

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

A. Pengertian Kehamilan

Kehamila adalah hasil dari pertemuan sperma dan sel telur dalam prosesnya, perjalanan sperma untuk menemui sel telur (ovum) betul-betul butuh perjuangan (Maulana ,2008;83).

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan pertama dimulaidari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan ke 4 samapai 6 bulan, triwulan ke 3 dari bulan ke 7 sampai 9 bulan (Prawiroharjo,2008:213).

B. Proses Kehamilan

Menurut Sarwono (2009:139) untuk terjadi kehamilan harus ada spermatozoa, ovum, pembuahan ovum (Konsepsi) dan nidasi (implantasi) hasil konsepsi.

1. Spematozoa

Dikeluarkan oleh testis dan peristiwa pematangannya disebut spermatogenesis. Jumlahnya akan berkurang, tetapi tidak akan habis seperti pada ovum dan tetap memproduksi meskipun pada lansia. Kemampuan fertilisasi selama 2-4 hari,

rata-rata 3 hari. Terdapat 100 juta sperma pada setiap militer air mani yang dihasilkan, rata-rata 3 cc tiap ejakulasi (Umami, 2011:36)

2. Ovum

Bisa dibuahi jika sudah melewati proses oogenesis. Dikeluarkan oleh ovarium saat fase ovulasi, satu kali setiap siklus haid dan akan habis jika sudah masuk masa remature. Ovum mempunyai waktu hidup 24-48 jam setelah dikeluarkan dari ovarium (Umami, dkk, 2011:36). 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 ditembus oleh sperma untuk dapat terjadi suatu kehamilan (Megasari, dkk, 2015:25). Ovarium berfungsi mengeluarkan sel telur/ovum setiap bulan, dan menghasilkan hormon estrogen dan progesterone .ovarium terletak didalam daerah rongga perut (cavitas peritonealis) pada cekungan kecil di dinding posterior ligamentum latum/ ligament yang melekat pada kedua sisi uterus , dengan ukuran 3cm x 2cm x 1cm dan beratnya 5-8 gram (Megasari, dkk, 2015: 19).

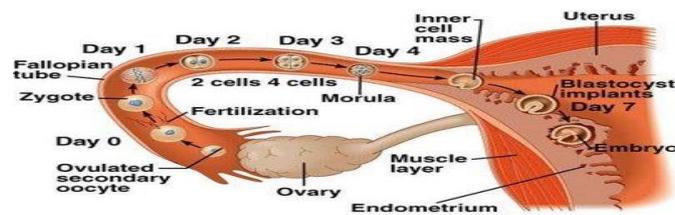
3. Konsepsi

Jutaan spermatozoa ditumpahkan di fornix vagina dan di sekitar porsio pada waktu coitus. Hanya satu spermatozoa yang mempunyai kemampuan (kapasitas) untuk membuahi. Pada

spermatozoa ditemukan kaputnya lebih mudah menembus dinding ovum oleh karena diduga dapat melepaskan hiluronidase. Konsepsi (pembuahan) adalah penyatuan ovum (osit sekunder) dan spermatozo yang biasanya berlangsung di ampula tuba. Untuk mencapai ovum, spermatozoa harus melewati korona rematu (Lapisan sel di luar ovum) dan zona pelusida (suatu bentuk glikoprotein ekstraseluler), yaitu dua lapisan yang menutupi dan mencegah ovum mengalami fertilisasi lebih dari satu spermatozoa (Sarwono, 2009:140-14).

4. Nidasi (Implantasi)

Selanjutnya pada hari keempat hasil konsepsi mencapai stadium blastula disebut blastokista (blastocyst), suatu bentuk yang bagian luarnya adalah trofoblas dan di bagian dalamnya disebut massa inner cell. Masa Inner cell ini berkembang menjadi janin dan trofoblas akan berkembang menjadi plasenta. Dengan demikian, blastokista di selubungi oleh suatu simpai yang disebut trofoblas. Trofoblas ini sangat kritis untuk keberhasilan kehamilan terkait dengan keberhasilan nidasi (implantasi), produksi rematu kehamilan, produksi imunitas bagi janin, peningkatan aliran darah maternal ke dalam plasenta, dan kelahiran bayi. Sejak trofoblas terbentuk, produksi human chorionic gonadotropin (Hcg) di mulai, suatu rematu yng memastikan bahwa endometrium akan menerima (resetif) dalam proses implantasi embrio (Sarwono, 2009:143).



Perkembangan ovum dan perjalanannya menuju kavum uteri.
Sumber : Manuaba. 2010:80

5. Pembentukan Plasenta

Plasenta adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta. Pada manusia plasenta terjadi 12-18 minggu setelah fertilisasi. Tiga minggu pasca dimulai pembentukan vili korealis. Vili korealis ini akan bertumbuh menjadi suatu masa jaringan yaitu plasenta (Sarwono, 2009:145-146).

C. Proses Pembentukan Plasenta

Plasenta adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta. Setelah nidasi embrio ke dalam endometrium, plasenta dimulai. Pada manusia plasenta berlangsung samapai 12-18 Minggu setelah fertilisasi .

Terjadi nidasi (Implantasi) mendorong sel blastla mengadakan diferensiasi. Sel yang dekat dengan ruangan eksoselom membentuk entoterm dan yolk sac (kontong kuning telur) sedangkan sel lain membentuk ektoderm dan ruangan amnion. Plat embrio (embryonal plate) terbentuk diantara dua ruang yaitu ruang amnion dan kantung yolk sac. Awalnya yolk sac berfungsi sebagai pembentuk darah sama dengan hati, limpa, dan sumsum tulang. Pada minggu kedua samapai ketiga, terbentuk bakal jantung

dengan pembuluh darahnya yang menuju body stalk (bakal tali pusat).

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

D. Tanda-tanda Kehamilan

1. Tanda Presumtif Kehamilan

Tanda-tanda presumtif adalah perubahan pada ibu atau seorang perempuan yang mengindikasikan bahwa ia telah hamil (Prawiroharjo,2011:214).

a) Amenorea (berhentinya menstruasi)

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel de graaf dan ovulasi sehingga menstruasi tidak terjadi . lamanya amenorea dapat dikonfirmasi dengan memastikan hari pertama haid terakhir (HPHT). dan digunakan untuk memperkirakan usia kehamilan dan taksiran persalinan tetapi ,amenorea juga dapat disebabkan oleh penyakit kronik tertentu ,tumor emosional seperti ketakutan akan kehamilan.

b) Mual (nausea) dan muntah (emesis)

Pengaruh estrogen dan progesteron terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan menimbulkan mual dan muntah yang terjadi terutama di pagi hari disebut morning sickness. Dalam batas tertentu hal ini masih fisiologi, tetapi bila terlampau sering dapat menyebabkan gangguan kesehatan yang disebut dengan hiperemesis gravidarum.

c) Ngidam

Wanita hamil sering menginginkan makan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut dengan ngidam. ngidam sering terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan dan akan menghilang dengan makin tuanya kehamilan . (Ummi hani,dkk.2010:72).

d) Sinkope (pingsan)

Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat menimbulkan

syncope atau pingsan. Hal ini sering terjadi terutama jika berada pada tempat yang ramai, biasanya akan hilang setelah 16 minggu.

e) Kelelahan

Sering terjadi pada trimester pertama, akibat dari penurunan kecepatan basal metabolisme (Basal Metabolism Rate / BMR) pada kehamilan yang akan meningkat seiring pertambahan usia kehamilan akibat aktivitas metabolisme hasil konsepsi.

f) Payudara tegang

Esterogen meningkatkan perkembangan sistem duktus pada payudara, sedangkan progesteron menstimulasi perkembangan sistem alveolar payudara. bersama somatomotropin, hormon-hormon ini menimbulkan pembesaran payudara, menimbulkan perasaan tegang dan nyeri selama dua bulan pertama kehamilan, pelebaran puting susu, serta pengeluaran kolostrum.

g) Sering miksi

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

h) Konstipasi atau obesitas

pengaruh progesterone dapat menghambat peristaltic usus(tonus otot mnurun), menyebabkan kesulitan untuk BAB.

i) Pigmentasi kulit

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

Pigmentasi ini meliputi tempat-tempat berikut ini:

- a) Sekitar pipi: cloasma gravidarum (penghitaman pada daerah dahi, hidung, pipi, dan leher).
- b) Sekitar leher tampak lebih hitam.
- c) Dinding perut: striae lividae gravidarum (terdapat pada seorang primigravida ,warnanya membiru),striae nigra ,linea alba menjadi lebih hitam (linea grisea nigra).
(Hani,dkk.2010:73)

j) Epulsi

Hipertropi papilla gingivae/gusi sering terjadi pada triwulan pertama. (Hani dkk.2010;75)

k) Varises atau penampakan pembuluh darah vena

Pengaruh esterogen dan progesterin menyebabkan pelebaran pembuluh darah terutama bagi wanita yang mempunyai bakat. Varises dapat terjadi di sebelah genetalia eksterna . kaki dan betis ,serta payudara .penampakan pembuluh darah ini dapat hilang setelah persalinan.(Hani dkk,2010:74)

2. Tanda-tanda Tidak Pasti Atau Terduga Hamil

Tanda-tanda tidak pasti atau terduga hamil adalah perubahan anatomic dan fisiologik selain dari tanda-tanda persumtif yang dapat deteksi atau dikenali oleh pemeriksa (Prawirohsrdjo, 2011 : 214)

Rahim membesar sesuai dengan tuanya kehamilan (Kumalasari, 2015 : 3)

a. Tanda chadwick

adalah perubahan warna menjadi kebiruan atau keunguan vulva, vagian dan serviks. (Prawirohardjo, 2014 : 216).

b. Tanda goodell

adalah perubahan konsistensi (yang dianalogikan dengan konsistensi) serviks dibandingkan dengan konsistensi kenyal (dianalogikan dengan ujung hidung) pada saat tidak hamil. (Prawirohardjo, 2014 : 216).

c. Tanda hegar

adalah pelunakan dan kompresibilitas ismus serviks sehingga ujung-ujung jari seakan dapat ditemukan apabila ismus ditekan dari arah yang berlawanan (Prawirohardjo, 2014 : 217).

d. Tanda piskacek

adalah pembesaran uterus yang terjadi secara tidak simetris. Pembesaran asimetris dan penonjolan salah satu kornu tersebut dapat dikenali melalui pemeriksaan bimanual pelvik pada usia

kehamilan delapan hingga sepuluh minggu (Prawirohardjo, 2014 : 219).

e. Kontaksi Braxton hicks

adalah kontraksi yang bersifat non-ritmik, sporadic, tanpa disertai adanya rasa nyeri, mulai timbul sejak kehamilan enam minggu dan tidak terdeteksi melalui pemeriksaan bimanual pelvik (Prawiroharjo, 2014 : 219)

f. Fenomenal bandul

adalah adanya ballottement kepala yaitu hanya kepala janin yang terdorong dan memantul kembali ke dinding uterus atau tangan pemeriksa setelah memindahkan dan menerima tekanan balik cairan ketuban (volume relative lebih besar dibandingkan tubuh janin) dikavum uteri (Prawirohardjo, 2014 : 214).

h. Pemeriksaan tes biologis kehamlan positif, tetapi sebagian kemungkinan palsu. (Kumalasari, 2015 : 3).

3. Tanda Pasti Kehamilan

Tanda-tanda pasti kehamilan dapat ditentukan melalui:

a. Gerakan janin dalam lahir

Terlihat/teraba gerakan janin dan teraba bagian-bagian.

Denyut jantung janin. Didengardengan stetoskop Laenec, alat doppler. Dilihat dengan ultrasonografi. Pemeriksaan dengan alat canggih, yaitu rontgen untuk melihat kerangka janin, ultrasonografi (Manuaba dkk, 2009 : 109)

b. Pertumbuhan dan Perkembangan Embrio

1) Embrio Usia 2-4 Minggu

a) Terjadi perubahan yang semula buah kehamilan hanya berupa satu titik telur menjadi satu organ yang terus berkembang dengan pembentukan lapisan-lapisan didalamnya.

b) Jantung mulai memompa cairan melalui pembuluh darah pada hari ke-20 dan hari berikutnya muncul sel darah merah yang pertama. Selanjutnya, pembuluh darah terus berkembang di seluruh embrio dan plasenta.

2) Embrio Usia 4-6 Minggu

a. Sudah terbentuk bakal organ-organ .

b. Jantung sudah berdenyut.

c. Pergerakan sudah nampak dalam pemeriksaan USG.

d. Panjang embrio 0,64

e. Embrio Usia 8 Minggu

f. Pembentukan organ dan penampilan semakin bertambah jelas, seperti mulut, mata da kaki

g. Pembentukan usus

h. Pembentukan genetalia dan anus

i. Jantung mulai memompa darah

3) Embrio Usia 12 Minggu

a. Embrio berubah menjadi janin

b. Usus lengkap

- c. Genetalia dan anus sudah terbentuk
- d. Menggerakkan anggota badan, mengedipkan mata, mengerutkan dahi, dan mulut terbuka.

4) Embrio Usia 16 Minggu

- a. Gerakan fetal pertama (quickening)
- b. Sudah mulai ada meconium dan verniks caseosa
- c. Sistem rematurenal sudah matang
- d. Sistem saraf mulai melaksanakan rematu
- e. Pembuluh darah berkembang cepat
- f. Tangan janin dapat menggenggam
- g. Kaki menendang dengan aktif
- h. Semua organ mulai matang dan tumbuh
- i. Denyut jantung janin (DJJ) dapat didengar dengan Doppler
- j. Janin 0,2 kg

5) Janin Usia 24 Minggu

- a. Kerangka berkembang dengan cepat karena aktifitas pembentukan tulang meningkat
- b. Perkembangan pernafasan dimulai
- c. Berat janin 0,7-0,8 kg

6) Janin Usia 28 Minggu

- a. Janin dapat bernafas, menelan, dan mengatur suhu
- b. Surfaktan terbentuk di dalam paru-paru
- c. Mata mulai membuka dan mneutup

d. Ukuran janin 2/3 saat lahir

7) Janin Usia 32 Minggu

- a. Simpanan lemak cokelat berkembang di bawah kulit untuk persiapan pemisahan bayi setelah lahir
- b. Mulai menyimpan zat besi, kalsium dan fosfor
- c. Bayi sudah tumbuh 38-39 cm

8) Janin Usia 36 Minggu

- a. Seluruh uterus terisi oleh bayi, sehingga ia tidak dapat lagi bergerak dan memutar banyak.
- b. Antibodi ibu di transfer ke janin, yang akan memberikan kekebalan selama 6 bulan pertama sampai sistem kekebalan bayi bekerja sendiri.



Gambar 2.2
Tahap Pertumbuhan Janin
Sumber: Saifuddin, 2011:159

E. Perubahan Fisiologis Kehamilan

Dengan terjadinya kehamilan maka seluruh sistem genitalia wanita mengalami perubahan yang mendasar sehingga dapat menunjang perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim. Plasenta dalam perkembangannya mengeluarkan hormon somatomotropin, estrogen, dan progesterone yang menyebabkan perubahan pada bagian-bagian tubuh dibawah ini:

1. Uterus

Rahim atau uterus yang semula besarnya sejempol atau beratnya 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hiperplasia, sehinggamenjadi seberat 1000 gram saat akhir kehamilan. Otot Rahim mengalami hyperplasia dan hipertrofi menjadi lebih besar, lunak, dan dapat mengikuti pembesaran Rahim karena pertumbuhan janin.

Perubahan isthmus uteri (rahim) menyebabkan isthmus menjadi lebih panjang dan lunak sehingga pada pemeriksaan dalam seolah-olah kedua jari dapat saling sentuh. Perlunakan isthmus disebut tanda Hegar. Hubungan antara besarnya rahim dan usia kehamilan penting untuk diketahui karena kemungkinan penyimpangan kehamilan seperti hamil kembar, hamil mola hidatidosa, hamil dengan hidramnion yang akan teraba lebih besar. Sebagai gambaran dapat dikemukakan sebagai berikut:

- a. Pada usia kehamilan 16 minggu, kavum uteri seluruhnya diisi oleh amnion, dimana desidua kapsularis dan desidua parietalis telah menjadi satu. Tinggi rahim adalah setengah jari jarak simpisis dan pusat. Plasenta telah terbentuk seluruhnya.
- b. Pada usia kehamiln 20 minggu, fundus rahim terletak dua jari di bawah pusat sedangkan pada usia 24 minggu tepat ditepi pusat.

- c. Pada usia kehamilan 28 minggu, tinggi fundus uteri sekitar 3 jari di atas pusat atau sepertiga jarak antara pusat dan prosesus xifoideus.
- d. Pada usia kehamilan 32 minggu, tinggi fundus uteri adalah setengah jarak prosesus xifoideus dan pusat.
- e. Pada usia kehamilan 36 minggu tinggi fundus uteri sekitar satu jari di bawah prosesus xifoideus dan kepala bayi belum masuk pintu atas panggul.
- f. Pada usia kehamilan 40 minggu fundus uteri turun setinggi tiga jari di bawah prosesus xifoideus, oleh karena saat ini kepala janin telah masuk pintu atas panggul.

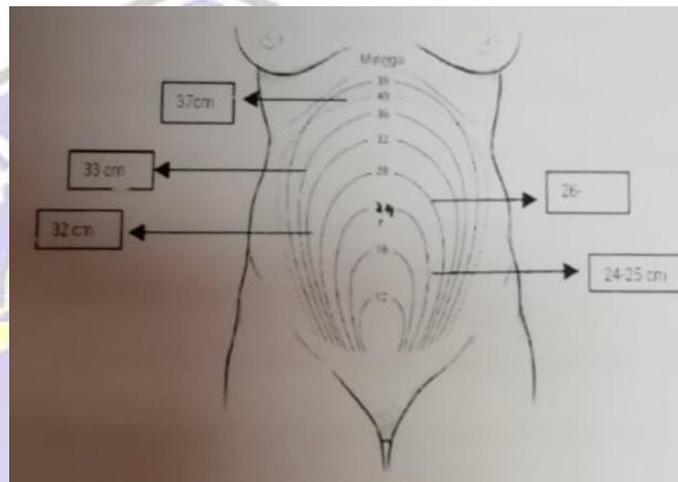
Panjang fundus uteri pada usia kehamilan 28 minggu adalah 25 cm, pada usia kehamilan 32 minggu panjangnya 27 cm, dan umur hamil 36 minggu panjangnya 30 cm. Regangan dinding rahim karena besarnya pertumbuhan dan perkembangan janin menyebabkan isthmus uteri makin tertarik ke atas dan menipis di segmen bawah rahim (SBR). Pertumbuhan rahim ternyata tidak sama ke semua arah, tetapi terjadi pertumbuhan yang cepat di daerah implantasi plasenta, sehingga rahim bentuknya tidak sama.

Bentuk rahim yang tidak sama disebut tanda Piskaseck.

Tabel 2.1
Tinggi Fundus Uteri

Umur Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
12 minggu	1/3 diatas simpisis
16 minggu	1/2 simpisis pusat
20 minggu	2/3 diatas simpisis
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	1/3 diatas pusat
34 minggu	1/2pusat-prosessus xipoides
36 minggu	Setinggi prosessus xipoides
40 minggu	2 jari di bawah prosessus xipoides

Sumber: (Sulistyawati,A. 2009)



Gambar 2.3
Pemeriksaan Fundus Uteri untuk Menentukan Usia Kehamilan
Sumber: Marmi, 2014:72

Tabel 2.2
Pemeriksaan Fundus Uteri untuk Menentukan Usia Kehamilan (dalam cm)

Usia kehamilan	Tinggi fundus uteri
22-28 minggu	24-25 cm diatas simpisis
28 minggu	26,7 cm diatas simpisis
30 minggu	29,5-30 cm diatas simpisis
32 minggu	29,5-30 cm diatas simpisis
34 minggu	31 cm diatas simpisis
36 minggu	32 cm diatas simpisis
38 minggu	33 cm diatas simpisis
40 minggu	37,7 cm diatas simpisis

Sumber : www.google.co.id (diakses 6 Februari 2019)

2. Vagina

Hormon estrogen memengaruhi sistem reproduksi sehingga terjadi peningkatan vaskularisasi dan hiperemia pada vagina dan vulva. Peningkatan vaskularisasi menyebabkan warna kebiruan pada vagina yang disebut dengan tanda *chadwick*. Perubahan pada dinding vagina meliputi peningkatan ketebalan mukosa, pelunakan jaringan penyambung dan hipertrofi otot polos. Akibat peregangan otot polos menyebabkan vagina menjadi lebih lunak. Perubahan yang lain adalah peningkatan sekret vagina dan mukosa vagina memetabolisme glikogen. Metabolisme ini terjadi akibat pengaruh hormon estrogen. Peningkatan laktobasilus menyebabkan metabolisme meningkat. Hasil metabolisme (glikogen) menyebabkan PH menjadi lebih asam (5,2-6). Keasaman vagina berguna untuk mengontrol pertumbuhan bakteri patogen (Kumalasari, 2015:3).

3. Ovarium

Dengan terjadinya kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia 16 minggu. Kejadian ini tidak dapat lepas dari kemampuan vilikorealis yang mengeluarkan hormon korionik gndotropin yang mirip dengan hormone luteotropik hipotesis anterior. (Kumalasari, 2015:3).

4. Serviks

Perubahan serviks merupakan akibat pengaruh hormon estrogen sehingga menyebabkan massa dan kandungan air meningkat. Peningkatan vaskularisasi dan edema, hiperplasia dan hipertrofi kelenjar serviks menyebabkan serviks menjadi lunak (*tanda Goodell*) serta serviks berwarna kebiruan tanda *Chadwick*. Akibat pelunakan ismus maka terjadi antefleksi uterus berlebihan pada tiga bulan pertama kehamilan (Kumalasari, 2015:3).

