (Wiknjosastro, 2008).

b. Masalah Pada Neonatus

1) Masalah 1 : Hipoglikemi

a) Tujuan : Hipoglikemi tidak terjadi

b) Kriteria : Kadar glukosa dalam darah ≥ 45 mg/dL dan tidak ada tanda-tanda hipoglikemi yaitu kejang, letargi, pernapasan tidak teratur, apnea, sianosis, pucat, menolak untuk minum ASI, tangis lemah dan hipotermi.

c) Intervensi menurut Marmi (2012), yaitu:

(1) Kaji bayi baru lahir dan catat setiap faktor risiko

R/: Bayi preterm, bayi ibu dari diabetes, bayi baru lahir dengan asfiksia, stres karena kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk berisiko mengalami hipoglikemi.

(2) Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan strip-kimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1–2 jam setelah kelahiran

R/: Bayi yang berisiko harus dikaji tidak lebih dari 2 jam setelah kelahiran, serta saat sebelum pemberian ASI, apabila terdapat tanda ketidaknormalan dan setiap 2-4 jam hingga stabil.

(3) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemi

R/ : Tanda-tanda hipoglikemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

- (4) Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10 % bagi bayi yang berisiko hipoglikemia

R/ : Nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglikemia.

- (5) Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat, dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal

R/ : Tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energi bayi.

2) Masalah 2 : Hipotermi

a) Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

b) Kriteria : Suhu bayi 36°C - 37°C dan tidak ada tanda-tanda hipotermi, seperti bayi tidak mau menetek, tampak lesu, tubuh teraba dingin, denyut jantung bayi menurun, kulit tubuh bayi mengeras/sklerema (Saifuddin, 2009).

c) Intervensi menurut Marmi (2012), yaitu:

- (1) Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksila atau kulit

R/ : Penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh, yang dapat menjadi indikator awal stres dingin.

(2) Kaji tanda-tanda hipotermi

R/: Selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kematian.

(3) Cegah kehilangan panas tubuh bayi, misalnya dengan mengeringkan bayi dan mengganti segera popok yang basah.

R/ : Bayi dapat kehilangan panas melalui evaporasi.

3) Masalah 3 : Ikterik

a) Tujuan : Ikterik tidak terjadi

b) Kriteria : Kadar bilirubin serum $\leq 12,9$ mg/dL dan tidak ada tanda-tanda ikterus, seperti warna kekuning-kuningan pada kulit, mukosa, sklera, dan urin.

c) Intervensi menurut Marmi (2012), yaitu:

(1) Mengkaji faktor-faktor risiko

R/ : Riwayat prenatal tentang imunisasi Rh, inkompatibilitas ABO, penggunaan aspirin pada ibu, sulfonamida, atau

obat-obatan antimikroba, dan cairan amnion berwarna kuning (indikasi penyakit hemolitik tertentu) merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat.

(2) Mengkaji tanda dan gejala klinis ikterik.

R/ : Pola penerimaan ASI yang buruk, letargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya refleks moro merupakan tanda-tanda awal ensefalopati bilirubin (kern ikterus).

(3) Berikan ASI sesegera mungkin, dan lanjutkan setiap 2-4 jam.

R/ : Mekonium memiliki kandungan bilirubin yang tinggi dan penundaan keluarnya mekonium meningkatkan reabsorpsi bilirubin sebagai bagian dari pirau enterohepatik. Jika kebutuhan nutrisi terpenuhi, akan memudahkan keluarnya mekonium (Varney, 2007).

(4) Jemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit.

R/ : Menjemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit akan mengubah senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah diekskresikan.

4) Masalah 4: Seborrhea

a) Tujuan : Tidak terjadi seborrhea

b) Kriteria : Tidak timbul ruam tebal berkeropeng berwarna kuning di kulit kepala dan kulit kepala bersih dan tidak ada ketombe.

c) Intervensi menurut Manuaba, 2010).

(1) Cuci kulit kepala bayi menggunakan shampoo bayi yang lembut sebanyak 2-3 kali seminggu. Kulit pada bayi belum bekerja secara sempurna.