5. Sistem Sirkulasi Darah

Sirkulasi darah ibu dalam kehamilan dipengaruhi oleh adanya sirkulasi ke plasenta, uterus yang membesar dengan pembuluh-pembuluh darah yang membesar pula, mamma dan alat-alat lain yang memang berfungsi berlebihan dalam kehamilan. Seperti yang sudah dikemukakan, volume darah ibu dalam kehamilan bertambah secara fisiologik dengan adanya pencairan darah yang disebut hidrema. Volume darah akan bertambah banyak, kira-kira 25% dengan puncak kehamilan 32 minggu, diikuti dengan cardiac output yang meninggi sebanyak kira-kira 30%. Akibat hemodilusi tersebut, yang dimulai jelas timbul pada kehamilan 16 minggu, ibu yang mempunyai penyakit jantung dapat jatuh dalam keadaan dekomposisi kardis. (Manuaba, dkk,2010:91)

6. Payudara

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI pada saat laktasi.

Perkembangan payudara tidak dapat dilepaskan dari pengaruh hormone saat kehamilan, yaitu estrogen, progesterone dan somatomamotrofin.

Fungsi hormon mempersiapkan payudara untuk pemberian ASI dijabarkan sebagai berikut:

Estrogen, berfungsi:

- a. Menimbulkan hipertrofi sistem saluran payudara.
- b. Menimbulkan penimbunan lemak dan air serta garam sehingga payudara tampak makin membesar.
- c. Tekanan serat saraf akibat penimbunan lemak, air, dan garam menyebabkan rasa sakit payudara.

Progesteron, berfungsi:

- a. Mempersiapkan asinus sehingga dapat berfungsi.
- b. Meningkatkan jumlah sel asinus.

Somatomamotrofin, berfungsi:

- a. Mempengaruhi sel asinus untuk membuat kasein, laktalbumin, dan laktoglobulin.
- b. Penimbunan lemak disekitar alveolus payudara.
- c. Merangsang pengeluaran kolostrum pada kehamilan.

(Manuaba, dkk, 2010 : 92).

7. Dinding Perut

Pembesaran rahim menimbulkan peregangan dan menyebabkan robeknya serabut elastic dibawah kulit, sehingga timbul striae gravidarum. Bila terjadi peregangan yang hebat ,

missalnya pada hidramnion dan kehamilan ganda, dapat terjadi diastasis rekti bahkan hernia. Kulit perut pada linea alba bertambah pigmentasinya disebut linea nigra.

(Manuaba, dkk, 2010 : 93)

8. Sistem Pernafasan

Wanita hamil kadang-kadang mengeluh sesak dan pendek nafas. Hal ini disebabkan oleh usus yang tertekan ke arah diafragma akibat pembesaran rahim. Kapasitas vital paru meningkat sedikit selama hamil. Seorang wanita hamil selalu bernapas lebih dalam. Yang lebih menonjol adalah pernapasan dada (thoracic breathing).(Manuaba, dkk, 2010 : 93).

9. Saluran Pencernaan

Salivasi meningkat dan pada trimester pertama, mengeluh mual dan muntah. Tonus otot-otot saluran pencernaan melemah sehingga motilitas dan makanan akan lebih lama berada dalam saluran makanan. Resorpsi makanan baik, namun akan menimbulkan obstipasi. Gejala muntah (emesis gravidarum) sering terjadi, biasanya pada pagi hari, disebut sakit pagi (morning sicknees).(Manuaba, dkk, 2010 : 94).

10. Tulang dan Gigi

Persendian panggul akan terasa lebih longgar, karena ligamen-ligamen melunak (softening). Juga terjadi sedikit pelebaran pada ruan persendian. Apabila pemberian makanan tidak dapat memenuhi kebutuhan kalsium janin, kalsium pada

tulang-tulang panjang ibu akan diambil untuk memenuhi kebutuhan tadi. Apabila konsumsi kalsium cukup, gigi tidak akan kekurangan kalsium. Gingivitis kehamilan adalah gangguan yang disebabkan oleh berbagai faktor, misalnya hygiene yang buruk pada rongga mulut.(Manuaba, dkk, 2010 : 97).

11. Kulit

Pada daerah kulit tertentu terjadi hiperpigmentasi:

Mengalami pengumpulan pigmen ditiga area yaitu linea nigra (garis gelap mengikuti *midline* [Garis Tengah] abdomen), topeng kehamilan (*cloasma*) adalah bintik-bintik pigmen kecoklatan yang tampak dikulit kening dan pipi, dan peningkatan pigmentasi disekeliling puting susu (areola) (Kumalasari, 2015:6).

12. Metabolisme dalam kehamilan

Pada wanita hamil basal metabolic rate (BMR) meninggi, sistem endokrin juga meninggi, dan tampak lebih jelas kelenjar gondoknya (glandula tiroidea). BMR meningkat hingga 15-20% yang umumnya ditemukan pada triwulan terakhir. Kalori yang dibutuhkan untuk itu diperoleh terutama dari pembakaran hidrat arang, khususnya sesudah kehamilan 20 minggu ke atas akan tetapi bila dibutuhkan, dipakailah lemak ibu untuk mendapatkan tambahan kalori dalam pekerjaan sehari-hari (Manuaba, 2010:85-92)

13. Sistem endokrin

a) Ovarium dan plasenta

Korpus luteum mulai menghasilkan estrogen dan progesteron dan setelah plasenta terbentuk menjadi sumber utama kedua hormon tersebut. HCG (*Human Chorionic Gonadotropin*) adalah hormon utama yang dihasilkan oleh plasenta yang berperan mencegah ovulasi dan merangsang pembentukan estrogen serta progesteron oleh ovarium untuk mempertahankan kehamilan. Selain itu plasenta juga menghasilkan *Human Placental Lactogen* (HPL) atau *Human Chorionic Somatomotropin* (HCS), *Human Chorionic Thyrotropin* (HCT), dan *Melanocyte-stimulating hormone* yang menyebabkan kulit berwarna lebih gelap disaat kehamilan (Kumalasari, 2015:6).

b) Kelenjar tiroid

Kelenjar tiroid akan menjadi aktif. Kelenjar tiroid yang menjadi aktif menyebabkan denyut jantung yang cepat, jantung berdebar-debar (palpitasi), keringat berlebihan, dan perubahan suasana hati. Akan tetapi, hipertiroidisme (overaktivitas kelenjar tiroid) hanya terjadi pada kurang dari 1% kehamilan (Kumalasari, 2015:6).

c) Kelenjar paratiroid

Ukurannya meningkat karena kebutuhan kalsium janin meningkat sekitar minggu ke 15-35. Oleh karena hormon ini

untuk mempertahankan kecukupan kalsium dalam darah, jadi tanpa hormon ini metabolisme tulang dan otot terganggu (Kumalasari, 2015:6).

d) Pankreas

Sel-selnya tumbuh dan menghasilkan lebih banyak insulin untuk memenuhi kebutuhan yang meningkat. Oleh karena itu, penderita diabetes yang sedang hamil bisa gejala diabetes yang lebih buruk (Kumalasari, 2015:6).

e) Kelenjar pituitary

Pada lobus anterior mengalami sedikit pembesaran dan terus menghasilkan semua hormon tropik, tetapi dengan jumlah yang sedikit berbeda. FSH ditekan oleh HCG. Hormon pertumbuhan berkurang dan hormon melanotropik meningkat. Pembentukan prolaktin meningkat selama kehamilan dan persalinan. Oksitosin meningkat dan menstimulasi kontraksi otot uterus (Kumalasari, 2015:6).

14. Sistem Perkemihan

- a. Selama kehamilan ginjal bekerja lebih berat. Ginjal menyaring darah yang volumenya meningkat sampai 30-50% atau lebih, yang puncaknya terjadi pada kehamilan 16-24 minggu sampai sesaat sebelum persalinan (pada saat ini aliran darah ke ginjal berkurang akibat penekanan rahim yang membesar).
- b. Terjadi miksi (berkemih) sering pada awal kehamilan karena kandung kemih tertekan oleh rahim yang membesar. Gejala ini

akan menghilang pada trimester II kehamilan dan diakhir kehamilan gangguan ini muncul kembali karena turunnya kepala janin ke rongga panggul yang menekan kandung kemih (Kumalasari, 2015:5).

15. Sistem gastrointestinal

- a) Rahim yang semakin membesar akan menekan rektum dan usus bagian bawah sehingga terjadi sembelit (konstipasi). Sembelit semakin berat karena gerakan otot didalam usus diperlambat oleh tingginya kadar progesteron.
- b) Wanita hamil sering mengalami *heartburn* (rasa panas didada) dan sendawa, yang kemungkinan terjadi karena makanan lebih lama berada didalam lambung dan karena relaksasi sfingter dikerongkongan bagian bawah yang memungkinkan isi lambung mengalir kembali ke kerongkongan.
- c) Ulkus gastrikum jarang ditemukan pada wanita hamil dan jika sebelumnya menderita ulkus gastrikum biasanya akan membaik karena asam lambung yang dihasilkan lebih sedikit (Kumalasari, 2015:7).
- d) Mual muntah. Terjadi relaksasi pada otot-otot pencernaan antara lain peristaltik di lambung sehingga pencernaan makanan oleh lambung menjadi lebih lama dan mudah terjadi peristaltik balik ke esophagus. Selain itu pengaruh dari peningkatan hormone HCG juga dapat menyebabkan ibu hamil merasakan mual dan muntah (Hani, dkk, 2011:54).

16. Sistem Muskuloskeletal

- a. Gigi, tulang, dan persendian membutuhkan kira-kira sepertiga lebih banyak kalsium dan fosfor pada masa kehamilan
- b. Saliva yang asam pada saat hamil membantu aktivitas penghancuran bakteri email yang menyebabkan karies.
- c. Sendi pelvik sedikit dapat bergerak.
- d. Bahu tertarik lebih kebelakang dan tulang belakang lebih melengkung sebagai akibat dari penyesuaian diri karena janin yang membesar dalam abdomen sehingga tulang belakang menjadi *kifosis* (Kumalasari, 2015:7).

17. Sistem Kardiovaskuler

Sirkulasi darah dalam kehamilan dipengaruhi oleh pembesaran dan penekanan uterus terutama pada vena pelvis ketika duduk dan vena cava inferior ketika berbaring (Hani, dkk, 2011:58).

- a. Volume darah ibu meningkat sekitar 30-50% pada kehamilan tunggal dan 50% pada kehamilan kembar, biasanya karena adanya retensi garam dan air yang disebabkan sekresi aldosteron dari adrenal oleh estrogen. *Cardiac output* meningkat $\pm 30\%$, pompa jantung meningkat 30% setelah kehamilan tiga bulan dan kemudian melambat hingga umur kehamilan 32 minggu. Setelah itu volume darah menjadi relatif stabil (Kumalasari, 2015:4).

b. Penekanan pada vena cava (aliran balik vena) dapat menyebabkan hipotensi arterial dan wanita dapat menjadi pingsan atau kehilangan kesadaran (Kumalasari, 2015:4).

c. Perubahan pada sistem pernapasan

Oksigen ibu meningkat sebagai respon terhadap percepatan laju metabolik dan peningkatan kebutuhan oksigen jaringan uterus dan payudara. Peningkatan kadar estrogen menyebabkan ligamen pada kerangka iga berelaksasi sehingga ekspansi rongga dada meningkat. Karena rahim membesar panjang paru-paru berkurang. Kerangka iga bagian bawah tampak melebar. Tinggi diafragma bergeser 4 cm selama masa hamil. Dengan semakin tuanya kehamilan pernapasan dada menggantikan pernapasan perut dan penurunan diafragma saat inspirasi menjadi semakin sulit (Marmi, 2011:85).

Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetric untuk optimalisasi liaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Saiffudin, 2009 : 278).

Pada setiap kali kunjungan antenatal tersebut, perlu didapatkan informasi yang sangat penting. Tabel di bawah ini memberikan garis-garis besarnya

Tabel 2.3
Informasi penting dalam pelaksanaan ANC

Kunjungan	Waktu	Informasi penting
Trimester pertama	Sebelum minggu ke-4	Membangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dengan ibu hamil. Mendeteksi masalah dan menanganinya. Melakukan tindakan pencegahan seperti tetanus neonatorum, anemia kekurangan zat besi, penggunaan praktek tradisional yang merugikan. Memulai Persiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi komplikasi. Mendorong perilaku sehat (gizi, latihan dan kebersihan, istirahat, dan sebagainya).
Trimester kedua	Sebelum minggu ke-28	Sama seperti diatas ditambah kewaspadaan khusus mengenai preeklamsia (Tanya ibu tentang gejala-gejala preeklamsia, pantau tekanan darah , evaluasi edema, periksa untuk mengetahui proteinuria)
Trimester ketiga	Antara minggu ke 28-36	Sama seperti diatas ditambah palpasi abdominal untuk mengetahui apakah ada kehamilan ganda
Trimester ketiga	Setelah minggu ke 36	Sama seperti diatas, ditambah deteksi letak bayi normal, atau kondisi lain yang memerlukan kelahiran dirumah sakit.

(Sumber : Saiffudin, 2010:2. Ilmu Kebidanan.Halaman 278).

F. Perubahan Psikologi Pada Kehamilan

1. Trimester I

Trimester I merupakan penentuan kehamilan, penentuan penerimaan dan kenyataan berbeda di trimester I. Bingung, 80% kecewa, menolak, gelisah, depresi, murung, ini terjadi pada kehamilan tidak diinginkan dan pada ibu yang belum punya anak tetapi terjadi pembuahan secara tidak disengaja. Merenungkan dirinya, efek-efek dari kehamilannya (jika wanita karir), tanggung jawab baru dan beban dipikul, keuangan dan rumah, semuanya karena kebingungannya dan akan berakhir pada akhir trimester I.

Ketidaknyamanan: mual, lelah, perubahan selera, emosional, pada saat depresi ingat kehamilannya. Kekhawatiran dengan tidak sadar menunggu berakhirnya trimester I, akhir yang

menyatakan aman, tenang, percaya dengan kehamilannya. Peningkatan hasrat tetapi akan seksual atau libido yang dipengaruhi oleh mual dan kelelahan. Hal ini perlu keterbukaan, kejujuran 2 pasang (Megasari dkk, 2014:74)

2. Trimester II

Periode pencarian kesehatan tentang dirinya, umumnya merasa baik. Trimester II dibagi menjadi 2 fase, yaitu:

- a) Prequickening, pemberitahuan sebagian fakta kehidupan, biasanya wanita ini mengevaluasi identitas ibunya pada saat hamil, terus mencari potensi-potensi yang terjadi pada saat hamil. Penerima perawatan (dari ibunya) biasanya terjadi konflik ibu dan anak mengenai perawatan, tetapi wanita menikmati pendekatan ini. Pada akhirnya wanita sebagai penerima, menuntut perhatian, cinta, semua yang diterima akan dia simpan sampai pada suatu saat ini menjadi pemberi, seperti yang dilakukan ibunya.
- b) Quickening, perubahan yang tidak bisa ditanya pada pikiran wanita, meningkatnya hubungan sosial dengan wanita hamil lainnya. Ketertarikan untuk mempelajari menjadi ibu, peran-peran ibu, tertarik dengan anak kecil, mulai menggendong, mulai memikirkan bayinya, kesehatan bayi. Meningkatnya hubungan sex, karena telah bebas dari ketidaknyamanan fisik dan depresi, sekarang dia mencari perhatian pasangannya (Megasari dkk, 2014:75).

3. Trimester III

Periode penantian, tidak sabar, persiapan kelahiran dan kedudukan menjadi orang tua. Memusatkan perhatian, melindungi bayi dari bahaya dari luar atau dalam. Persiapan kehadiran bayi, sebagai contoh: nama anak, pakaian bayi.

Mendatangi pertemuan-pertemuan yang menunjang peran menjadi orang tua, konseling kebidanan, membeli perlengkapan. Terkadang muncul rasa takut atau khawatir tentang abnormal pada bayinya, proses persalinan, ketidak tahuan kapan persalinan.

Proses duka cita: akan kehilangan perhatian dan keistimewaan pada saat hamil, terpisahnya bayi dari tubuhnya, kandungan menjadi kosong. Pertengahan trimester III hasrat seksual menurun daripada trimester II karena semakin besarnya abdomen menjadi penghalang, merasa canggung, jelek, tidak rapi, semua ini memerlukan lebih besar perhatian pasangan (Megasari dkk, 2014:76).

G. Kebutuhan Ibu Hamil

Kebutuhan ibu hamil dibagi menjadi 2 bagian yaitu kebutuhan fisik dan psikologis.

1. Kebutuhan Fisik

a. Oksigen

Kebutuhan oksigen selama kehamilan meningkat sebagai respon tubuh terhadap akselerasi metabolisme yang diperlukan untuk menambah masa jaringan-jaringan pada

payudara, hasil konsepsi, masa uterus dan lainnya. Peningkatan kebutuhan oksigen meningkat 15-20% yang digunakan untuk kebutuhan metabolic ibu dan janin. Pada masa kehamilan pernapasan ibu juga menjadi lebih dalam meski dalam keadaan istirahat, akibatnya volume tidal meningkat dari 7,5 L/menit menjadi 10,5L/menit.

b. Nutrisi

Pemenuhan nutrisi berkaitan dengan pertumbuhan janin dan kesejahteraan ibu. Kekurangan nutrisi dapat menyebabkan anemia, abortus, partus prematurus, perdarahan pasca persalinan, dan sepsis puerpuralis. Sedangkan makan berlebihan dapat menyebabkan komplikasi seperti gemuk, janin besar, preeklamsi. Secara umum pada kondisi tidak hamil ibu memerlukan energi sebanyak 2100 Kkal/hari, sedangkan saat hamil ibu memerlukan 2500 Kkal/hari untuk perkembangan fetus, plasenta, uterus, dan mammae. Bagi ibu menyusui kebutuhan energy menjadi 3000Kkal/hari. Berikut ini adalah beberapa kelompok makanan dan minuman yang disarankan untuk dikonsumsi, beserta dengan manfaatnya:

1. Air

Minum cukup air dapat mencegah bayi lahir prematur, hemoroid, konstipasi, pembengkakan berlebihan, dan infeksi kandung kemih. Selama masa kehamilan, Anda disarankan untuk mengonsumsi kurang lebih 2,5 liter

(setara dengan 10 gelas) air dalam sehari. Cairan ini juga bisa didapatkan dari makanan seperti buah dengan kadar air yang tinggi, jus, atau susu. Namun perlu diingat bahwa beberapa minuman seperti minuman ringan dengan kadar gula yang tinggi dapat menyebabkan hipertensi atau kenaikan berat badan.

2. Sayur dan buah

Sayur dan buah adalah komponen utama pola makan sehat bagi ibu yang sedang hamil. Disarankan untuk mengonsumsi setidaknya lima porsi sayur-sayuran dan buah-buahan berbeda tiap hari untuk mendapatkan aneka vitamin, mineral, serta serat. Sayuran hijau seperti bayam dan kale mengandung banyak vitamin A, K, C dan asam folat yang penting untuk kesehatan mata.

3. Daging tanpa lemak, ikan, dan telur

Kelompok makanan ini kaya dengan kandungan protein yang penting untuk pertumbuhan janin, terutama pada trimester kedua dan ketiga dalam kandungan. Telur juga kaya akan kolin yang mendukung perkembangan otak dan tubuh janin, serta membantu mengurangi risiko cacat tabung saraf. Sementara, ikan salmon kaya akan omega 3 yang baik untuk menjaga mood ibu hamil sekaligus perkembangan janin. Meski demikian, untuk menghindari paparan merkuri, disarankan tidak

mengonsumsi lebih dari 340 gram salmon dalam sepekan. Selain itu, daging tanpa lemak merupakan sumber protein berkualitas tinggi. Namun hindari daging olahan seperti sosis yang mungkin mengandung bakteri atau parasit.

4. Kacang-kacangan

Kacang-kacangan berperan dalam mencukupi kebutuhan serat ibu hamil, sehingga mencegah konstipasi dan hemoroid (wasir). Selain itu, kelompok makanan ini kaya akan kalsium, folat, zat besi, dan seng.

5. Makanan sumber karbohidrat

Gandum utuh kaya akan nutrisi, serat, vitamin E, dan selenium yang baik untuk perkembangan janin. Bahan ini bisa Anda dapatkan antara lain dalam oatmeal, roti gandum, pasta, ataupun nasi merah.

6. Susu dan produk turunannya

Susu dan produk olahan susu, seperti yogurt, kaya akan kalsium yang membantu pembentukan tulang pada bayi serta menjaga kesehatan tulang ibu.

7. Suplemen

Meski sudah mengonsumsi berbagai jenis makanan, mungkin saja Anda masih melewatkan nutrisi tertentu. Suplemen vitamin barangkali dibutuhkan untuk mencukupinya. Salah satu suplemen yang biasa diberikan ada TTD (Tablet tambah darah) yang memiliki kandungan

setara 60 mg besi elemental dan 400 mcg asam folat. Namun, Anda perlu mengkonsultasikannya terlebih dulu kepada dokter.

2. Personal Hygiene

Selama kehamilan PH vagina menjadi asam (6-5) akibatnya mudah terjadi infeksi selain itu stimulus estrogen menyebabkan ibu mengalami keputihan (flour albus). Perubahan lainnya adalah peningkatan vaskularisasi menyebabkan ibu mudah berkeringat, pembesaran rahim juga menyebabkan ibu sering berkemih. Kebersihan diri selama kehamilan sangat penting bagi ibu, sebaiknya ibu mandi dengan air hangat, gosok gigi dan berganti pakaian paling sedikit 2 kali sehari, menjaga kebersihan alat genital dan pakaian dalam, serta menjaga kebersihan payudara untuk persiapan menyusui.

a. Pakaian

Pakaian yang dikenakan ibu sebaiknya longgar terutama bagian dada dan perut. Pakaian yang ketat tidak dianjurkan karena dapat mengganggu sirkulasi darah. Selain itu sepatu yang digunakan juga harus nyaman, pas, dan enak digunakan, tidak berhak atau bertumit tinggi/lancip karena bisa mengganggu kestabilan tubuh dan bisa mencederai kaki. Pakaian dalam yang digunakan terutama bra, sebaiknya yang meyangga payudara dan talinya agak besar agar tidak terasa sakit di bahu.

b. Eliminasi

Pada masa kehamilan tonus, motilitas lambung dan motilitas usus mengalami penurunan, reabsorpsi zat makanan menjadi lambat sehingga menyebabkan obstipasi. Selain itu kandung kemih yang tertekan pembesaran rahim menyebabkan ibu menjadi sering berkemih, diikuti dengan peningkatan vaskularisasi di periver menyebabkan ibu hamil sering berkeringat.

c. Seksual

Saat rahim ibu akan mengalami vaskularisasi pada vagina yang menyebabkan meningkatnya sensitifitas seksual. Akan tetapi ketakutan akan melukai ibu atau janin dapat menurunkan pola seksualitas. Pada dasarnya ibu hamil tetap dapat melakukan hubungan seksual selama tidak mengganggu kehamilannya. Ada beberapa tips, diantaranya:

- (1) Pilih posisi yang tidak menyebabkan nyeri bagi ibu
- (2) Sebaiknya menggunakan kondom karena prostaglandin yang terdapat pada semen dapat menyebabkan kontraksi
- (3) Melakukan dalam frekuensi yang wajar yaitu 2-3 kali dalam satu minggu

3. Mobilisasi, Body Mekanik

Berubahnya system muskulo skeletal menyebabkan perubahan postur tubuh menjadi lordosis. Mobilisasi dan body mekanik diperlukan untuk mencegah keretakan dan memperlancar sirkulasi darah. ibu dapat melakukan gerakan badan dengan cara duduk, berbaring, berdiri, dan jalan-jalan pagi. Mobilisasi dan body mekanik. Selain itu ada beberapa hal yang perlu diperhatikan, yaitu:

- (a) Melakukan senam hamil agar otot tidak kaku
- (b) Tidak dianjurkan melakukan gerakan tiba-tiba/spontan
- (c) Tidak dianjurkan mengangkat beban berat, jongkoklah terlebih dahulu baru kemudian mengangkat beban atau benda
- (d) Apabila bangun tidur, miring terlebih dahulu kemudian bangkit dari tempat tidur.

(1) Exercise/ senam hamil

Saat hamil terjadi peregangan otot-otot, perlunakan ligament-ligamen, dan pelonggaran persendian, sehingga diperlukan senam hamil yang bertujuan untuk meyangga dan menyesuaikan tubuh agar lebih baik meyangga beban kehamilan, memperkuat otot untuk menopang tekanan tambahan, memperbaiki sirkulasi dan respirasi, meredakan ketegangan dan membangun relaksasi. Sedangkan senam hamil merupakan terapi latihan gerak untuk mempersiapkan

ibu hamil, secara fisik, mental, pada persalinan cepat, aman, dan spontan. Adapun waktu yang tepat melakukan senam hamil yaitu:

- (a) Umur kehamilan mencapai 6 bulan keatas, kecuali ada kelainan tertentu pada kehamilan. Sebelum melakukan senam hamil ibu dianjurkan berkonsultasi dengan bidan atau dokter mengenai kondisi kehamilannya.
- (b) Ibu hamil yang mengikuti senam hamil diharapkan dapat menjalani persalinan dengan lancar dan relative cepat tanpa terjadi komplikasi apapun.
- (c) Sebelum melakukan senam hamil ibu diharapkan melakukan gerakan pemanasan sehingga peredaran dalam tubuh meningkat dan oksigen yang diangkut ke otot-otot dan jaringan tubuh bertambah banyak. Hal ini dapat mengurangi kejang atau terluka karena sudah dipersiapkan sebelum melakukan gerakan yang lebih aktif.

(2) Istirahat/Tidur

Ibu hamil perlu banyak istirahat minimal 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari, apabila ibu tidak bisa tidur siang ibu dapat tiduran atau berbaring untuk memperbaiki sirkulasi darah. Selain itu ibu dapat mandi air hangat sebelum tidur, tidur dalam posisi miring kiri dan letakkan beberapa bantal untuk menyangga agar ibu bisa rileks/santai.

4. Imunisasi

Imunisasi selama kehamilan sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang dapat menyebabkan kematian ibu dan janin. Jenis imunisasi yang diberikan adalah Tetanus Toxoid (TT) yang dapat mencegah penyalit tetanus. Bumil yang belum pernah mendapatkan imunisasi maka statusnya T0, jika telah mendapatkan 2 dosis dengan interval minimal 4 minggu, maka statusnya adalah T2, bila telah mendapat dosis TT yang ke-3 (interval minimal 6 bulan dari dosis ke-2) maka statusnya T3, status T4 didapat bila telah mendapatkan 4 dosis (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-3) dan status T5 didapatkan bila 5 dosis telah didapat (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-4) (Sulistiyawati, 2012:120).

Tabel 2.4
Jadwal pemberian tetanus toksoid

Imunisasi	Interval (selang waktu)	Lama Perlindungan	% Perlindungan
TT 1	Kunjungan antenatal awal	-	-
TT 2	4 minggu setelah TT 1	3 tahun	80
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun	95
TT 4	1 tahun setelah TT 3	10 tahun	99
TT 5	1 tahun setelah TT 4	>25 tahun / seumur hidup	

Sumber: (Kusmiyati, Y.dkk.2013:126)

5. Traveling

Ibu hamil sebaiknya tidak melakukan perjalanan yang cenderung lama, jauh, dan melelahkan karena dapat menimbulkan ketidaknyamanan serta mengakibatkan gangguan sirkulasi dan oedema kaki .karena lama tidak aktif bergerak. Apabila ibu bepergian menggunakan mobil pribadi dianjurkan berhenti

setiap jam untuk meregangkan badan dan jalan-jalan agar sirkulasi darah lancar, dan gunakan sabuk pengaman. Apabila bepergian dengan pesawat terbang, terdapat beberapa resiko, yaitu:

- (a) Bising dan getaran
- (b) Dehidrasi, karena kelembaban udara rendah
- (c) Turunnya oksigen karena perubahan tekanan udara
- (d) Radiasi kosmik pada ketinggian 30.000 kaki

Ibu hamil tidak dianjurkan melakukan perjalanan ketika:

- (1) Pada awal kehamilan
- (2) Pada bulan terakhir kehamilan
- (3) Pre-eklamsi dan eklamsi

6. Persiapan Persalinan dan Kelahiran Bayi

Ada 5 komponen penting dalam rencana persalinan:

Langkah 1: Membuat rencana persalinan

- (a) Tempat persalinan
- (b) Memilih nakes yang akan menolong
- (c) Bagaimana cara menghubungi nakes yang akan menolong persalinan ibu
- (d) Mempersiapkan dana yang dibutuhkan

Langkah 2: Membuat rencana untuk pengambilan keputusan jika terjadi kegawatdaruratan

- (1) Siapa pengambil keputusan utama dalam keluarga
- (2) Siapa yang akan mengambil keputusan saat pengambil keputusan tidak ada

Langkah 3: Mempersiapkan sistem transportasi bila terjadi kegawatdaruratan

- (a) Dimana ibu akan bersalin
- (b) Bagaimana cara ibu menjangkau pelayanan kesehatan yang memadai apabila terjadi kegawatdaruratan
- (c) Bagaimana cara mencari donor darah potensial

Langkah 4: Membuat pola menabung

Langkah 5: Mempersiapkan keperluan persalinan

- (a) Keperluan ibu: pembalut, kain/jarit, sabun, seprai, baju
- (b) Keperluan bayi: baju, bedong, popok, minyak telon, bedak, topi, sarung tangan dan kaki.

7. Kebutuhan Psikologis Ibu Hamil

Kebutuhan Psikologi Ibu Hamil menurut Kusmiyati (2008:137-141)

a) Dukungan keluarga

Kehamilan melibatkan seluruh anggota keluarga, karena konsepsi merupakan awal, bukan saja bagi janin yang sedang berkembang tetapi juga bagi keluarganya, yakni dengan hadirnya seorang anggota keluarga baru dan terjadinya perubahan hubungan dalam keluarga, maka setiap anggota keluarga harus beradaptasi terhadap kehamilan dan menginterpretasikannya berdasarkan kebutuhan masing-masing.

b) Dukungan tenaga kesehatan

Peran tenaga kesehatan dalam perubahan dan adaptasi psikologi adalah dengan memberi support atau dukungan moral bagi klien, meyakinkan bahwa klien dapat menghadapi kehamilannya dan perubahan yang dirasakannya adalah sesuatu yang normal. Tenaga kesehatan harus bekerja sama dan membangun hubungan yang baik dengan klien agar terjalin hubungan yang terbuka antara petugas kesehatan dengan klien.

c) Rasa aman dan nyaman selama kehamilan

Ada dua kebutuhan utama yang ditunjukkan wanita selama ia hamil, kebutuhan pertama ialah menerima tanda-tanda bahwa ia dicintai dan dihargai. Kebutuhan kedua adalah ia merasa yakin akan penerimaan pasangannya terhadap sang anak dan mengasimilasi bayi tersebut kedalam keluarga.

d) Persiapan menjadi orang tua

Menjadi orang tua merupakan proses yang terdiri dari dua komponen, komponen pertama bersifat praktis atau mekanis, melibatkan ketrampilan kognitif dan motorik, komponen kedua bersifat emosional, melibatkan ketrampilan afektif dan kognitif. Kedua komponen ini penting untuk perkembangan dan keberadaan bayi.

H. Ketidaknyamanan pada ibu hamil TM 3

1. Nyeri punggung

Nyeri punggung disebabkan oleh progesterone dan relaksin (yang melunakkan jaringan ikat) dan postur tubuh yang berubah serta meningkatnya beban berat yang dibawa dalam rahim. Berikan asuhan kepada ibu untuk memperhatikan postur tubuhnya yaitu jangan terlalu membungkuk dan berdiri serta berjalan dengan punggung dan bahu yang tegak, menggunakan sepatu tumit rendah, hindari mengangkat beban yang berat. (Hutari, 2012:65)

2. Sesak Nafas

Sesak nafas disebabkan oleh pembesaran rahim yang menekan dada dapat diatasi dengan senam hamil. (Hutari, 2012:65). Disebabkan oleh peningkatan kadar progesteron berpengaruh secara langsung pada pusat pernafasan untuk menurunkan kadar CO₂ serta kadar O₂, meningkatkan aktifitas metabolik. Cara mengatasinya dengan tidur dengan posisi setengah duduk, makan tidak terlalu banyak, hindari merokok. (Indriyani,2011:87)

3. Konstipasi

Disebabkan karena progesteron dan usus yang terdesak oleh rahim yang membesar, atau bisa juga disebabkan oleh efek terapi zat besi. Cara mengatasinya yaitu makan tinggi serat, buah dan sayuran, ekstra cairan, hindari makanan yang berminyak dan lakukan olah raga.(Hutari,2012:68). Konstipasi dapat disebabkan oleh penurunan motilitas sebagai akibat dari relaksasi otot-

otot halus, peningkatan kadar progesteron yang menyebabkan peristaltik usus menjadi lambat, peningkatan penyerapan air di kolon, kurang olah raga, diet yang salah. Dapat diatasi oleh minum cairan dingin/panas ketika perut kosong, segera BAB bila ada dorongan. (Indriyani,2011:89)

4. Bengkak Kaki

Dikarenakan adanya perubahan hormonal yang menyebabkan retensi cairan. Kurangi asupan makanan yang mengandung garam, hindari duduk dengan bersilang. (Hutari,2012:68)

5. Frekuensi BAK meningkat

Tekanan uterus pada kandung kemih akibat turunnya kepala janin ke dasar panggul yang menekan uterus, cara mengatasinya yaitu dengan mengurangi minum setelah makan malam atau minimal 2jam sebelum tidur, menghindari minum yang mengandung kafein, jangan mengurangi kebutuhan air minum, perbanyak minum disiang hari dan lakukan senam. (Hutari,2012:70)

6. Insomnia

Terjadi tekanan kandung kemih, kekhawatiran gerakan janin yang sering menendang,kram. Yang harus dilakukan adalah minum susu sebelum tidur, mengubah susu ruangan. Sebaiknya tidur miring ke kiri atau ke kanan, dan diberi ganjalan pada kaki, serta mandi dengan air hangat sebelum tidur yang akan menjadikan ibu lebih santai dan mengantuk.(Hutari,2012:71)

7. Kram otot betis

Bisa disebabkan karena kebutuhan kalsium yang kurang atau perubahan sirkulasi darah, tekanan pada syaraf di kaki. Perbanyak makan yang mengandung kalsium, menaikkan kaki ke atas saat tidur, masase dan menarik jari-jari ke atas, kompres hangat dan jangan sembarangan menggunakan obat tanpa seijin dokter. (Hutari,2012:71)

I. Tanda Bahaya Kehamilan

1) Perdarahan Pervagina

Pada TM II dan III bisa terjadi perdarahan pervaginam baik nyeri atau tidak, hal ini berkemungkinan terjadi plasenta previa atau solusio plasenta.

a) Plasenta previa

Keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat abnormal, yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh jalan lahir. Tiga klasifikasi plasenta previa, yaitu sebagai berikut:

- 1) Plasenta previa totalis (sentralis): seluruh ostium ditutupi plasenta.
- 2) Plasenta previa parsialis (lateralis): sebagian ostium ditutupi plasenta.
- 3) Plasenta previa letak rendah (marginalis): tepi plasenta berada 3-4 cm di atas pinggir pembukaan, pada pemeriksaan dalam tidak teraba. (Sulistyawati, 2012:163-172)

b) Solusio Plasenta

Suatu keadaan dimana plasenta yang letaknya normal terlepas sebagian atau seluruhnya sebelum jalan lahir, biasanya dihitung sejak usia kehamilan lebih dari 28 minggu. Solusio plasenta menurut derajat lepasnya plasenta dibagi menjadi:

- 1) Solusio plasenta lateralis/parsialis: bila hanya sebagian dari plasenta yang terlepas dari tempat perlekatannya.
- 2) Solusio plasenta totalis: bila seluruh bagian plasenta sudah terlepas dari perlekatannya.
- 3) Prolapses plasenta: kadang-kadang plasenta ini turun ke bawah dan dapat teraba pada pemeriksaan dalam.

(Sulistyawati, 2012:163-172)

2) Sakit Kepala Hebat

Sakit kepala hebat, menetap, tidak hilang setelah istirahat, dan dapat pula disertai pandangan kabur atau berbayang dapat mengarah pada gejala preeklamsi. . (Astuti, 2012; 154).

3) Pandangan Kabur

Ibu hamil perlu waspada dan dianjurkan melakukan kunjungan antenatal apabila terjadi perubahan visual mendadak seperti pandangan kabur atau berbayang. . (Astuti, 2012; 155).

4) Nyeri Abdomen Hebat

Nyeri abdomen hebat, menetap, dan tidak hilang setelah beristirahat, hal ini menunjukkan kemungkinan ibu ngalami

appendiksitis, abortus, radang panggul, gastritis, infeksi saluran kemih, dll. . (Astuti, 2012; 155).

5) Bengkak pada Muka atau Tangan

Bengkak yang timbul pada muka dan tangan dapat menunjukkan bahwa ibu mengalami masalah serius apabila tidak hilang setelah beristirahat dan disertai keluhan fisik lain. Hal ini merupakan pertanda ibu menderita anemia, gagal jantung, atau preeklamsia.

(Astuti, 2012; 157).

6) Bayi Kurang Gerak Seperti Biasannya

Ibu mulai merasakan gerakan bayinya pada bulan ke-5 atau ke-6. Bayi bergerak minimal 3 kali dalam periode waktu 3 jam. Gerakan bayi akan mudah tersa saat ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik. (Astuti, 2012; 158-159).

7) Keluar cairan pervaginam

Cairan yang keluar dari vagina harus dibedakan apakah yang keluar urin, keputihan atau air ketuban. Cairan pervaginam dalam kehamilan dikatakan normal apabila tidak berupa perdarahan banyak, air ketuban maupun leukhore yang patologis (Kuswanti, 2014:72)

J. Standar Pelayanan Ante Natal Care

Terdapat enam standar dalam pelaksanaan pelayanan antenatal berikut ini:

1. Identifikasi Ibu Hamil

Bidan melakukan kunjungan dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan dan motivasi ibu, suami dan anggota keluarganya untuk memeriksakan kehamilan secara dini dan teratur.

2. Pemeriksaan dan Pemantauan Ante Natal Care

Bidan memberikan sedikitnya 4 kali pelayanan antenatal. Pemeriksaan meliputi anamnesis, dan pemantauan ibu dan janin, bidan juga harus mengenal kehamilan resiko tinggi, imunisasi, nasihat dan penyuluhan, mencatat data yang tepat setiap kunjungan. Bila ditemukan kelainan, harus mampu mengambil tindakan yang diperlukan dan merujuknya untuk tindakan selanjutnya.

3. Palpasi abdominal

Bidan melakukan pemeriksaan abdominal secara seksama dan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan, serta bila umur kehamilan bertambah memeriksa posisi, bagian terendah janin dan masuknya kepala janin ke dalam rongga panggul, untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu.

4. Penyebab anemia pada kehamilan

Bidan melakukan tindakan pencegahan, penemuan, penanganan, atau rujukan semua kasus anemia pada kehamilan sesuai dengan kebutuhan yang berlaku.

5. Pengolahan dini hipertensi pada kehamilan

Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali tanda serta gejala preeklamsilainnya, serta mengambil tindakan tepat dan merujuknya.

6. Persiapan persalinan

Bidan memberikan saran yang tepat pada ibu hamil, suami dan keluarga untuk memastikan persiapan persalinan bersih dan aman, persiapan transportasi serta biaya untuk merujuk. Bila tiba – tiba terjadi keadaan gawat darurat, bidan hendaknya melakukan kunjungan rumah untuk hal ini (Jannah, 2012:54).

K. Standar pelayanan minimal Antenatal

Kebijakan program dalam pelayanan antenatal yaitu kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan. Satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua, serta dua kali pada trimester ketiga.

Dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar terdiri dari:

1) Timbang berat badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin.

2) Ukur lingkaran lengan atas (LiLA).

Pengukuran LiLA hanya dilakukan pada kontak pertama untuk skrining ibu hamil berisiko kurang energi kronis (KEK). Kurang energi kronis disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi telah berlangsung lama (beberapa bulan/tahun) dimana LiLA Kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

3) Ukur tekanan darah.

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah 140/90 mmHg) pada kehamilan dan preeklampsia (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah; dan atau proteinuria)

4) Ukur tinggi fundus uteri

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.

5) Hitung denyut jantung janin (DJJ)

Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120/menit atau DJJ cepat lebih dari 160/menit menunjukkan adanya gawat janin.

6) Tentukan presentasi janin

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika, pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain.

7) Beri imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil di skrining status imunisasi TT-nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil, disesuaikan dengan status imunisasi ibu saat ini.

8) Beri tablet tambah darah (tablet besi),

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan diberikan sejak kontak pertama.

9) Periksa laboratorium (rutin dan khusus)

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal meliputi:

a. Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawat darurat.

b. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb)

Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan.

c. Pemeriksaan protein dalam urin

Pemeriksaan protein dalam urin pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya pre-eklampsia pada ibu hamil.

d. Pemeriksaan kadar gula darah.

Ibu hamil yang dicurigai menderita Diabetes Melitus harus dilakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal sekali pada trimester pertama, sekali pada trimester kedua, dan sekali pada trimester ketiga (terutama pada akhir trimester ketiga).

e. Pemeriksaan darah Malaria

Semua ibu hamil di daerah endemis Malaria dilakukan pemeriksaan darah Malaria dalam rangka skrining pada kontak pertama. Ibu hamil di daerah non endemis Malaria dilakukan pemeriksaan darah Malaria apabila ada indikasi.

f. Pemeriksaan tes Sifilis

Pemeriksaan tes Sifilis dilakukan di daerah dengan risiko tinggi dan ibu hamil yang diduga Sifilis. Pemeriksaan Sifilis sebaiknya dilakukan sedini mungkin pada kehamilan.

g. Pemeriksaan HIV

Pemeriksaan HIV terutama untuk daerah dengan risiko tinggi kasus HIV dan ibu hamil yang dicurigai menderita HIV. Ibu hamil setelah menjalani konseling kemudian diberi kesempatan untuk menetapkan sendiri keputusannya untuk menjalani tes HIV

h. Pemeriksaan BTA

Pemeriksaan BTA dilakukan pada ibu hamil yang dicurigai menderita Tuberkulosis sebagai pencegahan agar infeksi Tuberkulosis tidak mempengaruhi kesehatan janin. Selain pemeriksaan tersebut diatas, apabila diperlukan dapat dilakukan pemeriksaan penunjang lainnya di fasilitas rujukan.

10) Tatalaksana/penanganan Kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

11) KIE Efektif

KIE efektif dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi:

a. Kesehatan ibu

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memeriksakan kehamilannya secara rutin ke tenaga kesehatan dan menganjurkan ibu hamil agar beristirahat yang cukup selama kehamilannya (sekitar 9-10 jam per hari) dan tidak bekerja berat.

b. Perilaku hidup bersih dan sehat

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk menjaga kebersihan badan selama kehamilan misalnya mencuci tangan sebelum makan, mandi 2 kali sehari dengan menggunakan sabun, menggosok gigi setelah sarapan dan sebelum tidur serta melakukan olahraga ringan.

c. Peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan

Setiap ibu hamil perlu mendapatkan dukungan dari keluarga terutama suami dalam kehamilannya. Suami, keluarga atau masyarakat perlu menyiapkan biaya persalinan, kebutuhan bayi, transportasi rujukan dan calon donor darah. Hal ini penting apabila terjadi komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas agar segera dibawa ke fasilitas kesehatan.

d. Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi

Setiap ibu hamil diperkenalkan mengenai tanda-tanda bahayabaik selama kehamilan, persalinan, dan nifas misalnya perdarahan pada hamil muda maupun hamil tua, keluar cairan berbau pada jalan lahir saat nifas, dsb. Mengenal tanda-tanda bahaya ini penting agar ibu hamil segera mencari pertolongan ke tenaga kesehatan

e. Asupan gizi seimbang

Selama hamil, ibu dianjurkan untuk mendapatkan asupan makanan yang cukup dengan pola gizi yang seimbang karenahal ini penting untuk proses tumbuh kembang janin dan derajat kesehatan ibu. Misalnya ibu hamil disarankan minum tablet tambah darah secara rutin untuk mencegah anemia pada kehamilannya.

f. Gejala penyakit menular dan tidak menular.