R/ : Shampoo bayi harus lembut karena fungsi kelenjar

(2) Oleskan krim *hydrocortisone*.

R/ : Krim *hydrocortison* biasanya mengandung asam salisilat yang berfungsi untuk membasmi ketombe.

- (3) 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.

- (4) Periksa ke dokter, bila keadaan semakin memburuk.

R/ : Penatalaksanaan lebih lanjut.

5) Masalah 5 : Miliariasis

- a) Tujuan : Miliariasis teratasi
- b) Kriteria : Tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi cairan diseluruh tubuh.
- c) Intervensi menurut Marmi (2012), yaitu:

- (1) Mandikan bayi secara teratur 2 kali sehari

R/ : Mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat yang berlebihan

- (2) Bila berkeringat, seka tubuhnya sesering mungkin dengan handuk, lap kering, atau washlap basah.

R/ : Meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat.

(3) Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa mengeringkan terlebih dahulu.

R/ : Pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat memperparah miliariasis.

(4) Kenakan pakaian katun untuk bayi.

R/ : Bahan katun dapat menyerap keringat.

(5) Bawa periksa ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal, luka/lecet, rewel dan sulit tidur.

R/ : Penatalaksanaan lebih lanjut.

6) Masalah 6 : Muntah dan gumoh

a) Tujuan : Bayi tidak muntah dan gumoh setelah minum

b) Kriteria : Tidak muntah dan gumoh setelah minum serta bayi tidak rewel.

c) Intervensi menurut Marmi (2012), yaitu:

(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.

7) Masalah 7 : *Oral trush*

- a) Tujuan : *Oral trush* tidak terjadi
- b) Kriteria : Mulut bayi tampak bersih
- c) Intervensi menurut (Manuaba, 2010)

(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.

8) Masalah 8 : *Diaper rash*

- a) Tujuan : Tidak terjadi *diaper rash*
- b) Kriteria : Tidak timbul bintik merah pada kelamin dan bokong bayi.

c) Intervensi menurut (Buda, 2011)/

- (1) Perhatikan daya tampung dari diaper, bila telah menggantung atau menggelembung ganti dengan yang baru.

R/: Menjaga kebersihan sekitar genitalia sampai anus bayi.

- (2) Hindari pemakaian diaper yang terlalu sering. Gunakan diaper disaat yang membutuhkan sekali.

R/: Mencegah timbulnya *diaper rash*.

- (3) Bersihkan daerah genitalia 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.

- (4) Keringkan pantat bayi lebih lama sebagai salah satu tindakan pencegahan.

R/ : Kulit tetap kering sehingga meminimalkan timbulnya iritasi kulit.

a. Pelaksanaan tindakan

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kemenkes RI, 2011). Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan/atau keluarga. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien. Kemenkes RI (2011).

- 1) Beritahu ibu tentang hasil pemeriksaan. Ibu mengetahui kondisi bayinya dan kooperatif dengan petugas.
- 2) Jelaskan pada ibu dan keluarga mengenai perubahan fisiologis pada bayi usia 1-28 hari. Dengan diberikannya penjelasan mengenai perubahan fisiologis, ibu mampu merawat bayinya.

- 3) Jelaskan kebutuhan dasar pada bayi baru lahir seperti nutrisi, eliminasi, istirahat dan personal hygiene. Ibu dapat memenuhi kebutuhan dasar pada bayi baru lahir.
- 4) Jelaskan tanda bahaya bayi pada orang tua. Jika ditemui tanda bahaya orang tua segera merujuk untuk perawatan lebih lanjut.
- 5) Ajarkan pada orang tua perawatan sehari-hari untuk bayi baru lahir. Orang tua mengerticara perawatan bayi sehari-hari.

2.2.5 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana

a. Pengkajian Data

- 1) Data subyektif
 - a) Keluhan utama

Pada umumnya klien pascapersalinan ingin menunda kehamilan berikutnya paling sedikit 2 tahun lagi, atau tidak ingin tambah anak lagi (Saifuddin, 2010).

b) Pola kebiasaan sehari-hari

(1) Nutrisi

Intensitas konsumsi makanan dan minuman yang sering perlu diwaspadai sebagai tanda gejala penyakit diabetes. Menurut

Saifuddin (2010) penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita diabetes melitus.