Setiap ibu hamil harus tahu mengenai gejala-gejala penyakit menular (misalnya penyakit IMS, Tuberkulosis) dan penyakit tidak menular (misalnya hipertensi) karena dapat mempengaruhi pada kesehatan ibu dan janinnya.

g. Penawaran untuk melakukan konseling dan testing HIV didaerah tertentu (risiko tinggi).

Konseling HIV menjadi salah satu komponen standar dari pelayanan kesehatan ibu dan anak. Ibu hamil diberikan

penjelasan tentang risiko penularan HIV dari ibu ke janinnya, dan kesempatan untuk menetapkan sendiri keputusannya untuk menjalani tes HIV atau tidak. Apabila ibu hamil tersebut HIV positif maka dicegah agar tidak terjadi penularan HIV dari ibuke janin, namun sebaliknya apabila ibu hamil tersebut HIV negative maka diberikan bimbingan untuk tetap HIV negatif selama kehamilannya, menyusui dan seterusnya.

h. Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memberikan ASI kepada bayinya segera setelah bayi lahir karena ASI mengandung zat kekebalan tubuh yang penting untuk kesehatan bayi. Pemberian ASI dilanjutkan sampai bayi berusia 6 bulan.

i. KB paska persalinan

Ibu hamil diberikan pengarahan tentang pentingnya ikut KB setelah persalinan untuk menjarangkan kehamilan dan agar ibu punya waktu merawat kesehatan diri sendiri, anak, dan keluarga

j. Imunisasi

Setiap ibu hamil harus mendapatkan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) untuk mencegah bayi mengalami tetanus neonatorum.

k. Peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (Brain booster)

Untuk dapat meningkatkan intelegensia bayi yang akan dilahirkan, ibu hamil dianjurkan untuk memberikan stimulasi auditori dan pemenuhan nutrisi pengungkit otak (brain booster) secara bersamaan pada periode kehamilan. (Kemenkes RI,2010:17)



2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

A. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri yang dapat hidup ke dunia luar ,dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain (Mochtar,2011:69)

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

Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologis yang normal dalam kehidupan. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu, lahir dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Saifuddin, 20011:100).

Berdasarkan proses berlangsungnya persalinan dibedakan sebagai berikut:

1) Persalinan Spontan

Persalinan dikaitkan spontan yang jika persalinan berlangsung dengan kekuatan ibunya sendiri dan melalui jalan lahir.

2) Persalinan buatan

Persalinan buatan yaitu proses persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar misalnya ekstraksi dengan forceps atau dilakukan operasi section caesarea.

3) Persalinan anjuran

Persalinan anjuran yaitu bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan rangsangan misalnya pitocin dan prostaglandin (Sarwono,2012:89).

4) Persalinan berdasarkan umur kehamilan

a) Abortus adalah terhentinya proses kehamilan sebelum janin dapat hidup (viable), berat janin di bawah 1.000 gram atau usia kehamilan di bawah 28 minggu.

b) Partus prematurus adalah persalinan dari hasil konsepsi pada umur kehamilan 28-36 minggu. Janin dapat hidup, tetapi prematur, berat janin antara 1.000-2.500 gram.

c) Partus matures/aterm (cukup bulan) adalah partus pada umur kehamilan 37-40 minggu, janin matur, berat badan di atas 2.500 gram.

d) Partus postmaturus (serotinus) adalah persalinan yang terjadi 2 minggu atau lebih dari waktu partus yang ditaksir, janin disebut postmatur.

e) Partus presipitatus adalah partus yang berlangsung cepat, mungkin di kamar mandi, di atas kendaraan dan sebagainya.

f) Partus percobaan adalah suatu penelitian kemajuan persalinan untuk memperoleh bukti tentang ada atau tidaknya Cephalo Pelvic Disproportion (CPD). (Rohani dkk, 2011:12).

B. Teori-Teori Penyebab Persalinan

Teori penurunan hormon 1-2 minggu sebelum partus mulai mengalami penurunan kadar hormon ekstrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesterone turun.

1) Teori plasenta menjadi tua

Menyebabkan turunnya kadar ekstrogen dan progesteron yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim.

2) Teori distensi rahim

Rahim yang menjadi besar dan merenggang menyebabkan iskemia otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenter.

3) Teori iritasi mekanik

Di belakang serviks terletak ganglion sevikale (*fleksus frankenhauser*). Bila ganglion ini digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin, akan timbul kontraksi uterus.

4) Teori oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior. Perubahan keseimbangan ekstrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*. Menurunnya kontraksi progesterone karena matangnya usia kehamilan oksitosin meningkatkan aktifitasnya dalam merangsang otot rahim untuk berkontraksi, dan persalinan dimulai.

5) Teori Hipotalamus-Pituitari dan Glandula Suprarenalis

Glandula suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan, teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan bayi anensefalus (tulang tengkorak dan tulang otak tidak terbentuk) sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuknya hipotalamus.

6) Teori prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan desidua disangka sebagai salah satu sebab permulaan persalinan (Ari, 2010: 5).

C. Tanda-tanda inpartu

Menurut (Purwaningsih, 2010:180), tanda-tanda inpartu, antara lain:

- a. Rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur.
- b. Keluar lendir bercampur darah (show) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks.
- c. Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya.

d. Pemeriksaan dalam : servik mendatar dan pembukaan telah ada.

D. Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan menurut Walyani (2014:78), antara lain:

a. Power

Power (tenaga) meliputi kekuatan dan reflex meneran.

b. Passage

Jalan lahir yang paling penting dalam menentukan proses persalinan adalah pelvis.

c. Pasanger

Merupakan janin dan plasenta, terdiri dari janin dengan ukuran dan moulage, sikap fetus, letak janin, presentasi fetus dan posisi fetus. Bidang panggul adalah bidang datar imajiner yang melintang terhadap panggul pada tempat yang berbeda. Bidang ini digunakan untuk menjelaskan proses persalinan. bidang

Hodge:

- (1) Hodge I : Dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simfisis dan promontorium;
- (2) Hodge II : Sejajar dengan Hodge I setinggi pinggir bawah simfisis;
- (3) Hodge III: Sejajar dengan Hodge I dan II setinggi spina ischiadika kanan dan kiri, dan
- (4) Hodge IV : Sejajar Hodge I, II, dan III setinggi os coccygis.

d. Posisi

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

e. Penolong persalinan

Kehadiran penolong yang berkesinambungan (bila di inginkan ibu) dengan memelihara kontak mata seperlunya, bantuan member rasa nyaman, sentuhan pijatan dan dorongan verbal, pujian serta penjelasan mengenai apa yang terjadi dan beri berbagai informasi.

f. Pendamping persalinan

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

g. Psikologi ibu

Melibatkan psikologi ibu, emosi dan persiapan intelektual, pengalaman bayi sebelumnya, kebiasaan adat, dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu.

(Sari, 2014:47)

E. Proses Persalinan

1. Tahapan persalinan

1. Kala 1

Disebut juga dengan kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak terlalu kuat sehingga parturien masih dapat berjalan-jalan. Proses pembukaan serviks sebagai akibat his dibagi menjadi 2 fase, yaitu:

1) Fase laten

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

2) Fase aktif, dibagi dalam 3 fase yaitu fase akselerasi dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm tadi menjadi 4 cm, fase dilatasi maksimal dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm, fase deselerasi pembukaan menjadi lambat sekali dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap.

3) Fase-fase tersebut dijumpai pada primigravida. Pada multigravida pun terjadi demikian, tetapi fase laten, fase aktif dan fase deselerasi terjadi lebih pendek. Pada primigravida kala 1 berlangsung kira-kira 12

jam, sedangkan pada multigravida berlangsung kira-kira 7 jam (Rohani dkk, 2011:23).

Table 2.5
Diagnosis kala dan fase persalinan

Gejala dan tanda	Kala	Fase
Serviks belum berdilatasi	Persalinan palsu/belum inpartu	
Serviks berdilatasi kurang dari 4 cm	I	Laten
Serviks berdilatasi 4-9 cm a.kecepatan pembukaan 1cm atau lebih per jam b.penurunan kepala dimulai	I	Aktif
Serviks membuka lengkap (10cm) a.penurunan kepala berlanjut b.belum ada keinginan untuk meneran	II	Awal (nonekspulsif)
Serviks membuka lengkap (10cm) a.bagian terbawah telah mencapai dasar panggul b.ibu meneran	II	Akhir (ekspulsif)

Sumber: (Abdul bari,2010:102)

2. Kala II

Pada kala II, kontraksi uterus menjadi lebih kuat dan cepat yaitu setiap 2 menit sekali dengan durasi >40 detik, dan intensitas semakin lama semakin kuat. Kepala janin biasanya pada tahap ini sudah masuk dalam ruang panggul, maka pada HIS dirasakan adanya tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara refleks menimbulkan rasa ingin meneran (Sulistyawati, 2010:7).

Pada umumnya, kala dua yang lebih lama dari 2 jam untuk primigravida atau 1 jam untuk multipara dianggap normal. Namun, telah ada pernyataan bahwa batas 2 jam tidak mengindikasikan perlunya pelahiran bayi dengan forcep atau vakum ekstraktor sepanjang terdapat

penurunan dan tidak ada gawat janin (Varney et al, 2008:751).

Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks telah lengkap (10 cm) amati tanda gejala kala II (Pelatihan Asuhan Persalinan Normal, 2015)

1) Mengenali tanda gejala dan gejala kala II

R/ Dengan melihat tanda dan gejala kala II yang benar dapat menentukan tindakan selanjutnya dengan tepat.

Mendengar dan melihat tanda persalinan kala II

- (a) Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran
- (b) Ibu merasa adanya tekanan pada anus
- (c) Perineum menonjol
- (d) Vulva dan sfingter ani membuka

2) Menyiapkan pertolongan persalinan

R/ Persiapan alat, fisik dan mental akan membantu koefisien kerja, waktu, dan meminimalisir human eror, sehingga memperlancar proses pertolongan persalinan.

- (a) Pastikan peralatan lengkap, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk persiapan jika bayi mengalami

asfiksia, siapkan tempat datar dan keras, 2 kain, handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.

3) Menggelar kain diatas perut pasien dan tempat resusitasi serta ganjal bahu bayi.

4) Menyiapkan oksitosin 10 unit dan spuit sekali pakai didalam set partus

R/ Perlengkapan dan bahan-bahan tersedia dan berfungsi dengan baik termasuk perlengkapan untuk menolong persalinan, menjahit laserasi atau luka episiotomi dan resusitasi bayi baru lahir.

5) Pakai celemek plastik.

R/ Pelindung diri merupakan penghalang atau barrier antara penolong dengan bahan-bahan yang berpotensi untuk menularkan penyakit.

6) 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.

R/ Mencegah mikroorganisme berpindah dari satu individu ke individu lainnya (ibu, bayi baru lahir dan para penolong persalinan).

- 7) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.

R/ Melindungi petugas dari percikan yang dapat mengkontaminasi dan menyebarkan penyakit.

- 8) Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang menggunakan sarung tangan DTT dan steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).

R/ Memudahkan saat menolong persalinan.

- 9) Bersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.

R/ Upaya pencegahan infeksi.

- (a) Jika introitus vagina, perineum atau anus (terkontaminasi) tinja, bersihkan dengan seksama dari depan ke belakang.

- (b) Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.

- (c) Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5% → langkah 9).

10) Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, lakukan amniotomi.

R/ Tanda pasti pembukaan lengkap adalah pembukaan serviks yang lengkap atau terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina.

11) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%. Kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.

R/ Upaya pencegahan infeksi.

12) Periksa DJJ setelah kontraksi/saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160) x/menit.

R/ Memantau keadaan janin.

(a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.

(b) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian.

13) Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan

posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.

R/ Hasil persalinan yang baik ternyata erat hubungannya dengan dukungan dari keluarga yang mendampingi ibu selama proses persalinan.

(a) Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.

(b) Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.

14) 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 diingimkan dan pastikan ibu merasa nyaman).

R/ Hasil persalinan yang baik ternyata erat hubungannya dengan dukungan dari keluarga yang mendampingi ibu selama proses persalinan.

15) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.

R/ Meneran secara berlebihan menyebabkan ibu sulit untuk bernapas sehingga terjadi kelelahan yang tidak perlu dan meningkatkan resiko asfiksia pada bayi sebagai akibat turunnya pasokan oksigen melalui plasenta.

- (a) Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.
- (b) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.
- (c) Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring telentang dalam waktu yang lama).
- (d) Anjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi.
- (e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.
- (f) Beri cukup asupan cairan per oral (minum).
- (g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.
- (h) Segera rujuk bila bayi belum atau tidak segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (multigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (primigravida).

16) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum

merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.

R/ Ibu dapat mengubah-ubah posisi secara teratur selama kala dua karena hal ini dapat membantu kemajuan persalinan, mencari posisi meneran yang paling efektif dan menjaga sirkulasi utero-plasenter tetap baik.

17) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.

R/ Handuk bersih digunakan untuk mengeringkan bayi.

18) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.

R/ Untuk mengeringkan bayi saat lahir.

19) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali perlengkapan alat dan bahan.

R/ Untuk memastikan kelengkapan alat sehingga memudahkan penolong dalam membantu proses persalinan

20) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

R/ Upaya pencegahan infeksi.

21) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka lindungi perineum dengan

satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal.

R/ Mencegah ruptur perineum

- 22) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera proses kelahiran bayi.

R/ Tali pusat terkemuka (diketahui saat ketuban masih utuh) dan tali pusat menumbung (ketuban sudah pecah sama bahayanya dan mengancam kehidupan janin). Keadaan ini memerlukan penanganan segera.

(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.

- 23) Tunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar, pegang secara spontan.

R/ Tidak adanya putaran paksi luar dapat mengindikasikan adanya distosia bahu.

24) 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.

R/ Tarikan yang berlebihan pada kepala dapat mengakibatkan trauma pada pleksus brakhialis.

25) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan kebawah kearah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

26) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya.

R/ Tangan bawah (posterior) digunakan untuk menyangga/ menopang samping lateral tubuh bayi saat lahir. Tangan atas (anterior) untuk menelusuri dan memegang bahu, siku, dan lengan bagian anterior.

27) Lakukan penilaian (selintas).

R/ Jika bayi tidak menangis, tidak bernapas atau mega-megap, lakukan langkah resusitasi (lanjut ke langkah resusitasi pada asfiksia bayi baru lahir).

(a) Apakah bayi menangis kuat dan atau bernapas tanpa kesulitan?

(b) Apakah bayi bergerak dengan aktif?

28) Keringkan tubuh bayi.

Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan tubuh bagian lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Biarkan bayi diatas perut ibu.

R/ Menghindari terjadinya hipotermi pada bayi.

29) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).

R/ Memastikan tidak ada janin yang kedua (kehamilan gemelli).

30) Beri tahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.

R/ Wujud asuhan sayang ibu.

31) 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).

R/ Oksitosin merangsang fundus uteri untuk berkontraksi dengan kuat dan efektif sehingga dapat membantu pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah. Aspirasi sebelum penyuntikan akan mencegah penyuntikan oksitosin ke pembuluh darah.

32) 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.

R/ Penjepitan tali pusat sedini mungkin akan mempercepat proses perubahan sirkulasi darah pada bayi.

33) Pemoongan dan pengikatan tali pusat.

R/Penjepitan tali pusat sedini mungkin akan mempercepat proses perubahan sirkulasi darah pada bayi baru lahir.

(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.

34) 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.

R/ Wujud asuhan sayang ibu dan upaya untuk meningkatkan *bonding attachment* antara bayi dan ibu.

(a) Selimuti ibu-bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi dikepala bayi.

(b) Biarkan bayi melakukan kontak kulit kekulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.

(c) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusu dini dalam waktu 30-60 menit.

Menyusu untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara.

- (d) Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui.

3. Kala III

Persalinan kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban.

1) Fisiologi persalinan kala III

Pada kala III persalinan, miometrium berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi: penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan plasenta menjadi semakin kecil sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau kedalam vagina (Wiknjosastro, 2008:99-100).

Tanda-tanda lepasnya plasenta menurut Wiknjosastro (2008:100), tanda-tanda lepasnya plasenta mencakup 3 hal dibawah ini:

(a) Perubahan bentuk dan tinggi fundus uteri

Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus biasanya dibawah

pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong kebawah, uterus berbentuk segitiga atau seperti buah pear atau alpukat dan fundus berada diatas pusat (seringkali mengarah ke sisi kanan).

(b) Tali pusat memanjang

Tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva (Tanda *Ahfeld*)

(c) Semburan darah mendadak dan singkat

Darah yang terkumpul dibelakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dibantu oleh gaya gravitasi.

2) Manajemen aktif kala III:

35 Pindahkan klem pada tali pusat hingga jarak 5-10 cm dari vulva.

R/ Memegang tali pusat lebih dekat ke vulva akan mencegah avulasi

36. Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas simfisis, untuk mendeteksi, tangan lain menegangkan tali pusat.

R/ Tangan bidan berada diatas perut pasien untuk mengetahui adanya kontraksi

37. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain

mendorong uterus ke arah 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.

R/Masase uterus untuk merangsang kontraksi uterus. Mengeluarkan plasenta.

38. 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).

R/ Melakukan PTT akan memungkinkan bidan dapat melahirkan plasenta secara aman segera setelah plasenta terjadi. Segera melepaskan plasenta yang telah terpisah dari dinding uterus akan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu

- (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.

39. 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.

R/ Teknik ini dilakukan untuk mencegah robekan kulit ketuban

40. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massage uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan massage dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus terasa keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik.

R/ Mencegah perdarahan yang berlebihan, dan merupakan diagnosis cepat dari atonia uteri

41. Periksa kedua sisi plasenta dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus.

R/ Sisa selaput ketuban atau bagian plasenta yang tertinggal di dalam uterus akan menyebabkan perdarahan dan infeksi

42. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

R/Pemeriksaan sedini mungkin akan mempercepat penanganan sehingga tidak terjadi perdarahan berlebihan.

Cara pelepasan plasenta:

1) Metode ekspulsi Scultze

Pelepasan plasenta yang dimulai dari sentral/bagian tengah sehingga terjadi bekuan retroplasenta. Tanda pelepasan dari tengah ini mengakibatkan perdarahan tidak terjadi sebelum plasenta lahir. Perdarahan terjadi setelah plasenta lahir (Widyatun, 2012:41).

2) Metode ekspulsi Maththew-Duncan

Ditandai oleh adanya perdarahan dari vagina apabila plasenta mulai terlepas. Umumnya perdarahan tidak melebihi 400 ml. Bila lebih hal ini patologik. Lebih besar kemungkinan pada implantasi lateral. Apabila plasenta lahir, umumnya otot-otot uterus segera berkontraksi, pembuluh-pembuluh darah akan terjepit dan perdarahan segera berhenti. Pada keadaan normal akan lahir spontan dalam waktu lebih kurang 6 menit setelah anak lahir lengkap (Kaban, 2010:61)

Beberapa prasad untuk mengetahui apakah plasenta sudah terlepas atau belum:

(a) Prasad Kuthner

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat. Tangan kiri menekan daerah diatas simfisis. Bila tali pusat ini masuk

kedalam vagina, itu tandanya plasenta belum lepas dari dinding uterus. Prasat ini hendaknya dilakukan secara hati-hati. Apabila hanya sebagian plasenta terlepas, perdarahan banyak akan dapat terjadi (Damayanti, 2014:39).

(b) Prasat Strassman

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat. Tangan kiri mengetok-ngetok fundus uteri. Bila terasa getaran pada tali pusat yang diregangkan ini berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus (Paula, 2013:124).

(c) Prasat Klein

Wanita tersebut disuruh mengejan. Tali pusat tampak turun kebawah. Bila pengejanannya dihentikan dan tali pusat masuk kembali kedalam vagina, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus (Trianto, 2016:65).

4. Kala IV

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

- 1) Tingkat kesadaran pasien.
- 2) Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, suhu, nadi, dan pernafasan.
- 3) Kontraksi uterus.
- 4) Perdarahan.

Perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc (Sulistyawati, 2010:9).

Penanganan pada kala IV :

43. Memeriksa fundus setiap 15 menit sekali pada jam pertama dan 30 menit pada jam kedua. Jika kontraksi tidak kuat, massase terus sampai menjadi keras.

R/Memastikan kontraksi baik dan tidak terjadi perdarahan.

44. Memeriksa tekanan darah, nadi, kandung kemih dan perdarahan setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua.

R/Untuk mengetahui/memantau keadaan ibu setelah persalinan

45. Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi

R/Asuhan sayang ibu

47. Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/menit)

R/ memantau keadaan bayi agar mengetahui sesuatu keadaan gawat darurat pada bayi

48. Menganjurkan ibu untuk minum

R/ untuk mencegah dehidrasi.

49. Membersihkan perineum ibu dan mengenakan pakaian ibu yang bersih dan dan kering.

R/ Agar terhindar dari infeksi

50. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%

R/ Agar tempat bersalin terhindar dari infeksi

51. Celupkan sarung tangan dengan sabun dan air klorin 0,5% balikan bagian dalam keluar dan rendam ke larutan klorin 0,5%. Selama 10 menit

R/Dekontaminasi tingkat tinggi untuk mencegah terjadinya infeksi.

52. Membiarkan ibu istirahat dan biarkan bayi pada dada ibu untuk meningkatkan hubungan ibu dan bayi dan inisiasi menyusui dini

R/asuhan sayang ibu dan bayi

53. Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi

R/ untuk mengetahui adanya kelainan fisik pada bayi baru lahir

54. Dalam satu jam pertama beri salep mata profilaksis infeksi, vitamin K 1 mg IM di paha kiri bawah lateral.

R/Asuhan bayi baru lahir

55. Setelah 1 jam pemberian vitamin K berikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan bawah lateral

R/ Asuhan bayi baru lahir

56. Memastikan ibu sudah BAK dalam 3 jam setelah melahirkan.

R/Agar kandung kemih ibu tidak penuh

57. Mengajari ibu atau anggota keluarga tentang bagaimana memeriksa fundus dan menimbulkan kontraksi serta tanda-tanda bahaya bagi ibu dan bayi

R/Agar kontraksi uterus tetap baik, dan agar keluarga mengetahui tanda bahaya ibu dan bayi

58. Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendan didalam larutan klorin 0,5%

R/Agar terhindar dari infeksi

59. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk bersih dan kering

R/Agar terhindar dari infeksi

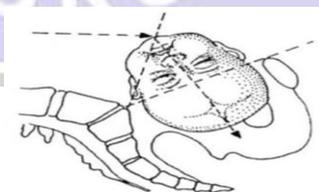
60. Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang),
periksa tana vital dan asuhan kala IV persalinan
(Saifuddin, 2008:121).

F. Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan normal terbagi dalam beberapa tahap gerakan kepala janin didasar panggul yang diikuti dengan lahirnya seluruh anggota badan bayi.

1. Penguncian (engagement)

Tahap penurunan pada waktu diameter biparetal dari kepala janin telah melalui lubang masuk panggul pasien. Pada tahap engagement (kepala terfiksasi pada PAP), terjadi peristiwa sinklitismus(Wiknjosastro,2009:33). Menambahkan sinklitimus yaitu bila arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang pintu atau panggul. Varney (2007) menjelaskan engagement terjadi untuk posisi LOT dan ROT dengan sutura sagitalis janin dengan diameter transversum pada pintu atas panggul dan diameter biparietal janin dalam diameter anteroposterior pada pintu atas panggul.



Gambar 2.4
Sinklitismus

Sumber : (Wiknjosastro, dkk:2009)

2. Penurunan kepala

Terjadi selama proses persalinan karena daya dorong dari kontraksi uterus yang efektif, posisi, serta kekuatan meneran dari pasien. Pada tahap descent (penurunan kepala) terjadi peristiwa asinklitismus posterior (Litzman) pada simpisis di mana apabila keadaan sebaiknya dari asinklitismus anterior.

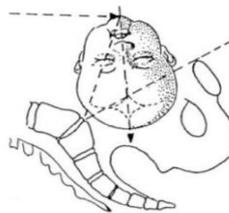
Pada tahap ini terjadi peristiwa asinklitismus anterior (Neagele) pada promotorium, di mana apabila arah sumbu kepala membuat sudut lancip ke depan dengan pintu atas panggul. Menurut Oxorn (2010). (Wiknjosastro,2009:31).



Gambar 2.5
Asinklitismus Anterior
Sumber : (Wiknjosastro, dkk:2009)

3. Fleksi

Dalam proses masuknya kepala janin ke dalam panggul, fleksi menjadi hal yang sangat penting karena dengan fleksi diameter kepala janin terkecil dapat bergerak melalui panggul dan terus menuju dasar panggul. (Wiknjosastro,2009:34)



Gambar 2.6
Asinklitismus Posterior
Sumber : (Wiknjosastro, dkk:2009)

4. Putaran paksi dalam

Yang dimaksud putaran paksi dalam ialah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah symphysis. Putaran paksi dalam mutlak perlu untuk kelahiran kepala karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul. Putaran paksi dalam terjadi bersamaan dengan turunnya kepala dan tidak terjadi sebelum sampai Hodge III.

Penyebab putaran paksi dalam:

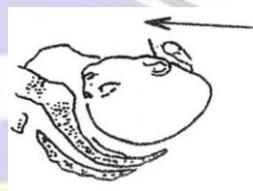
- a) Pada letak fleksi, bagian belakang kepala merupakan bagian terendah dari kepala.
- b) Bagian terendah dari kepala ini mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas diaman terdapat hiatus genitilis, m. levator ani kiri dan kanan.
- c) Ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameter anteroposterior.

(Marmi,dkk 2011:188)

5. Lahirnya kepala dengan cara ekstensi

Cara kelahiran ini untuk kepala dengan posisi oksiput posterior. Proses ini terjadi karena gaya tahanan dari dasar panggul, dimana gaya tersebut membentuk lengkungan carus, yang mengarahkan kepala keatas menuju lorong vulva.

Bagian leher belakang dibawah oksiput akan bergeser kebawah simfisis pubis dan bekerja sebagai titik poros (hipomoklion). Uterus yang berkontraksi kemudian memberikan tekanan tambahan dikepala yang menyebabkannya ekstensi lebih lanjut saat lubang vulva – vagina membuka lebar (Sulistyawati, 2010:10).



Gambar 2.7
Kepala Janin Ekstensi
Sumber : (Manuaba, dkk:2010)

6. Putaran paksi luar

Setelah kepala lahir maka kepala akan memutar kembali ke arah punggung untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Selanjutnya putaran dilanjutkan hingga belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadicum sepihak (disisi kiri). Gerakan yang terakhir ini adalah putaran paksi luar yang disebabkan karena ukuran bahu menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu bawah panggul (Marmi, dkk 2011:189).

7. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar bahu depan sampai di bawah symphysis dan menjadi hypomochlion untuk melahirkan bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya

seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir
(Marmi,dkk 2011:189).



Gambar 2.8
Rotasi Eksterna
Sumber : (Manuaba, dkk:2010)

G. Perubahan fisiologis pada persalinan

a) Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolis rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu diantara kontraksi, tekanan darah kembali meningkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi ibu dari terlentang ke posisi miring dapat merubah tekanan darah. Rasa nyeri, takut dan kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah semakin tinggi.

b) Detak jantung

Berhubungan dengan peningkatan metabolisme, detak jantung akan meningkat secara dramatis selama kontraksi.

c) Jantung

Pada setiap kontraksi 400 ml darah dikeluarkan dari uterus dan masuk kedalam sistem vascular ibu. Hal ini menyebabkan peningkatan curah jantung sebesar 10-15%.

d) Perubahan hematologi

Hemoglobin meningkat rata-rata 1,2 mg/100 mL selama proses persalinan dan kembali ke kadar sebelum pada hari pertama pascapartum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal. Koagulasi darah akan berkurang kemungkinan disebabkan karena peningkatan kontraksi uterus dan otot-otot tubuh.

e) Perubahan pada saluran pencernaan

Motilitasi lambung dan penyerapan makanan padat secara substansional akan berkurang selama persalinan, maka seluruh cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Rasa mual dan muntah biasa terjadi sampai berakhirnya kala I persalinan.

f) Suhu Tubuh

Suhu tubuh sedikit meningkat karena adanya peningkatan metabolisme selama persalinan, peningkatan suhu normalnya yaitu peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5-1°C.

g) Sistem Pernapasan

Oleh karena terjadi peningkatan metabolisme, maka terjadi sedikit peningkatan laju pernapasan yang dianggap normal, hiperventilasi yang lama dianggap tidak normal dan bisa menyebabkan alkalosis.

h) Sistem perkemihan

Pada saat persalinan wanita mengalami kesulitan untuk berkemih sevara spontan disebabkan karena edema jaringan akibat tekanan bagian presentasi, rasa tidak nyaman serta rasa malu.

i) Perubahan endokrin

Sistem endokrin akan diaktifkan selama persalinan dimana terjadi penurunan kadar progesterone dan peningkatan kadar ekstrogen, prostaglandin dan oksitosin.

j) Perubahan integument

Adaptasi sistem integument khususnya distensibilitas yang besar pada introitus vagina yang terbuka. Derajat distensibilitas bervariasi pada ibu yang melahirkan. Walaupun tanpa laserasi, robekan kecil pada sekitar introitus vagina mungkin terjadi.

k) Perubahan Muskulokeletal

Perubahan metabolisme dapat mengubah keseimbangan asam basa, cairan tubuh, dan darah sehingga menambah terjadinya kram pada kaki. Sistem muskuloskeletal mengalami stress selama persalinan (Rohani.2011:60-69).

H. Posisi Persalinanan

Mengubah-ubah posisi secara tertur selama kala II dapat membantu kemajuan persalina (JNPK-KR, 2008:80-83) antara lain:

a. Posisi duduk atau setengah duduk

Posisi ini dapat memberikan rasa nyaman bagi ibu dan memberi kemudahan bagi ibu untuk beristirahat diantara kontraksi. Keuntungan dari kedua posisi ini adalah gaya grafitasi untuk membantu ibu melahirkan bayinya.

b. Jongkok atau berdiri

Dapat membantu mempercepat kemajuan kala II persalinan dan mengurangi rasa nyeri.

c. Posisi merangkak

Posisi merangkak sering kali membantu ibu mengurangi rasa nyeri punggung saat persalinan. Posisi berbaring miring kiri memudahkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi jika mengalami kelelahan dan juga dapat mengurangi resiko laserasi perineum.

d. Posisi terlentang

Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya (janin, cairan ketuban, plasenta, dan lain-lain) menekan vena cava inferior ibu. Hal ini akan mengurangi pasokan oksigen melalui sirkulasi *uteroplacental* sehingga akan menyebabkan hipoksia pada janin. Berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif.

I. Perubahan Psikologis

Kecemasan, kelelahan, kehabisan tenaga , dan kekawatiran ibu, seluruhnya menyatu sehingga dapat memperberat nyeri fisik yang sudah ada. Kecemasan ibu meningkat semakin berat, sehingga terjadinya siklus nyeri-stres-nyeri dan seterusnya sehingga akhirnya ibu yang bersalin tidak mampu lagi bertahan. Kejadian seperti ini menyebabkan makin lamanya proses persalinan sehingga janin dapat mengalami kegawatan (*fetalditress*) (Yanti,2010:34-37).

Pada kala II sering disebut *prolonged second stage* / pembukaan lengkap ibu ingin mendedan tapi tidak ada kemajuan penurunan (Yanti, 2010:64).

J. Komplikasi Masa Persalinan

1. Perdarahan Post Partum Primer

Perdarahan pasca persalinaan adalah kehilangan darah lebih dari 500 ml melalui jalan lahir yang terjadi selama atau setelah persalinan kala III. Perdarahan pasca persalinan primer terjadi dalam 24 jam pertama. Ada beberapa kemungkinan penyebab yaitu:

- a) Atonia uteri
- b) Perlukaan jalan lahir
- c) Retensio plasenta
- d) Tertinggalnya sebgian plasenta di dalam uterus
- e) Kelainan proses pembekuan darah akibat hipofibrinogenemia
- f) Penatalaksanaan kala III yang salah

(Sulistyawati, 2010:157)

2. Atonia Uteri

Atonia uteri merupakan penyebab terbanyak perdarahan post partum dini (50%), dan merupakan alasan paling sering untuk melakukan histerektomi post partum. Kontraksi uterus merupakan mekanisme utama untuk mengontrol perdarahan setelah melahirkan. Atonia terjadi karena kegagalan mekanisme ini. Atonia uteri adalah keadaan lemahnya tonus/ kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir. Atonia uteri dapat terjadi pada ibu hamil dan melahirkan dengan faktor predisposisi (penunjang), seperti:

- a) Regangan rahim berlebihan, seperti: gemeli makrosomia, polihidramnion atau paritas tinggi.
- b) Umur yang terlalu muda atau terlalu tua.
- c) Multipara dengan jarak kelahiran yang pendek.
- d) Partus lama/partus terlantar
- e) Malnutrisi
- f) Penanganan yang salah dalam usaha melahirkan plasenta, misalnya: plasenta belum terlepas dari dinding uterus.
- g) Adanya mioma uteri yang mengganggu kontraksi rahim.

(Sulistyawati, 2010:157)

3. Retensio Plasenta

Retensio plasenta adalah lepas plasenta tidak bersamaan sehingga masih melekat pada tempat implantasi, menyebabkan retraksi dan kontraksi otot uterus sehingga sebagian pembuluh darah tetap terbuka serta menimbulkan perdarahan.

- a) Plasenta adhesiva: plasenta yang melekat pada desidua endometrium lebih dalam.
- b) Plasenta akreta: vili korialis tumbuh menembus miometrium sampai ke serosa.
- c) Plasenta inkreta: vili korialis tumbuh lebih dalam dan menembus desidua endometrium sampai ke miometrium.
- d) Plasenta perkreta: vili korialis tumbuh menembus serosa atau peritoneum dinding rahim.
- e) Plasenta inkarserata: tertahannya plasenta di dalam kavum uteri disebabkan oleh konstiksi ostium uteri.

(Sulistyawati, 2010:158)

4. Emboli Air Ketuban

Emboli air ketuban adalah masuknya air ketuban beserta komponennya kedalam sirkulasi darah ibu. Yang dimaksud komponen disini adalah unsur-unsur yang terdapat di air ketuban seperti lapisan kulit janin yang terlepas, rambut janin, lapisan lemak janin dan cairan kental. Penyebabnya belum diketahui secara pasti. Yang merupakan factor risiko:

- a) Multipara
- b) Solusio plasenta
- c) IUFD
- d) Partus presipitatus
- e) Suction curettage
- f) Terminasi kehamilan

(Sulistyawati, 2010:158)

5. Robekan Jalan Lahir

Klasifikasi robekan jalan lahir adalah sebagai berikut:

a) Robekan Perineum

Robekan Perineum adalah robekan yang terjadi pada saat bayi lahir baik secara spontan maupun dengan alat atau tindakan. Robekan perineum umumnya terjadi pada garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat. Penyebabnya adalah:

- 1) Kepala janin terlalu cepat lahir
- 2) Persalinan tidak dipimpin sebagaimana mestinya
- 3) Adanya jaringan parut pada perineum
- 4) Adanya distosia bahu

Klasifikasi:

- 1) Derajat satu: robekan ini terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum.

- 2) Derajat dua: robekan ini terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum dan otot-otot perineum.
- 3) Derajat tiga: robekan ini terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum dan otot-otot perineum dan sfingter ani eksterna
- 4) Derajat empat: robekan dapat terjadi pada seluruh perineum dan sfingter ani yang meluas sampai ke mukosa.

(Sulistyawati, 2010:159)

b) Robekan Serviks

Persalinan selalu mengakibatkan robekan serviks, sehingga serviks seorang multipara berbeda dari yang belum melahirkan pervaginam. Robekan serviks yang luas menimbulkan perdarahan dan dapat menjalar ke segmen bawah uterus. Apabila terjadi perdarahan yang tidak berhenti meskipun plasenta sudah lahir lengkap dan uterus sudah berkontraksi baik perlu diperkirakan perlukaan jalan lahir, khususnya robekan serviks uteri (Sulistyawati, 2010:159).

c) Robekan Dinding Vagina

Perlukaan vagina yang tidak berhubungan dengan luka perineum tidak sering dijumpai. Robekan terjadi pada dinding lateral dan baru terlihat pada pemeriksaan speculum (Sulistyawati, 2010:159).

6. Inversio Uteri

Inversion uteri adalah keadaan dimana fundus uteri terbalik sebagian atau seluruhnya ke dalam kavum uteri. Uterus dikatakan mengalami inversion jika bagian dalam menjadi diluar saat melahirkan plasenta. Penyebabnya adalah:

- a) Grande multipara
- b) Atonia uteri
- c) Kelemahan alat kandungan
- d) Tekanan intraabdominal yang tinggi (batuk dan mengejan)
- e) Cara crade yang berlebihan
- f) Tarikan tali pusat
- g) Manual plasenta yang terlalu dipaksakan
- h) Retensio plasenta

(Sulistyawati, 2010:159)

K. Kebutuhan Ibu Bersalin

Menurut Rohani 2011 ada lima kebutuhan wanita bersalin yaitu sebagai berikut:

1. Asuhan tubuh dan fisik

Asuhan yang dapat diberikan adalah:

- b) menjaga kebersihan diri dengan cara menganjurkan ibu membasuh sekitar kemaluannya sesudah BAK/BAB dan menjaganya tetep bersih dan kering.
- c) berendam, berendam dapat menjadi tindakan pendukung dan kenyamanan yang paling menenangkan.

d) ibu yang ada seang dalam proses persalinan biasanya nafasnya berbau, bibir kering dan pecah-pecah, tenggorokan kering terutama jika dalam persalinaan selama beberapa jam tanpa cairan oral dan tanpa perawatan mulut. Perawatan yang dapat diberikan pada ibu adalah menggosok gigi, mencuci mulut, pemberian gliserin, pemberian permen untuk melembabkan mulut dan tenggorokan, pengisapan yang dapat mengeluarkan kringat.

2. Kehadiran seorang pendamping

Fungsi hadirnya seorang pendamping pada saat persalinan adalah mengurangi rasa sakit, membuat waktu persalinan lebih singkat, dan menurunkan kemungkinan persalinan dengan operasi.

Kebanyakan ibu bersalin sulit untuk mengemukakan pernyataan secara langsung pada penolong persalinan pada saat bersalin. Kehadiran seorang pendamping memungkinkan penolong ibu bersalin untuk memiliki percaya diri lebih besar untuk bertanya secara langsung atau melalui pendamping tersebut.

3. Pengurangan rasa nyeri

Nyeri dalam persalinan dapat dikendalikan dengan 2 metode yaitu metode farmakologis dan nonfarmakologis.

Metode pengendalian nyeri yaitu persalinan secara farmakologis yaitu dengan menggunakan obat sedative (misalnya golongan barbiturate) dan apioid (misalnya morfin).

Metode pengendalian nyeri persalinan secara nonfarmakologis bisa dilakukan dengan jalan kompres panas, kompres dingin, hidotrapi, peremasan pada kedua pinggul, penekan lutut, gerak-gerakan tubuh secara berirama, pengaturan posisi, relaksasi, dan latihan pernapasan, usahapan dipunggung atau abdomen.

4. Penerimaan terhadap sikap dan perilakunya

Asuhan yang harus diberikan adalah pemberian dukungan mental dan penjelasan kepala ibu bahwa rasa sakit yang ia alami serta persalinan merupakan suatu proses yang harus dialami dengan diharapkan ibu tenang dalam menghadapi persalinan,

5. Informasi dan kepastian tentang hasil persalina yang aman

Setiap ibu ingin mengatehui apa yang terjadi pada tubuhnya. Dalam menghadapi hal itu kita bisa memberikan penjelasan kepada ibu tentang proses dan perkembangan persalinan, menjelaskan semua hasil pemriksaan, melakukan usaha untuk pengurangan rasa takut akan menurunkan nyeri akibat tegangan dari rasa skait serta menjelaskan tentang prosedur dan adanya pembatasan (Rohani, 2011).

L. Partograf

Partograf dipakai untuk memantau kemajuan persalinan dan membantu petugas kesehatan dalam menentukan keputusan dalam penatalaksanaan. Penerapan partograf ditunjukkan pada kehamilan normal yang direncanakan untuk persalinan pervaginam. Dengan memperhatikan garis waspada dan garis bertindak sebagai titik tolak evaluasi pertolongan persalinan (Manuaba,2010:157).

Untuk menggunakan partograf dengan benar, petugas harus mencatat kondisi ibu dan janin sebagai berikut:

a. Denyut jantung janin

Batas normalnya antara 120-160 x/menit. Penilaian denyut jantung janin dilakukan setiap $\frac{1}{2}$ jam selama 1 menit (Manuaba,2010:159)

b. Air ketuban

Catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina. Tanda U selaput utuh, J selaput pecah dan air ketuban jernih, M air ketuban bercampur mekonium, D air ketuban bernoda darah (Saifudin, 2009:104) dan K bila air ketuban minimal atau kering (Manuaba,2010:160).

c. Molase (Penyusupan tulang kepala janin)

Penyusupan adalah indicator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri terhadap bagian keras (tulang) panggul ibu. Catat temuan yang ada dikotak yang sesuai

dibawah lajur air ketuban dengan menggunakan lambing-lambang sebagai berikut:

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

1 : Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan

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

3 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan (Saifudin,2010:319)

d. Pembukaan mulut rahim

Dinilai pada saat pemeriksaan pervaginam dan diberi tanda silag (x) 9Saifuddin,2009:104)

e. Penurunan bagian terbawah jain

Dibagi menjadi 5 kategori dengan symbol 5/5 sampai 0/5 . symbol 5/5 menyatakan bahwa bagian kepala janin belum memasuki tepi atas simpisis pubis, sedangkan symbol 0/5 menyatakan bahwa kepala janin sudah tidak dapat lagi dipalpasi diatas simpisis pubis, beri tanda o yang sesuai pada garis (saifuddin,2010:320).

f. Jam dan waktu

Dijelaskna bahwa dibawah bagian partograf tertera kotak-kotak dibawah angka 1-16. Setiap kotak menyatakan waktu satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan.

g. Kontraksi uterus

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

- 1) Beri titik-titik dikotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik.
- 2) Beri garis-garis dikotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik.
- 3) Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi lamanya lebih dari 40 detik (Saifuddin,2010:321).

h. Oksitosin

Bila memakai oksitosin catatlah banyaknya oksitosin per volume cairan infus dan dalam tetesan permenit (Saifuddin,2010:321).

i. Obat-obatan lainnya

Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan atau cairan IV dalam kotak yang sesuai (Saifuddin,2010:322).

j. Nadi, tekanan darah, temperature

Angka disebelah kiri partograf berkaitan dengan nadi dan tekanan darah ibu.

- 1) Catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan.