Kadar progesterone yang berlebihan dapat menyebabkan dcbertambahnya nafsu makan (Wiknjosastro, 2006).

(2) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot (Hartanto, 2010).

(3) 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).

(4) Aktifitas

Rasa lesu dan tidak bersemangat dalam melakukan aktifitas karena mudah atau sering pusing.

(5) Kehidupan seksual

Dapat berhubungan seksual dengan MAL setelah 40 hari post partum karena MAL

menjadi alat kontrasepsi yang mengandalkan ASI dan tidak mengganggu senggama (Hidayati, 2009).

(6) Personal hygiene

Kebersihan perlu lebih diperhatikan karena pada pemakaian IUD potensial PID lebih tinggi (Saifuddin, 2007).

c) Riwayat Ketergantungan

(1) Efektivitas implan menurun bila menggunakan obat-obat TBC dan epilepsi (Saifuddin, 2007).

(2) Ibu yang menggunakan obat tuberkulosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat) tidak boleh menggunakan pil progestin (Saifuddin, 2010).

d) Keadaan psikologis

(1) Sifat khas kontrasepsi hormonal dengan komponen esterogen menyebabkan pemakainya mudah tersinggung dan tegang (Manuaba, 2010).

(2) Selama 6 minggu pertama pascapersalinan, progestin mempengaruhi tumbuh kembang bayi (Margareth, 2013)

(3) Menyusui dapat meningkatkan hubungan psikologi ibu dan anak (Manuaba, 2010).

e) Kehidupan seksual

Pada penggunaan jangka panjang kontrasepsi hormonal dapat menimbulkan kekeringan vagina, menurunkan libido (Saifuddin, 2010).

f) Latar belakang sosial budaya

Kontrasepsi suntik dipandang dari sudut agama baik itu Islam, Kristen, Katolik, Budha, Hindu diperbolehkan asal bertujuan untuk mengatur kehamilan bukan untuk mengakhiri kehamilan.

2) Data Obyektif

a) Pemeriksaan umum

(1) Tekanan darah

Suntikan progesterin dan implant dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah <180/110 mmHg.

(2) Nadi. Denyut nadi ireguler (aritmia) menunjukkan klien kemungkinan mengidap kelainan jantung (Saifuddin, 2010).

(3) Suhu

Suhu normal $36-37^{\circ}\text{C}$, pada akseptor dengan radang panggul akan terjadi kenaikan suhu mencapai 38°C atau lebih (Hartanto, 2013).

b) Pemeriksaan antropometri

Umumnya penambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1–5 Kg dalam tahun pertama. Penyebab penambahan berat badan tidak jelas. Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh (Hartanto, 2010: 171). Salah satu keterbatasan kontrasepsi hormonal yaitu terjadi peningkatan/penurunan berat badan. Ibu dengan obesitas tidak diperbolehkan menggunakan kontraepsi hormonal (Manuaba, 2010).

c) Pemeriksaan fisik

(1) Muka

Akan timbul hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, namun keterbatasan ini jarang terjadi (Sulistiawati, 2013).

(2) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin (Saifuddin, 2010).

Kontrasepsi hormonal dapat digunakan dengan konjungtiva palpebra pucat (anemis), sklera putih (tidak ikterus), pandangan mata tidak kabur (Sulistiawati, 2013).

Anemia merupakan kontraindikasi dari penggunaan kontrasepsi IUD, karena salah satu efek samping dari IUD adalah perdarahan. Jika ibu dengan anemia menggunakan IUD itu akan memperparah anemia itu sendiri (Saifuddin, 2010)

(3) Leher

Tidak ditemukan penegangan vena jugularis, tidak pembengkakan pada kelenjar tyroid dan limfe (Saifuddin, 2010).

(4) Payudara

(a) Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma seperti karsinoma payudara atau cervix, malah progesterone termasuk DMPA dapat digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2013).

(b) Keterbatasan pada penggunaan KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara (Saifuddin, 2010).

(c) Terdapat benjolan/kanker payudara/riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implan maupun progestin (Saifuddin, 2010).

(5) Abdomen

(a) Dapat terjadi kram abdomen sesaat setelah pemasangan AKDR. Pastikan dan tegaskan adanya penyakit radang panggul dan penyebab lain dari kekejangan. Apabila klien mengalami kejang yang berat, lepaskan AKDR (Saifuddin, 2010).

(b) Bila ditemukan pengguna implan disertai nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010).

(6) Genetalia

(a) DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan, amenorea (Hartanto, 2010).

(b) Dampak yang ditimbulkan 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).

(c) Kondisi yang memerlukan perhatian khusus saat tindakan vasektomi adalah adanya temuan berupa undensensus

testikularis, hidrokel/varikokel, massa intraskrotalis atau hernia inguinalis (Margareth, 2013).

(7) Ekstremitas

Ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan AKDR (Saifuddin, 2010).

Lokasi yang biasanya digunakan untuk penanaman kapsul adalah bagian dalam lengan atas yang tidak dominan, walaupun implan sebenarnya dapat dimasukkan dibagian tubuh yang lain (misal: bokong, abdomen bagian bawah, tungkai atas). Lengan atas bagian dalam merupakan area tubuh yang terlindungi, mudah dijangkau untuk memasang dan kembali melepas implan, tidak terlalu terlihat dan mudah dijangkau oleh klien saat melakukan perawatan pascainsersi dan pasca pelepasan..

b. Assasment

PAPIAH umur 15-49 tahun, calon peserta KB pasca salin, keadaan umum baik, tidak ada kontraindikasi untuk menggunakan kontrasepsi pasca salin, prognosa baik.

I. Intervensi

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, carakerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah.
- 3) Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya.

Kriteria :

- 1) Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas.
- 2) Ibu memilih salah satu KB yang sesuai.
- 3) Ibu terlihat tenang.

Intervensi menurut Saifuddin (2010:U-3-U-4) :

- 1) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.
R/Meyakinkan klien membangun rasa percaya diri.
- 2) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).

R/Dengan mengetahui informasi tentang diri klien 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

Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi

- d) Masalah yang menyertai

- a. Masalah 1 : *Amenorhea*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria : Ibu bisa beradaptasi dengan keadaanya

Intervensi menurut Dyah dkk, (2011) :

- 1) Pastikan hamil atau tidak, bila toidak hamil perlu tidakaan khusus.

R/ Jika pasien hamil berarti adalah kegagalan KB

2) Bila amenorea berlanjut atau hal tersebut membuat klien khawatir, rujuk ke klinik.

R/ mendapatkan pelayanan lebih.

3) Bila hamil, hentikan pil dan kehamilan dilanjutkan.

R/ minipil dapat menimbulkan kelainan jika dikonsumsi saat hamil.

4) Jangan memberikan obat-obat hormonal untuk menimbulkan haid. Kalaupun diberikan tidak akan gunanya.

R/ Dengan memberikan obat hormonal dapat mempengaruhi proses menstruasi.

5) Bila klien tetap saja tidak menerima kejadian tersebut, perlu dicari metode kontrasepsi lain.

R/ Memberikan kenyamanan pada klien.

b. 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 (2010:33) :

1) Kaji keluhan pusing pasien

R/ Membantu menegakkan diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya untuk pengobatan. Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara.

R/ Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal.

2) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

R/Teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri.

b. Masalah 3 : kenaikan berat badan

Tujuan : berat badan normal

Kriteria : BB sesuai dengan indek masa tubuh

Intervensi menurut Dyah dkk, 2011 antara lain:

1) Jelaskan pada ibu bahwa kenaikan berat badan dalam penggunaan KB hormonal itu wajar.

R/ ibu dapat mengerti penyebab kenaikan berat badannya.

2) Anjurkan ibu untuk mengurangi porsi makan

R/ mencegah penumpukan lemak dalam tubuh

3) Anjurkan ibu untuk melakukan olahraga

R/ dengan olahraga lemak dalam tubuh akan terbakar menjadi energi.