Beri tanda titik pada kolom yang sesuai

- 2) Catat tekanan darah ibu setiap 4 jam selama fase aktif persalinan. Beri tanda panah pada kolom waktu yang sesuai.
- 3) Catat temperature tubuh ibu setiap 2 jam pada kotak yang sesuai.

k. Protein, aseton, dan volume urine

Catat setiap kali ibu berkemih (Saifuddin.2009:104).

M. Lima Benang Merah

Terdapat lima aspek dasar, atau lima benang merah yang penting dan saling berkaitan dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan, baik normal maupun patologis. Lima benang merah tersebut antara lain:

1. Membuat Keputusan Klinik

Membuat keputusan klinik merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang di butuhkan oleh pasien. Keputusan itu harus akurat, komprehensif dan aman, baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberikan pertolongan (Asuhan Persalinan Normal, 2008:1-35).

2. Asuhan Sayang Ibu Dan Sayang Bayi

Asuhan sayang ibu merupakan asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Beberapa prinsip-prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses

persalinan dan kelahiran bayi. Banyak hasil penelitian menunjukkan bahwa para ibu yang diperhatikan dan diberi dukungan selama proses persalinan dan kelahiran bayi serta mengetahui dengan baik mengenai proses persalinan dan asuhan yang akan mereka terima, mereka akan mendapatkan rasa aman dan hasil yang lebih baik (Asuhan Persalinan Normal, 2008:1-35).

3. Pencegahan Infeksi

a) Definisi

Dekontaminasi adalah tindakan yang dilakukan untuk memastikan bahwa petugas kesehatan dapat menangani secara aman berbagai benda yang terkontaminasi darah dan cairan tubuh atau benda asing (misalnya meja periksa) harus segera didekontaminasi setelah terpapar darah atau cairan tubuh (Wiknjastro, 2014:25).

Sterilisasi adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme (bakteri, benda, parasit dan virus) termasuk endospora bakteri dari benda-benda mati atau instrument (Wiknjastro, 2014:25).

- 1) Rumus membuat larutan klorin 0,5% dari larutan konsentrasi berbentuk cair

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

Contoh : Untuk membuat larutan klorin 0,5% dari larutan klorin 5,25% (misalkan BAYCLIN)

$$\text{Jumlah bagian air} = \frac{5,25\%}{0,5\%} - 1$$

Tambahkan 9 bagian (pembulatan kebawah dari 9,5) air kedalam 1 bagian larutan klorin konsentrat (5,25%).

Catatan : Air tidak perlu dimasak
(Wiknjastro, 2014:25)

2) Rumus membuat larutan klorin dari serbuk kering

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

Contoh : Untuk membuat larutan klorin 0,5% dari serbuk yang bisa melepaskan klorin seperti kalsium hipoklorida yang mengandung 35% klorin :

$$\text{Gram/liter} = \frac{0,5\%}{35\%} \times 1000 = 14,3 \text{ gram/liter}$$

Tambahkan 14 gram (pembulatan kebawah dari 14,3) serbuk kedalam 1 liter air mentah yang bersih (Wiknjastro, 2014:25).

b) Prinsip-Prinsip Pencegahan Infeksi

Pencegahan infeksi (PI) yang efektif didasarkan pada prinsip prinsip berikut:

- 1) Setiap orang (Ibu, bayi baru lahir, penolong persalinan) harus dianggap dapat bersifat asimtomatik (tanda gejala).

- 2) Setiap orang harus dianggap beresiko terkena infeksi.
 - 3) Permukaan benda disekitar kita, peralatan dan benda-benda lainnya yang akan dan telah bersentuhan dengan permukaan kulit yang tak utuh, lecet selaput mukosa atau darah harus dianggap terkontaminasi hingga setelah digunakan harus di proses secara benar.
 - 4) Jika tidak diketahui apakah permukaan, peralatan dan benda asing lainnya telah diproses dengan benar maka semua itu harus dianggap masih terkontaminasi.
 - 5) Resiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total, tapi dapat dikurangi hingga sekecil mungkin dengan menerapkan tindakan-tindakan PI secara benar dan konsisten (Wiknjosastro, 2014:26).
- c) Tindakan-Tindakan Pencegahan Infeksi
- a) Cuci tangan

Adalah prosedur paling penting dari pencegahan penyebaran infeksi yang menyebabkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir.

Memakai sarung tangan dan perlengkapan perlindungan lainnya. Pakai sarung tangan sebelum

menyentuh sesuatu yang basah (kulit tak utuh, selaput mukosa, darah atau cairan tubuh lainnya).

2) Menggunakan teknik aseptis atau aseptik

Teknik aseptik membuat prosedur menjadi lebih aman bagi ibu, bayi baru lahir, dan penolong persalinan. Teknik aseptik meliputi:

- (a) Penggunaan perlengkapan perlindungan pribadi.
- (b) Antisepsis
- (c) Menjaga tingkat sterilisasi atau DTT

3) Memakai alat bekas pakai

Tiga proses pokok yang direkomendasikan untuk proses peralatan dan benda-benda lain dalam upaya pencegahan infeksi antara lain :

- (a) Dekontaminasi
- (b) Cuci dan bilas
- (c) Desinfeksi tingkat tinggi atau sterilisasi

4) Menangani peralatan tajam dan aman

Luka termasuk benda tajam misalnya jarum, merupakan salah satu alur utama infeksi HIV dan Hepatitis B diantara para penolong persalinan. Oleh karena itu, perlu diperhatikan pedoman berikut:

- (a) Letakkan benda-benda tajam diatas baki steril atau desinfeksi tingkat tinggi atau dengan menggunakan “Daerah Aman” yang sudah

ditentukan (daerah khusus untuk meletakkan dan mengambil peralatan tajam).

(b) Hati-hati saat melakukan penjahitan agar terhindar dari luka tusuk secara tak sengaja.

(c) Gunakan pemegang jarum dan pinset pada saat menjahit. Jangan pernah meraba ujung atau memegang jarum jahit dengan tangan.

(d) Jangan menutup kembali, melengkungkan, mematahkan atau melepaskan jarum yang akan dibuang.

(e) Buang benda-benda tajam dalam wadah tahan bocor dan segel dengan perekat jika sudah dua pertiga jam penuh. Jangan memindahkan benda-benda tajam yang sudah disegel tadi harus dibakar didalam insinerator.

(f) Jika benda-benda tajam tidak bisa dibuang secara aman dengan cara insenerasi, bilas tiga kali dengan larutan klorin 0,5% (Dekontaminasi), tutup kembali menggunakan teknik satu tangan dan kemudian kuburkan.

(g) Menjaga kebersihan dan sanitasi lingkungan (termasuk pengelolaan sampah secara benar).

(Wiknjosastro, 2008:16-33).

4. Pencatatan

Catat semua hasil asuhan yang telah diberikan kepada ibu dan bayinya. Apabila asuhan tidak dicatat, dapat dianggap bahwa hal tersebut tidak dilakukan. Pencatatan adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Mengkaji ulang catatan memungkinkan untuk menganalisa data yang telah dikumpulkan dan lebih efektif dalam merumuskan suatu diagnosis dan membuat rencana asuhan atau perawatan bagi ibu dan bayinya (Asuhan Persalinan Normal, 2008:1-35).

5. Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan yang memiliki sarana yang lebih lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Meskipun sebagian besar ibu akan menjalani persalinan normal namun sekitar 10-15% diantaranya akan mengalami masalah selama proses persalinan dan kelahiran bayi sehingga perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan. Sangat sulit untuk menduga kapan penyulit akan terjadi sehingga kesiapan untuk merujuk ibu atau bayinya ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu

(jika penyulit terjadi) menjadi syarat bagi keberhasilan upaya penyelamatan. Setiap penolong persalinan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan yang mampu untuk penatalaksanaan kasus gawat darurat obstetric dan bayi baru lahir (Asuhan Persalinan Normal, 2008:1-35). Jika timbul masalah pada saat persalinan dan rencana rujukan belum dibicarakan maka sering kali sulit untuk melakukan secara cepat. Singkatan BAKSOKUDA dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi.

B (Bidan) yaitu pastikan bahwa ibu dan bayi baru lahir di dampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk dibawa pasilitas rujukan.

A (Alat) yaitu bawa pelengkapan dan bahan bahan untuk asuhan persalinan dan BBL bersama ibu ketempat rujukan.

K (Keluarga) beritahu ibu dan keluarga kondisi terakhir ibu dan bayi dan mengapa ibu dan bayi perlu di rujuk.

S (Surat) berikan surat ke tempat rujukan.surat ini berisi identifikasi mengenai ibu dan BBL.

O (Obat) bawa obat-obatan esensia pada saat mengantar ibu ke pasilitas rujukan.

K (Kendaraan) siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu.

U (Uang) ingatkan keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli keperluan lainnya.

Da (Darah) persiapan darah baik dari anggota keluarga maupun kerabat sebagai persiapan jika terjadi perdarahan (Mika, 2016:67).



2.1.3 Konsep Dasar Nifas

A. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas adalah dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) (Prawirohardjo, 2010 :356).

Masa nifas (puerperium) adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra-hamil. Lama masa nifas yaitu 6-8 minggu (Mochtar, 2011 :87).

Masa nifas atau puerperium dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas kira-kira berlangsung selama 6 minggu (Saifuddin, 2009:122).

Kala puerperium (nifas) yang berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari merupakan waktu yang diperlukan untuk pulihnya kembali organ kandungan pada keadaan yang normal (Manuaba, 2010:200).

B. Periode Masa Nifas

Menurut Mochtar (2015:115), masa nifas dibagi menjadi 3 periode yaitu :

- 1) Puerperium dini, yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
- 2) Puerperium intermedial, yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu.

- 3) Remote perurperium, adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi.

C. Proses Dari Masa Nifas

1. Pengecilan Rahim atau involusi

Rahim adalah organ tubuh yang spesifik dan unik karena dapat mengecil serta membesar dengan menambah atau mengurangi jumlah selnya. Bentuk otot rahim mirip jala berlapis 3 dengan serat-seratnya, yang melintang kanan, kiri dan transversal. Diantara otot-otot itu ada pembuluh darah yang mengalirkan darah ke plasenta. Setelah plasenta lepas, otot rahim akan berkontraksi atau mengerut, sehingga pembuluh darah terjepit dan perdarahan berhenti. Setelah bayi lahir, umumnya berat rahim menjadi sekitar 1000 gram dan dapat diraba kira-kira 2 jari dibawah umbilikus. Setelah 1 minggu kemudian beratnya berkurang jadi sekitar 500 gram. Sekitar 2 minggu beratnya 300 gram dan tidak dapat diraba lagi. Jadi, secara alamiah rahim akan kembali mengecil perlahan-lahan kebentuk semula. Setelah 6 minggu beratnya sudah sekitar 40-60 gram. Pada saat ini dianggap bahwa masa nifas sudah selesai. Namun sebenarnya rahim akan kembali ke posisi yang normal dengan berat 30 gram dalam waktu 3 bulan, ini bukan hanya rahim saja yang kembali normal, tapi juga kondisi tubuh ibu secara keseluruhan.

2. Kekentalan Darah (hemokonsentrasi) kembali normal

Selama hamil darah ibu relatif encer, karena cairan darah ibu banyak, sementara sel darahnya berkurang. Bila dilakukan pemeriksaan kadar hemoglobin (hb) akan tampak sedikit menurun dari angka normal sebesar 11-12 gr%. Jika hemoglobinnya teralalu rendah. Setelah melahirkan, sistem sirkulasi darah ibu akan kembali seperti semula. Darah kembali mengental, dimana kadar perbandingan sel darah dan cairan darah kembali normal. Umumnya hal ini terjadi pada hari ke-3 sampai hari ke-5 pasca persalinan.

3. Proses Laktasi dan Menyusui

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

D. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

a. Perubahan Sistem Reproduksi

Menurut Pitriani (2014:62-70) selama masa nifas, alat-alat interna maupun eksterna berangsur-angsur kembali keadaan

sebelum hamil. Perubahan keseluruhan alat genitalia ini disebut involusi. Pada masa ini terjadi juga perubahan-perubahan yang terjadi antara lain sebagai berikut :

1) Uterus

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil.

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut :

a) Iskemia Miometrium

Hal ini disebabkan oleh kintraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relatif anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.

b) Atrofi Jaringan

Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormon estrogen saat pelepasan plasenta.

c) Autolysis

Merupakan proses penghancuran 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. Hal ini disebabkan karena penurunan hormon estrogen dan progesteron.

d) Efek Oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan.

Tabel 2.6
Tinggi Fundus Uteri dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi

Involusi	Tinggi fundus uteri	Berat uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Plasenta lahir	2 jari bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan symphisis pusat	500 gram
2 minggu	Tidak teraba diatas symphisis	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar normal	30 gram

Sumber: Mochtar, 2015: 213

2) Lochea

Akibat involusi uteri, lapisan luar desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Percampuran antara darah dan desidua inilah yang dingukan lochea. Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lochea memiliki bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Pengeluaran lochea dapat dibagi menjadi lochea

rubra, sanguilenta, serosa dan alba. Perbedaan masing-masing lochea dapat dilihat sebagai berikut.

Tabel 2.7
Pengeluaran lochea

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 laserasi plasenta
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati

Sumber: Pitriani dkk, 2014: 62

3) Vagina dan Perineum

Selama proses persalinaan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinaan dua organ ini kembali dalam keadaan kendur. Rugae timbul kembali pada minggu ke tiga. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi karankulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinaan pertama.

Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut

dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada akhir puerperium dengan latihan harian.

4) Serviks

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendor, terkulai dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi lahir, tangan pemeriksa masih dapat dimasukkan 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk (Heryani, 2010:30).

b. Perubahan Sistem Pencernaan

Sistem gastrointestinal selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal.

Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan, antara lain :

1. Nafsu makan

Pasca melahirkan, biasanya ibu merasa lapar sehingga diperbolehkan untuk mengkonsumsi makanan. Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari.

2. Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anastesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

3. Pengosongan Usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid ataupun laserasi jalan lahir. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu untuk kembali normal.

Beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali teratur, antara lain :

- a) Pemberian diet/makanan yang mengandung serat.
- b) Pemberian cairan yang cukup.

- c) Pengetahuan tentang pola eliminasi pasca melahirkan.
- d) Pengetahuan tentang perawatan luka jalan lahir.
- e) Bila usaha diatas tidak berhasil dapat dilakukan pemberian huknah atau obat yang lain.

c. Perubahan Sistem Perkemihan

Kadang-kadang puerpurium mengalami sulit BAK karena spinter uretra ditekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulus spinter ani selama persalinan, juga oleh karena adanya edema kandung kemih yang terjadi selama persalinan. Kadang-kadang odema dari trigonium menimbulkan obstruksi dari uretra sehingga terjadi retensio urine. Dilatasi ureter dan pyelum normal kembali dalam waktu 2 minggu. Urine biasanya berlebihan (poliurie) antara hari ke 2 dan ke 5, hal ini disebabkan karena kelebihan cairan sebagai akibat retensi air dalam kehamilan dan sekarang dikeluarkan (Saleha, 2009:60).

d. Perubahan Sistem Musculoskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah *partus*. Pembuluh-pembuluh darah yang berada diantara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan pendarahan setelah plasenta dilahirkan.

Ligament-ligament, diafragma pelvis, serta fascia yang meregang pada waktu persalianan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tak jarang uterus

jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi karena ligamentum retundum menjadi kendur. Tidak jarang pula wanita mengeluh “kandungannya turun” setelah melahirkan karena ligament, fascia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi kendur. Stabilitasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu pasca persalinaan (Saleha, 2009:60).

e. Perubahan Sistem Endokrin

selama proses kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem endokrin, terutama pada hormon-hormon yang berperan dalam proses tersebut (Saleha, 2009:60).

Hormon-hormon yang berperan dalam proses ini yaitu :

1. Oksitosin

Oksitosin disekresikan dari kelenjar otak bagian belakang. Selama tahap ketiga proses persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang ASI dan sekresi oksitosin. Hal tersebut dapat membantu uterus kembali ke bentuk normal.

2. Prolaktin

Menurunnya kadar esterogen menimbulkan terangsangnya kelenjar *pituitary* bagian belakang untuk mengeluarkan prolaktin, hormon ini berperan dalam

pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu. Pada wanita yang menyusui bayinya, kadar prolaktin tetap tinggi dan pada wanita yang tidak menyusui bayinya tingkat sirkulasi prolaktin menurun dalam 14-21 hari setelah persalinan, sehingga merangsang kelenjar bawah depan otak yang mengontrol ovarium ke arah permulaan pola produksi esterogen dan progesteron yang normal, pertumbuhan folikel, ovulasi dan menstruasi.

3. Esterogen dan Progesteron

Selama masa hamil volume darah normal meningkat walaupun mekanismenya secara penuh belum dimengerti. Diperkirakan bahwa tingkat esterogen yang tinggi memperbesar hormon *antidiuretik* yang meningkatkan volume darah. Disamping itu, progesteron memengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah. Hal ini sangat memengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum dan vulva serta vagina.

f. Perubahan Tanda-tanda Vital

1. Suhu

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2°C. Setelah partus dapat naik kurang lebih 0,5°C dari keadaan normal, namun tidak akan melebihi 8°C. Sesudah dua jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali

normal. Jika suhu lebih dari 38°C, mungkin terjadi infeksi pada klien (Saleha, 2009:61).

2. Nadi dan Pernafasan

Nadi berkisar antara 60-80 denyutan per menit setelah partus, dan dapat terjadi bradikardi. Bila terdapat takikardi dan suhu tubuh tidak panas mungkin ada perdarahan berlebihan atau ada vitium kordis pada penderita. Pada masa nifas umumnya denyut nadi labil dibandingkan dengan suhu tubuh, sedangkan pernafasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula (Saleha, 2009:61).

3. Tekanan Darah

Pada beberapa kasus ditemukan keadaan hipertensi postpartum akan menghilang sendirinya apabila tidak terdapat penyakit-penyakit lain yang menyertai dalam ½ bulan tanpa pengobatan (Saleha, 2009:61). Bila tekanan darah menjadi rendah menunjukkan adanya perdarahan postpartum. Sebaliknya jika tekanan darah tinggi, merupakan petunjuk kemungkinan adanya preeklamsi yang bisa timbul pada masa nifas (Suherni, 2009:83).

g. Sistem Hematologi dan Kardiovaskular

Leukositosis adalah meningkatnya jumlah sel-sel darah putih sebanyak 15.000 selama masa persalinan. Leukosit akan tetap tinggi jumlahnya selama beberapa hari pertama masa post

partum. Jumlah sel-sel darah putih tersebut masih bisa naik lebih tinggi hingga 25.000-30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama. Jumlah hemoglobin dan hematokrit serta eritrosit akan bervariasi pada awal masa nifas sebagai akibat dari volume darah, volume plasma, volume sel darah yang berubah-ubah (Saleha, 2009:84).

h. Sistem Gastrotestinal

Kerap kali diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan namun asupan makanan juga akan mengalami penurunan selama satu atau dua hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika sebelum melahirkan diberikan enema. Rasa sakit di daerah perineum dapat menghalangi keinginan ke belakang (Walyani, 2015:124).

E. Kunjungan Masa Nifas

1. Pelayanan kesehatan ibu nifas oleh bidan dan dokter dilaksanakan minimal 3 kali yaitu:
 - a. Pertama: 6 jam – 3 hari setelah melahirkan.
 - b. Kedua: hari ke 4 – 28 hari setelah melahirkan.
 - c. Ketiga: hari ke 29 – 42 hari setelah melahirkan.
2. Pelayanan kesehatan ibu nifas meliputi:
 - a) Menanyakan kondisi ibu nifas secara umum

- b) Pengukuran tekanan darah, suhu tubuh, pernapasan, dan nadi
- c) Pemeriksaan lochia dan perdarahan
- d) Pemeriksaan kondisi jalan lahir dan tanda infeksi
- e) Pemeriksaan kontraksi rahim dan tinggi fundus uteri
- f) Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI

Ekklusif

- g) Pemberian Kapsul Vit. A
- h) Pelayanan kontrasepsi Pasca Persalinan
- i) Konseling
- j) Tatalaksana pada ibu nifas sakit atau ibu nifas dengan komplikasi
- k) Memberikan nasihat yaitu:
 - 1) Makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur, dan buah-buahan.
 - 2) Kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari.
 - 3) Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin.
 - 4) Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat.

- 5) Bagi ibu yang melahirkan dengan cara operasi Caesar maka harus menjaga kebersihan luka bekas operasi.
- 6) Cara menyusui yang benar dan hanya memberi ASI saja selama 6 bulan.
- 7) Perawatan bayi yang benar.
- 8) Jangan membiarkan bayi menangis terlalu lama, karena akan membuat bayi stress.
- 9) Lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga.
- 10) Untuk konsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan.

(Kemenkes RI Buku KIA, 2015:13)

F. Tanda-Tanda Bahaya Masa Nifas

1. Perdarahan hebat atau peningkatan perdarahan secara tiba-tiba (melebihi haid biasa atau jika perdarahan tersebut membasahi lebih dari 2 pembalut saniter dalam waktu setengah jam).
2. Pengeluaran cairan vaginal dengan bau busuk yang keras.
3. Rasa nyeri pada perut bagian bawah atau punggung.
4. Sakit kepala yang terus menerus, nyeri epigastric, atau masalah penglihatan.
5. Pembengkakan pada wajah dan tangan demam, muntah, rasa sakit pada saat buang air seni, atau merasa tidak enak badan.

6. Payudara yang memerah, panas, atau sakit.
7. Kehilangan selera makan untuk waktu yang berkepanjangan.
8. Rasa sakit, warna merah, kelembutan atau pembengkakan pada kaki.
9. Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengurus dirinya sendiri dan bayinya.
10. Merasa sangat letih atau bernafas terengah-engah (Pitriani, 2014:14).