- 4) Anjurkan ibu untuk mengganti kontrasepsi lain jika ibu merasa tidak nyaman dengan efek yang ditimbulkan KB hormonal

R/ memberikan kenyamanan pada akseptor KB.

c. Masalah 4 : Perdarahan bercak/*spotting*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya

Kriteria : Keluhan ibu terhadap masalah bercak/*spotting* berkurang

Intervensi menurut (Manuaba, 2010), 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.

d. Masalah 5 : 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 Dyah (2010:79) :

- 1) Yakinkan klien bahwa jumlah darah haid atau perdarahan diantara haid menjadi lebih banyak pada penggunaan AKDR terutama dalam beberapa bulan pertama.

R/ proses pemasangan AKDR sedikit melukai pors, apabila klien memiliki riwayat anemia maka dalam proses pembukaan darah akan sedikit sulit.

- 2) Lakukan evaluasi penyebab-penyebab perdarahan lainnya dan lakukan penanganan yang sesuai jika diperlukan.

R/ mengetahui penyebab perdarahan.

- 3) Jika tidak ditemukan penyebab lainnya, beri nosteroidal antiinflamatori (NSAID), seperti ibuprofein) selama 5-7 hari.

R/ Pemberian NSAID dalam meringankan nyeri dan mencegah perdarahan.

- 4) Jika perdarahan masih terjadi dan klien merasa sangat terganggu tawarkan metode pengganti bila klien ingin menghentikan penggunaan AKDR.

R/ Memberikan kenyamanan pada pengguna akseptor KB.

c. Pelaksanaan tindakan

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kemenkes RI, 2011). Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan/atau keluarga. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien. Kemenkes RI (2011).

- 1) Kaji pengetahuan klien tentang KB. Makin rendah pendidikan klien, semakin efektif metode KB yang dianjurkan.
- 2) Tanyakan pada klien rencana jumlah anak yang diinginkan dan tujuan menggunakan KB. Menyelamatkan ibu dan anak akibat melahirkan pada usia muda, usia tua dan jarak kelahiran yang terlalu dekat.
- 3) Berikan pengetahuan kepada klien tentang KB pasca salin meliputi MAL, progestin, AKDR, implant. Membantu klien memutuskan jenis kontrasepsi yang akan digunakan dan meningkatkan keberhasilan KB.

- 4) Bantu klien menentukan kontrasepsi sesuai kebutuhan klien. Pengalaman menunjukkan saat ini calon peserta memilih sendiri metode kontrasepsi yang diinginkan
- 5) Lakukan penapisan sesuai dengan alat kontrasepsi yang dipilih klien. Menilai apakah ibu masuk dalam kontra indikasi alat kontrasepsi yang dipilih.
- 6) Persilahkan untuk klien dan suami mengisi *informed consent*. Setiap tindakan medis yang mengandung resiko harus dengan persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan.
- 7) Memberikan konseling pra pelayanan. Meningkatkan pengetahuan ibu tentang kontrasepsi yang ia pilih.
- 8) Memberikan pelayanan kontrasepsi sesuai protap. Protap adalah prosedur tindakan pelayanan yang disusun sesuai dengan kewenangan petugas sehingga diharapkan pasien puas dengan tindakan yang diberikan.
 - 9) Memberikan konseling pascapelayanan kontrasepsi. Meningkatkan pengetahuan pasien.
- 10) Minta klien mengulangi kembali penjelasan yang telah diberikan. Membantu klien untuk membuat suatu pilihan dan membantu klien untuk mengerti dan mengingat.

11) Beri kesempatan klien mengajukan pertanyaan. Merupakan salah satu teknik yang digunakan saat konseling agar kelangsungan pemakaian lebih tinggi.

Jadwalkan klien untuk kunjungan ulang. Untuk memantau keadaan ibu dalam mendeteksi dini bila terjadi komplikasi.

d. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan/atau keluarga. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien. Menurut Kepmenkes RI (2007: 7), evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut:

S : Data subyektif, mencatat hasil anamnesa.

O : Data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A : Hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P: Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan.