G. Kebutuhan Dasar Pada Ibu Masa Nifas

a. Nutrisi dan cairan

Pada masa nifas masalah diet perlu mendapat perhatian yang serius, karena dengan mengkonsumsi nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat memengaruhi komposisi air susu. Diet yang diberikan harus bermutu, bergizi tinggi, cukup kalori, tinggi protein, dan banyak mengandung cairan (Saleha, 2009:71).

Ibu yang menyusui harus memenuhi kebutuhan akan nutrisinya sebagai berikut :

- 1) Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari
- 2) Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup.
- 3) Minum sedikitnya 3 liter setiap hari

- 4) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari post partum.
- 5) Minum kapsul vitamin A 200.000 unit agar dapat memberikan vitamin A pada bayinya melalui ASI (Saleha, 2009:71).

Tabel 2.8
Penambahan makanan pada wanita dewasa, hamil, dan menyusui

Zat makanan	Wanita dewasa tidak hamil (BB 47 kg)	Wanita hamil 20 minggu terakhir	Wanita menyusui
Kalori	3000 kalori	3000 kalori	800 kalori
Protein	47 gram	20 gram	40 gram
Calcium	0,6 gram	0,6 gram	0,6 gram
Ferrum	12 mg	5 mg	5 mg
Vitamin A	4000 iu	1000 iu	2000 iu
Thamin	0,7 mg	0,2 mg	0,5 mg
Riboflavin	1,1 mg	0,2 mg	0,5 mg
Niacin	12,2 mg	2 mg	5 mg
Vitamin C	60 mg	30 mg	30 mg

Sumber:Suherni,2009:101

b. Ambulasi

Ambulasi dini (*early ambulation*) adalah kebijaksanaan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu postpartum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan. *Early ambulation* tentu tidak dibenarkan pada ibu postpartum dengan penyulit seperti anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, demam dan sebagainya (Saleha, 2009:72).

Keuntungan ambulasi dini antara lain :

1. Penderita merasa lebih sehat dan lebih kuat.
2. Faal usus dan kandung kemih menjadi lebih baik.

3. Memungkinkan bidan untuk memberikan bimbingan pada ibu mengenai cara merawat bayi.
4. Lebih sesuai dengan keadaan Indonesia (lebih ekonomis) (Sulistyawati, 2009:33).

c. Eliminasi

1. Buang Air Kecil

Ibu diminta untuk buang air kecil (miksi) 6 jam postpartum. Apabila 8 jam postpartum ibu belum dapat berkemih atau sekali berkemih belum melebihi 100 cc, maka dilakukan katerisasi. Akan tetapi, jika ternyata kandung kemih penuh, tidak perlu menungg 8 jam untuk katerisasi (Saleha, 2009:73).

Sebab-sebab terjadinya kesulitan berkemih (*retensio urine*) pada ibu postpartum yaitu:

1. Berkurangnya tekanan intra abdominal.
2. Otot-otot perut masih lemah.
3. Edema dan uretra.
4. Dinding kandung kemih kurang sensitive (Saleha, 2009:73).

2. Buang Air Besar

Ibu postpartum diharapkan dapat buang air besar (defekasi) setelah hari kedua postpartum. Apabila pada hari ketiga ibu belum BAB, maka perlu diberi obat pencahar per oral atau per rektal. Jika setelah pemberian

obat pencahar masih belum bisa BAB, maka dilakukan klisma (huknah) (Saleha, 2009:73).

3. Personal Hygiene

Pada masa postpartum, seorang ibu rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu, kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan lingkungan sangat penting untuk tetap dijaga (Saleha, 2009:73)

Menyarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum menyentuh alat kelamin, anjurkan ibu untuk tidak sering menyentuh luka episiotomy dan laserasi. Pada ibu *post section caesaria* (SC), luka tetap dijaga agar tetap bersih dan kering, tiap hari diganti balutan (Saleha, 2009:102).

d. Istirahat

Ibu postpartum sangat membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya. Keluarga disarankan untuk memberikan kepada ibu untuk istirahat yang cukup sebagai persiapan untuk energi menyusui bayinya (Ambarwati, 2010:112).

Kurang istirahat bagi ibu postpartum mengakibatkan beberapa kerugian misalnya :

1. Dapat mengurangi jumlah ASI

2. Dapat memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan
3. Menyebabkan depresi dan ketidaknyamanan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

Bidan harus menyampaikan kepada pasien dan keluarga bahwa untuk melakukan kegiatan rumah tangga kembali harus dilakukan secara perlahan-lahan dan bertahap. Selain itu pasien juga harus diingatkan untuk selalu tidur siang atau beristirahat selagi bayinya tidur. Kebutuhan istirahat bagi ibu menyusui minimal 8 jam sehari, yang dapat dipenuhi melalui istirahat malam dan siang. (Saleha, 2009:75)

e. Seksual

Aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya dan agama yang melarang untuk melakukan hubungan seksual sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah kelahiran. Keputusan bergantung pada pasangan yang bersangkutan (Purwanti, 2009:512).

f. Latihan/Senam Nifas

Untuk mencapai hasil pemulihan otot yang maksimal, sebaiknya dilakukan latihan masa nifas seawal mungkin dengan catatan ibu menjalani persalinan dengan normal dan tidak ada penyakit postpartum.

Sebelum memulai bimbingan cara senam nifas, sebaiknya bidan mendiskusikan terlebih dahulu dengan pasien mengenai pentingnya otot perut dan panggul, akan mengurangi keluhan sakit punggung yang biasanya dialami oleh ibu nifas.

Contoh gerakan yang dapat dilakukan saat melakukan senam nifas antara lain :

1. Tidur terlentang, tangan disamping badan. Tekuk salah satu kaki, kemudian gerakkan keatas mendekati perut. Lakukan sebanyak 15 kali secara bergantian untuk kaki kanan dan kiri.

Kemudian rileks selama 10 hitungan.

2. Berbaring terlentang, tangan diatas perut, kedua kaki ditekuk. Kerutkan otot bokong dan perut bersamaan dengan mengangkat kepala, mata memandang keperut selama 5 kali hitungan. Lakukan gerakan ini sebanyak 15 kali, rileks selama 10 hitungan.

3. Tidur terlentang, tangan disamping badan, angkat bokong sambil mengerutkan otot anus selama 5 hitungan. Lakukan gerakan ini sebanyak 15 kali.

Rileks selama 10 hitungan.

4. Tidur terlentang, tangan disamping badan, angkat kaki kiri lurus keatas sambil menahan otot perut. Lakukan gerakan sebanyak 15 kali hitungan,

bergantian dengan kaki kanan. Rileks selama 10 hitungan.

5. Tidur terlentang, letakkan kedua tangan dibawah kepala, kemudian bangun tanpa merubah posisi kedua kaki (kaki tetap lurus). Lakukan gerakan ini sebanyak 15 kali hitungan. Rileks selama 10 hitungan sambil menarik nafas panjang lewat hidung keluarkan lewat mulut.

Posisi badan nungging, perut dan paha membentuk sudut 90°. Gerakan perut keatas sambil otot perut dan anus dikerutkan sekuat mungkin dan tahan selama 5 hitungan. Lakukan gerakan ini sebanyak 15 kali kemudian rileks selama 10 hitungan (Manuaba, 2010:123).

H. Adaptasi Psikologis Ibu Nifas

Ada 3 fase penyesuaian ibu terhadap perannya sebagai orangtua, yaitu fase taking in, fase taking hold, fase letting go (Lubis, 2010:23).

a. Fase taking in

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakannya. Kelelahan membuat ibu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti

mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya. Oleh karena itu kondisi ibu perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik. Gangguan psikologis yang mungkin dirasakan ibu adalah:

- 1) Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya misalnya jenis kelamin tertentu, warna kulit, jenis rambut dan lain-lain.
- 2) Ketidaknyamanan sebagai akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu misalnya rasa mules karena rahim berkontraksi untuk kembali pada keadaan semula, payudara bengkak, nyeri luka jahitan.
- 3) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.
- 4) Suami atau keluarga yang mengkritik ibu tentang cara merawat bayinya dan cenderung melihat tanpa membantu.

b. Fase Taking Hold

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase taking hold, ibu merasa khawatir atau ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Selain itu perasaannya sangat sensitif sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati. Oleh karena itu ibu memerlukan dukungan karena saat ini merasakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai

penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga tumbuh rasa percaya diri.

c. Fase Letting Go

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini.

I. Komplikasi Masa Nifas

1. Infeksi Nifas

Infeksi nifas adalah peradangan yang terjadi pada organ reproduksi yang disebabkan oleh masuknya mikroorganisme atau virus yang masuk ke dalam organ reproduksi tersebut selama proses persalinan dan masa nifas. Mikroorganisme penyebab infeksi nifas dapat berasal dari eksogen dan endogen. Beberapa mikroorganisme yang sering menyebabkan infeksi nifas adalah streptococcus, bacillus coli, staphylococcus. (Saleha, 2009:88)

2. Macam-macam infeksi nifas:

a) Vulvitis

Pada infeksi bekas sayatan episiotomi atau luka perineum jaringan sekitarnya membengkak, tepi luka menjadi merah dan bengkak, jahitan mudah terlepas, dan luka yang terbuka menjadi ulkus dan mengeluarkan pus.

(Maritalia, 2014:49).

b) Vaginitis

Infeksi vagina dapat terjadi secara langsung pada luka vagina atau melalui perineum. Permukaan mukosa membengkak dan kemerahan, terjadi ulkus, dan getah mengandung nanah yang keluar dari ulkus. Penyebaran dapat terjadi, tetapi pada umumnya infeksi tinggal terbatas. (Maritalia, 2014:50).

c) Servisititis

Infeksi servik juga sering terjadi, akan tetapi biasanya tidak menimbulkan banyak gejala. Luka servik yang dalam, meluas, dan langsung ke dasar ligamentum latum dapat menyebabkan infeksi yang menjalar ke parametrium. (Maritalia, 2014:50).

d) Endometritis

Jenis infeksi yang paling sering adalah endometritis. Kuman-kuman memasuki endometrium, biasanya pada luka bekas insersio plasenta, dan dalam waktu singkat mengikutsertakan seluruh endometrium. Pada infeksi dengan kuman yang tidak seberapa 19 patogen, radang terbatas pada endometrium. Jaringan desidua bersama-sama dengan bekuan darah menjadi nekrotis dan mengeluarkan getah berbau dan terdiri atas keping-keping nekrotis serta cairan. Pada batas antara daerah

yang meradang dan daerah sehat terdapat lapisan terdiri atas leukosit-leukosit. Pada infeksi yang lebih berat batas endometrium dapat dilampaui dan terjadilah penjararan. (Maritalia, 2014:51).

e) Septikemia dan piemia

Ini merupakan infeksi umum yang disebabkan oleh kuman-kuman yang sangat patogen biasanya *Streptococcus haemolyticus* golongan A. Infeksi ini sangat berbahaya dan merupakan 50% dari semua kematian karena infeksi nifas. Adanya septikemia dapat dibuktikan dengan jalan pembiakan kuman-kuman dari darah. Pada piemia terdapat dahulu tromboflebitis pada vena-vena di uterus serta sinus-sinus pada bekas implantasi plasenta. Tromboflebitis ini menjalar ke vena uterina, vena hipogastrika dan/atau vena ovarii. Dari tempat-tempat trombus itu embolus kecil yang mengandung kuman-kuman dilepaskan. Tiap kali dilepaskan, embolus masuk ke dalam peredaran darah umum dan dibawa oleh aliran darah ke tempat-tempat lain, diantaranya paru, ginjal, otak, jantung, dan mengakibatkan terjadinya abses-abses di tempat-tempat tersebut. Keadaan ini dinamakan piemia. (Pitriani, 2014:33)

f) Peritonitis

Infeksi nifas dapat menyebar melalui pembuluh limfe di dalam uterus langsung mencapai peritonium dan menyebabkan peritonitis, atau melalui jaringan di antara kedua lembar ligamentum latum yang menyebabkan parametritis (selulitis pelvika). (Pitriani, 2014:33)

g) Parametritis (selulitis pelvika)

Peritonitis dapat pula terjadi melalui salpingo-ooforitis atau selulitis pelvika. Peritonitis mungkin terbatas pada rongga pelvis saja (pelvioperitonitis) atau menjadi peritonitis umum. Peritonitis umum merupakan komplikasi yang berbahaya dan merupakan sepertiga dari sebab kematian kasus infeksi. (Pitriani, 2014:34)

h) Mastitis dan abses

Mastitis adalah infeksi payudara. Meskipun dapat terjadi pada setiap wanita, mastitis semata-mata komplikasi pada wanita menyusui. Mastitis harus dibedakan dari peningkatan suhu transien dan nyeri payudara akibat pembesaran awal karena air susu masuk ke dalam payudara. Organisme yang biasa menginfeksi termasuk *S. aureus*, streptococci dan *H. parainfluenzae*. Cedera payudara mungkin karena memar karena manipulasi yang kasar, pembesaran payudara, stasis air

susu ibu dalam duktus, atau pecahnya puting susu
(Maritalia, 2014:51).



2.1.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

A. Pengertian

Bayi baru lahir (Neonatus) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari yang memerlukan penyesuaian fisiologi berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intruterin ke kehidupan ektrauterine) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup baik (Marmi, 2012:1).

Bayi baru lahir (neonatus) normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan 37 sampai 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram. Nilai apgar >7 dan tanpa cacat bawaan (Rukiyah, 2013:2).

B. Ciri-ciri bayi baru lahir normal

1. Lahir aterm 37-42 minggu
2. Berat badan 2.500-4.000 gram
3. Panjang badan 48-52cm
4. Lingkar dada 30-38 cm
5. Lingkar kepala 33-35 cm
6. Lingkar lengan 11-12 cm
7. Frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit
8. Pernafasan \pm 40-60 x/menit
9. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup

10. Rambut lanugo tidak terlihat dari rambut kepala biasanya telah sempurna
11. Kuku agak panjang dan lemes
12. Nilai APGAR > 7

Nilai APGAR diukur pada menit pertama dan kelima setelah kelahiran. Pengukuran pada menit pertama di gunakan untuk menilai bagaimana ketahanan bayi melewati proses persalinan. Pengukuran pada menit kelima menggambarkan sebaik apa bayi dapat bertahan setelah keluar dari rahim ibu. Pengukuran nilai APGAR dilakukan untuk menilai apakah bayi membutuhkan bantuan nafas atau mengalami kelainan jantung. (Prawirohardjo, 2010:261)

Tabel 2.9
Nilai APGAR pada Bayi Baru Lahir

Aspek pengamatan bayi baru lahir	Skor		
	0	1	2
<i>Appearance/</i> warna kulit	Seluruh tubuh bayi berwarna kebiruan	Warna kulit tubuh normal, tetapi tangan dan kaki berwarna kebiruan sekitar mulut	Warna kulit seluruh tubuh normal
<i>Pulse /</i> nadi	Denyut jantung tidak ada	Denyut jantung <100 kali per menit	Denyut jantung >100 kali per menit
<i>Grimace/</i> respons reflek	Tidak ada respon terhadap stimulasi	Wajah meringis saat stimulasi	Meringis, menarik, batuk atau bersin saat stimulasi
<i>Activity/</i> tonus otot	Lemah, tidak ada gerakan	Lengan dan kaki dalam posisi fleksi dengan sedikit gerakan	Bergerak aktif dan spontan
<i>Respiratory/</i> pernapasan	Tidak bernapas, pernapasan lambat dan tidak teratur	Menangis lemah, terdengar seperti merintih	Menangis kuat, pernapasan baik dan teratur

Sumber : (Siwi, Elisabeth. 2016)

Interpretasi :

Nilai 1-3 : asfiksia berat

Nilai 4-6 : asfiksia sedang

Nilai 7-10 : asfiksia ringan (normal)

13. Gerak aktif

14. Bayi lahir langsung menangis kuat

15. Refleks *rooting* (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik.

16. Refleks *sucking* (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik.

17. Refleks *swallowing* yaitu refleks menelan dimana ASI dimulut bayi mendesak otot di daerah mulut dan faring sehingga mengaktifkan refleks menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung.

18. Refleks *morro* (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik.

19. Reflek *grasping* (menggegam) sudah terbentuk dengan baik.

20. Refleks *tonic neck* yaitu gerakan spontan otot kuduk pada bayi normal.

21. Refleks *babinsky* yaitu gerakan jari sepanjang telapak kaki.

22. Refleks *stapping* yaitu refleks kaki secara spontan apabila bayi diangkat tegak dan kakinya satu persatu disentuh pada satu dasar maka seperti ada tahanan.

23. Genetalia

- a) Pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang.
 - b) Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang, serta adanya labia minora dan mayora.
24. Eliminasi baik yang ditandai dengan kelarnya mekonium dalam 24 jm pertama dan berwarna hitsm kecoklatan.

(Marmi 2012:16),

C. Proses Bayi Baru Lahir

Beberapa saat dan beberapa jam pertama kehidupan ekstrauteri adalah salah satu masa yang paling dinamis dari seluruh siklus kehidupan. Pada saat bayi lahir, bayi baru lahir berpindah dari ketergantungan total ke kemandirian fisiologis. Proses perubahan yang rumit ini disebut dengan periode transisi, yaitu periode yang dimulai ketika bayi keluar dari tubuh ibu dan berlanjut selama beberapa minggu untuk sistem organ tertentu (Varney et al, 2007:878).

Menurut Marmi (2012:6), periode transisi dibagi menjadi 3 yaitu:

1. Periode Reaktivitas (*The First Period of Reactivity*)

Dimulai dari masa persalinan dan berakhir setelah 30 menit. Selama periode ini detak jantung cepat dan denyut tali pusat terlihat. Warna bayi baru lahir memperlihatkan sianosis sementara atau akrosianosis. Mata bayi terbuka dan

menunjukkan perilaku terjaga. Bayi mungkin menangis, terkejut, atau mencari puting susu ibu. Selama periode terjaga ini setiap usaha harus untuk memfasilitasi kontak antara ibu dan bayi baru lahir. Bayi sering kali mengeluarkan feses segera setelah lahir dan bising usus biasanya muncul 30 menit setelah lahir.

Bising usus menunjukkan sistem pencernaan mampu berfungsi. Namun, keberadaan feses saja tidak mengindikasikan bahwa peristaltik mulai bekerja, melainkan hanya mengindikasikan bahwa anus paten.

Lebih jelasnya dapat dilihat secara karakteristiknya yaitu:

- a. Tanda-tanda vital bayi baru lahir sebagai berikut: frekuensi nadi apikal yang cepat dengan irama yang tidak teratur, frekuensi pernapasan mencapai 80 x/menit, irama tidak teratur dan beberapa bayi mungkin dilahirkan dengan keadaan pernapasan cuping hidung, ekspirasi mendekur serta adanya reterasi.
- b. Fluktuasi warna dari merah jambu pucat ke *sianosis*.
- c. Bising usus biasanya tidak ada, bayi biasanya tidak berkemih ataupun tidak mempunyai pergerakan usus selama periode ini.
- d. Bayi baru lahir mempunyai sedikit mucus, menangis kuat, reflek isap yang kuat. Tip khusus : selama periode

ini mata bayi terbuka lebih lama, daripada hari-hari selanjutnya, saat ini adala waktu yang paling baik untuk melalui proses periode pelekatan karena bayi baru lahir dapat mempertahankan kontak mata untuk waktu yang lama.

2. Periode Tidur (*Period of Unresponsive Sleep*)

Tahap kedua transisi berlangsung dari sekitar 30 menit setelah kelahiran bayi sampai 2 jam. Frekuensi jantung menurun selama periode ini, hingga kurang dari 140 kali per menit. Bayi dalam keadaan tidur nyenyak. Bising usus ada, tetapi kemudian berkurang. Apabila memungkinkan, bayi baru lahir jangan diganggu untuk pemeriksaan-pemeriksaan mayor atau untuk dimandikan selama periode ini. Tidur nyenyak yang pertama memungkinkan bayi baru lahir pulih dari tuntutan kelahiran dan transisi segera ke kehidupan ekstrauteri.

3. Periode Reaktivitas II (*The Second Period of Reactivity*)

Selama periode reaktivitas kedua (tahap ketiga transisi), berlangsung selama 2 sampai 6 jam setelah persalinan. Frekuensi jantung bayi labil dan perubahan warna kulit terjadi dengan cepat, yang dikaitkan dengan stimulus lingkungan. Frekuensi pernafasan bervariasi tergantung dari aktivitas. Bayi baru lahir mungkin membutuhkan makanan dan harus menyusu. Pemberian makan segera sangat penting

untuk mencegah hipoglikemia dan menstimulasi pengeluaran feses, serta mencegah ikterus. Pemberian makan segera juga memungkinkan kolonisasi bakteri di usus, yang menyebabkan pembentukan vitamin K oleh saluran cerna. Neonatus mungkin bereaksi terhadap pemberian makan yang pertama dengan meludahkan susu bercampur lendir. Bidan harus membantu dan mengajarkan ibu untuk menyendawakan bayinya. Setiap mucus/lendir yang ada selama pemberian makan awal akan mengganggu pemberian makan yang adekuat, khususnya jika mucus berlebihan akan mengindikasikan suatu masalah seperti atresia esofagus, mucus bernoda empedu menunjukkan adanya penyakit pada bayi dan pemberian makan harus ditunda sampai penyebabnya telah diselidiki secara menyeluruh (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:892-893).

D. Asuhan kebidanan pada BBL Normal

1. cara memotong tali pusat
 - a. menjepit tali pusat dengan klem dengan jarak 3 cm dari pusat, mengurut tali pusat ke arah ibu dan memasang klem ke-2 dengan jarak 2 cm dari klem.
 - b. Memegang tali pusat di antara 2 klem dengan menggunakan tangan kiri(jari tengah melindungi tubuh bayi) lalu memotong tali pusat diantara 2 klem.

- c. Mengikat tali pusat dengan jarak ± 1 cm dari umbilikus dengan simpul mati lalu mengikat balik tali pusat dengan simpul mati. Untuk kedua kalinya bungkus dengan kassa steril, lepaskan klem pada tali pusat, lalu memasukkannya dalam wadah yang berisi larutan klorin 0,5%.
- d. Membungkus bayi dengan kain bersih dan memberikannya kepada ibu.

2. Mempertahankan suhu tubuh BBL dan mencegah hipotermia.

- a. Mengeringkan tubuh bayi segera setelah lahir.
Kondisi bayi lahir dengan tubuh basah karena air ketuban atau aliran udara melalui jendela/pintu yang terbuka akan mempercepat terjadinya penguapan yang akan mengakibatkan bayi lebih cepat kehilangan suhu tubuh. Hal ini akan mengakibatkan serangan dingin (cold stress) yang merupakan gejala awal hipotermia. Bayi kedinginan biasanya tidak memperlihatkan gejala menggigil oleh karena itu kontrol suhunya belum sempurna.
- b. Untuk mencegah terjadinya hipotermia, bayi baru lahir harus segera dikeringkan dan dibungkus dengan kain kering kemudian diletakkan telungkup di atas dada ibu untuk mendapatkan kehangatan dari dekapan bayi.
- c. Menunda memandikan BBL sampai tubuh bayi stabil.
Pada BBL cukup bulan dengan berat badan lebih dari 2.500 gram dan menangis kuat bisa dimandikan ± 24 jam setelah

kelahiran dengan tetap menggunakan air hangat. Pada BBL bresiko yang berat badannya kurang dari 2.500 gram atau keadannya sangat lemah sebaiknya jangan dimandikan sampai suhu tubuhnya stabil dan mampu mengisap ASI dengan baik.

- d. Menghindari kehilangan panas pada bayi baru lahir.

Ada empat cara yang membuat bayi kehilangan panas, yaitu melalui radiasi, evaporasi, konduksi, dan konveksi.

(Kumalasari,2015:56)

E. Kebutuhan Bayi Baru Lahir

1. Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari ke-2 energi berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6 (Marmi, 2012:313).

2. Eliminasi

Pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa (Marmi,2012:314). Feses pertama berwarna hijau kehitaman, lengket dan mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel. Sejak hari ke tiga hingga ke lima kelahiran, feses mengalami tahap transisi dan menjadi berwarna kuning kecoklatan (Fraser,2009:711). Urine pertama dikeluarkan dalam 24 jam pertama setelahnya dengan frekuensi yang semakin

sering seiring meningkatnya asupan cairan. Urine encer, berwarna kuning dan tidak berbau (Sulistyawati, 2009:711).

3. Istirahat dan Tidur

Bayi baru lahir tidur 16-18 jam sehari, paling sering blog 45 menit sampai 2 jam. Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari (Walsh, 2007:378).

4. Personal hygiene

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

5. Aktivitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, akan tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut (Saifuddin, 2010:369).

6. Psikososial

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

F. Tanda Bahaya Pada Bayi Baru Lahir

1. Pernapasan : sulit atau lebih dari 60 kali per menit
2. Kehangatan : terlalu panas ($>38^{\circ}\text{C}$ atau terlalu dingin $<36^{\circ}\text{C}$)
3. Warna : kuning (terutama pada 24 jam pertama), biru atau pucat, memar.
4. Pemberian makan : hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah.
5. Tali pusat : merah, bengkak, keluar cairan (nanah), bau busuk, berdarah
6. Infeksi : suhu meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (nanah), bau busuk, pernapasan sulit
7. Tinja/kemih : tidak berkemih dalam 24 jam, tinja lembek, sering, hijau tua, ada lendir atau darah pada tinja
8. Aktivitas : menggigil, atau tangis tidak biasa, sangat mudah tersinggung, lemas, terlalu mengantuk, lunglai, kejang halus, tidak bisa tenang, menangis terus menerus (Sarwono, 2010:36).

Penanganan:

- a) Beri ASI sesuai dengan kebutuhan setiap 2-3 jam (paling sedikit setiap 4 jam).
- b) Pertahankan bayi agar selalu dengan ibu.
- c) Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering dengan mengambil popok dan selimut sesuai dengan keperluan. Pastikan bayi tidak terlalu panas dan terlalu dingin (dapat menyebabkan dehidrasi, ingat bahwa kemampuan pengaturan suhu bayi masih dalam perkembangan). Apa saja yang dimasukkan kedalam mulut bayi harus bersih.
- d) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering.
- e) Peganglah, sayangi dan nikmati kehidupan bersama bayi.
- f) Awasi masalah dan kesulitan pada bayi dan minta bantuan jika perlu.
- g) Jaga keamanan bayi terhadap trauma dan penyakit atau infeksi.
- h) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusu kurang baik (Sarwono, 2010:37).

G. Klasifikasi Berat Bayi Lahir

Menurut Kosim dkk (2009:12) Berat bayi lahir berdasarkan berat badan dapat dikelompokkan menjadi :

- 1) Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

Berat yang dilahirkan dengan berat lahir <2500 gram tanpa memandang usia gestasi (Kosim dkk, 2009, h:12). Menurut Prawirohardjo (2007, h:376), BBLR adalah neonatus dengan berat badan lahir pada saat kelahiran kurang dari 2500 gram (sampai 2499 gram). Dahulu bayi ini dikatakan prematur kemudian disepakati disebut low birth weight infant atau Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR). Karena bayi tersebut tidak selamanya prematur atau kurang bulan tetapi dapat cukup bulan maupun lebih bulan. Penelitian oleh gruendwald, menunjukkan bahwa sepertiga bayi berat lahir rendah adalah bayi aterm. (Kosim dkk, 2008:11).

Menurut (Jitowiyono,dkk 2010:78 – 79) bayi dengan BBLR dapat dibagi menjadi 2 golongan, yaitu Prematur murni dan Dismaturitas

- 1) Prematur murni adalah neonatus dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu dan mempunyai berat badan sesuai dengan berat badan untuk masa kehamilan, atau biasa disebut neonatus kurang bulan sesuai masa kehamilan.
- 2) Dismaturitas atau Kecil untuk masa kehamilan adalah bayi lahir dengan berat badan kurang dari berat badan sesungguhnya untuk masa kehamilan. Bayi berat lahir rendah merupakan masalah penting dalam pengelolaannya karena mempunyai kecenderungan ke arah peningkatan terjadinya infeksi, kesukaran mengatur nafas tubuh

sehingga mudah untuk menderita hipotermia. Selain itu bayi dengan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) mudah terserang komplikasi tertentu seperti ikterus, hipoglikemia yang dapat menyebabkan kematian. Kelompok bayi berat lahir rendah yang dapat diistilahkan dengan kelompok resiko tinggi, karena pada bayi berat lahir rendah menunjukkan angka kematian dan kesehatan yang lebih tinggi dengan berat bayi lahir cukup.

2) Bayi Berat Lahir Normal

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan sampai 42 minggu dan berat badan lahir > 2500 - 4000 gram (Jitowiyono ,dkk.2010:60).

3) Bayi Berat Lahir Lebih

Bayi berat lahir lebih adalah Bayi yang dilahirkan dengan berat lahir lebih > 4000 gram (Kosim dkk, 2009 :12). Bayi dengan berat lahir lebih bisa disebabkan karena adanya pengaruh dari kehamilan posterm, bila terjadi perubahan anatomik pada plasenta maka terjadi penurunan janin, dari penelitian Vorher tampak bahwa sesudah umur kehamilan 36 minggu grafik rata-rata pertumbuhan janin mendatar dan tampak adanya penurunan sesudah 42 minggu. Namun seringkali pula plasenta masih dapat berfungsi dengan baik sehingga berat janin bertambah terus sesuai dengan bertambahnya umur kehamilan (Prawirohardjo, 2008:691).

4. Berdasarkan usia kehamilan

1. Neonatus kurang bulan (Preterm infant): kurang dari 259 hari (37 minggu).
2. Neonatus cukup bulan (Term infant): 259-294 hari (37-42 minggu).
3. Neonatus lebih bulan (Posterm infant): lebih dari 294 hari (42 minggu lebih).

(Muslihatun, 2010:46)

5. Berdasarkan berat lahir

1. Neonatus berat lahir rendah: kurang dari 2500 gram.
2. Neonatus berat lahir cukup: antara 2500-4000 gram.
3. Neonatus berat lahir lebih: lebih dari 4000 gram.

(Muslihatun, 2010:46)

6. Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan)

- a. Neonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)
- b. Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan

(SMK/KMK/BMK). (Kumalasari,2015:213)

7. Macam-macam Reflek

Pemeriksaan neurologis merupakan indikator integritas system saraf. Baik respons yang menurun (hipo) maupun yang meningkat (hiper) merupakan penyebab masalah (Varney, 2008: 923). Reflek yang dikaji antara lain:

1) Refleks melangkah (*stepping*)

Bayi akan menggerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras (Marmi, 2014: 246).

2) Refleks menelan (*Swallowng Reflex*)

Kumpulan ASI didalam mulut bayi mendesak otot-otot didaerah mulut dan faring untuk mengaktifkan refleksi menelan dan mendorong ASI kedalam lambung bayi (Wiknjosastro, 2008: 134).

3) Reflek berkedip (*glabellar reflex*)

Pada saat pangkal hidung diketuk secara perlahan, bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketikan pertama (Marmi, 2014: 246).

4) Reflek menghisap (*sucking reflex*)

Benda menyentuh bibir disertai refleksi menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat. Dilihat pada waktu bayi menyusu.

5) Reflek mencari (*rooting reflex*)

Ketika pipi atau sudut mulut bayi disentuh, bayi akan menoleh kearah stimulus dan membuka mulutnya.

6) Refleks menggenggam (*grasping reflex*)

Ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari), respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat (Marmi, 2014: 246).

7) Refleks terkejut (*morro reflex*)

Ketika bayi kaget akan menunjukkan respon berupa memeluk dengan abduksi dan ekstensi dari ekstremitas atas yang cepat dan diikuti dengan aduksi yang lebih lambat dan kemudian timbul fleksi. Refleks ini juga berfungsi untuk mengkaji kondisi umum bayi serta kenormalan sistem syaraf pusatnya.

8) Refleks babinsky

Goreskan telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak tangan kaki. Ketika telapak kaki bayi tergores, bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi (Marmi, 2014: 247).

9) Refleks menoleh (*tonikneck reflex*)

Eksremitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi istirahat. Respon ini dapat tidak ada atau lengkap segera setelah lahir (Marmi, 2014: 247).

10) Refleksi ekstruksi

Cara mengukurnya dengan sentuh lidah dengan spatel lidah. Pada kondisi normal lidah ekstensi ke arah luar bila disentuh dengan jari atau puting (Marmi, 2014: 72).

H. Adaptasi Bayi Baru Lahir

Adaptasi neonatal (bayi baru lahir) adalah proses penyesuaian fungsional neonates dari kehidupan didalam uterus. Kemampuan adaptasi fungsional neonates dari kehidupan didalam uterus ke kehidupan diluar uterus disebut homeostasis (Puspitasari dkk, 2014:240)

Menurut Puspitasari (2014:240) Perubahan-perubahan yang segera terjadi sesudah kelahiran antara lain:

1. Perubahan metabolisme karbohidrat

Dalam waktu 2 jam setelah lahir kadar gula darah tali pusat akan menurun, energi tambahan yang diperlukan neonatus pada jam pertama sesudah lahir diambil dari hasil metabolisme asam lemak sehingga kadar gula darah dapat mencapai 120mg/100. Bila ada gangguan metabolisme akan lemah sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan neonatus maka kemungkinan besar bayi akan menderita hipoglikemia.

2. Perubahan suhu tubuh

Ketika bayi baru lahir, bayi merasa pada suhu lingkungan yang lebih rendah dari suhu didalam rahim. Apabila bayi dibiarkan dalam suhu kamar maka akan kehilangan panas

melalui konveksi. Evaporasi sebanyak 200 kal/kg/BB/menit. Sedangkan produksi yang dihasilkan tubuh bayi hanya 1/100 nya, keadaan ini menyebabkan penurunan suhu bayi sebanyak 2°C dalam waktu 15 menit. Akibat suhu yang rendah metabolisme jaringan meningkat dan kebutuhan O₂ pun meningkat.

Terdapat empat kemungkinan hilangnya panas tubuh bayi baru lahir kelingkungannya.

a) Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi (perpindahan panas dari tubuh bayi ke objek lain melalui kontak langsung). Contohnya menimbang bayi tanpa alas timbangan.

b) Konveksi

Panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah hilang yang panas tergantung pada kecepatan dan suhu udara). Contoh membiarkan atau menempatkan bayi baru lahir dekat jendela.

c) Radiasi

Panas dipancarkan dari bayi baru lahir, keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara 2 objek yang mempunyai suhu berbeda). Contoh

bayi baru lahir dibiarkan didalam ruangan dengan *air conditioner* (AC).

d) Evaporasi

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

(Muslihatun, 2010:76)

3. Perubahan pernafasan

Selama dalam rahim ibu janin mendapat O₂ dari pertukaran gas mill plasenta. Setelah bayi lahir pertukaran gas melalui paru-paru bayi. Rangsangan gas melalui paru-paru untuk gerakan rangsangan pertama.

a) Tekanan mekanik dari toraks pada saat melewati janin lahir.

b) Menurun kada pH O₂ dan meningkat kadar Ph CO₂ merangsang kemoreseptor karohd.

c) Rangsangan dingin didaerah muka dapat merangsang permukaan gerakan pernafasan.

d) Pernafasan pertama BBL normal dalam waktu 30 detik setelah persalinan. Dimana tekanan rongga dada bayi melalui jalan lahir mengakibatkan cairan paru-paru kehilangan 1/3 dari jumlah cairan tersebut. Sehingga cairan yang hilang tersebut diganti dengan udara. Paru-paru mengembang mengakibatkan rongga dada troboli

pada bentuk semula, jumlah cairan paru-paru pada bayi normal 80 x/menit- 100 x/menit.

4. Perubahan struktur

Dengan berkembangnya paru-paru mengakibatkan tekanan O_2 meningkat tekanan CO_2 menurun. Hal ini mengakibatkan turunnya resistensi pembuluh darah paru-paru sebagian sehingga aliran darah kepembuluh darah tersebut meningkat. Hal ini menyebabkan darah dari arteri pulmonalis mengalir ke paru-paru dan duktus arteriosus menutup. Dan menciutnya arteri dan vena umbilikalis kemudian tali pusat dipotong sehingga aliran darah dari plasenta melalui vena cava inferior dan foramen oval atrium kiri terhenti sirkulasi darah bayi sekarang berubah menjadi seperti semula.

5. Perubahan neurologis

Sistem saraf pada bayi baru lahir baik secara anatomi dan secara fisiologis berkembang sempurna. Semua sistem neuron terbentuk, tetapi masih banyak yang masih belum matang sampai beberapa bulan dan beberapa tahun. Oleh karena itu, bayi baru lahir gerakannya tidak terkoordinasi, pengaturan suhunya masih labil, kendali terhadap otot-ototnya buruk mereka mudah sekali “terkejut”, mudah mengalami tremor pada daerah ekstremitas dan sebagainya.

6. Perubahan Gastrointestinal

Selama masa kehidupan janin, fungsi saluran gastrointestinal masih terbatas. Janin menelan cairan amniotik dan suatu material fekal yang disebut mekonium. Namun, saluran gastrointestinal janin tidak berfungsi untuk proses pencernaan dan penyerapan zat-zat nutrisi. Pada usia gestasi 36 dan 38 minggu, sistem gastrointestinal telah cukup matang untuk beradaptasi segera dengan kehidupan diluar uterus. Berbagai enzim yang dibutuhkan untuk pencernaan berfungsi aktif, dan otot-otot serta perkembangan refleks-refleksnya menyiapkan kemampuan transportasi makanan.

Bayi baru lahir belum memiliki kemampuan untuk mentransfer makanan dari bibir ke faring. Pada bayi baru lahir agar dapat menelan, makanan harus diletakan dengan benar dibelakang lidah. Oleh karena itu,putting susu harus ditempatkan dengan benar didalam mulut BBL. Menghisap difasilitasi oleh otot dan lekuk menghisap yang kuat, atau lipatan, pada bagian depan mulut. Selain itu bantalan menghisap (cadangan jaringan lemak pada tiap pipi) mencegah kolaps pipi selama menyusu dan membuat proses menghisap menjadi lebih efektif. Jaringan lemak ini tetap ada (bahkan ketika lemak hilang dari bagian tubuh yang lain) sampai mengisap tidak lagi penting sebagai metode mendapatkan makanan. Kelenjar saliva masih belum

sempurna pada saat bayi dilahirkan dan memproduksi sedikit saliva sampai bayi berusia 3 bulan.

7. Perubahan fungsi ginjal dan eksresi urine

Ginjal janin sudah berfungsi selama sebagian besar kehidupan janin. Hal ini dibuktikan dengan adanya urine dalam kandung kemih pada awal bulan keempat gestasi. Namun, bahkan pada saat mencapai usia cukup bulan tingkat fungsi ginjal rendah. Semua nefron terbentuk, tetapi area permukaan kapiler glomerulus dan panjang tubulus sekitar sepersepuluh kali ukuran orang dewasa. Karena laju filtrasi glomerulus yang relatif rendah pada saat lahir, kelebihan air dan zat-zat terlarut tidak dapat dibuang dengan cepat dan efisien.

Dalam 24 jam kelahiran, 92% bayi baru lahir yang sehat berkemih, tetapi berkemih pertama kali dapat terjadi tepat setelah dilahirkan mungkin sangat sedikit dan agak jarang kecuali bayi baru lahir tersebut mengalami edema pada saat lahir. Seiring dengan asupan cairan meningkat mulai dari dua sampai enam kali pada hari pertama dan kedua hingga 5 sampai 20 kali per 24 jam pada hari berikutnya sampai bayi baru lahir tersebut mulai mengembangkan kontrol kandung kemihnya dan jumlah berkemih perhari akan menurun. Dengan peningkatan asupan cairan, urine menjadi jernih, berwarna kekuningan dan hampir tidak berbau.

8. Perubahan fungsi hati

Selama kehidupan janin, hati memiliki peran penting dalam pembentukan darah. Diperkirakan bahwa fungsi ini berlanjut sampai derajat tertentu setelah lahir. Selanjutnya pada periode neonatus, hati memproduksi zat-zat yang penting untuk koagulasi darah. Jika asupan gizi wanita adekuat selama kehamilan maka kadar gizi yang cukup disimpan dalam hati BBL memasukan kebutuhannya selama bulan-bulan pertam kehidupan saat diet(khususnya air susu) kurang mengandung besi. Namun, cadangan gizi BBL akan berkurang pada sekitar bulan kelima, dan kecuali diberikan makanan yang mengandung besi, defisiensi besi akan terjadi. (Sharon J et al,2011: 77-78).

I. Pelayanan Kesehatan Neonatal

Kunjungan neonatal pertama (KN1) adalah cakupan pelayanan kesehatan bayi baru lahir (umur 6 jam-48 jam). Pelayanan yang diberikan saat kunjungan neonatal yaitu pemeriksaan sesuai standart Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) dan konseling perawatan bayi baru lahir termasuk ASI eksklusif dan perawatan tali pusat. Selain KN1, indikator yang menggambarkan pelayanan kesehatan bagi neonatal adalah Kunjungan Neonatal Lengkap (KN Lengkap) yang mengharuskan agar setiap bayi baru lahir memperoleh pelayanan Kunjungan Neonatal minimal tiga kali sesuai standart. (Depkes RI,2014:151)

Menurut (Kemenkes, RI,2010) Kunjungan neonatal adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu:

1. Kunjungan Neonatal I (KN I) pada 6 jam s/d 48 jam setelah lahir
2. Kunjungan neonatal II (KN 2) pada hari ke 3 s/d 7 hari
3. Kunjungan neonatal III (KN Lengkap) pada hari ke 8 s/d 28 hari

J. Penyuluhan Sebelum Bayi Pulang

1. Perawatan Tali Pusat

Saat bayi dilahirkan, tali pusar (umbilikal) yang menghubungkannya dan plasenta ibunya akan dipotong oleh dokter. Semasa dalam rahim, tali ini menyalurkan oksigen dan makanan dari plasenta ke janin yang berada di dalamnya. Tapi saat dilahirkan, bayi tidak lagi membutuhkan oksigen dari ibunya, karena ia sudah dapat bernapas sendiri melalui hidung. Karena itulah, tali tersebut harus dipotong meski tidak semuanya. Tali pusar yang melekat di perut bayi, akan disisakan beberapa senti oleh dokter. Sisanya ini akan dibiarkan hingga pelan-pelan menyusut dan mengering, lalu terlepas dengan sendirinya. Cara membersihkannya bisa dilakukan sebagai berikut:

- a) Cuci tangan bersih-bersih dengan sabun.
- b) Ambil kapas bulat atau kapas bertangkai yang telah dibubuhi alkohol 70%, lalu bersihkan sisa tali pusar,

terutama bagian pangkalnya (yang menempel pada perut).

- c) Lakukanlah dengan hati-hati, apalagi bila pusar bayi masih berwarna merah.
- d) Gunakan jepitan khusus dari plastik untuk memegang ujung tali pusarnya, agar lebih mudah dalam membersihkan dan melilitkan perbannya.
- e) Rendam perban/kasa steril dalam alkohol 70%, lalu bungkus sisa tali pusar. Usahakan agar seluruh permukaan hingga ke pangkalnya tertutup perban.
- f) Lilitkan perban/kasa sedemikian rupa agar bungkusannya tidak terlepas. Pastikan tidak terlalu ketat, agar bayi tidak kesakitan.
- g) Gunakan kain kasa untuk mengikat perban agar tetap pada tempatnya.

(Mueser, 2007:42)

2. Pemberian ASI

Inisiasi menyusui dini atau pemberian ASI sejak dini adalah sangat dianjurkan untuk dilakukan pada setiap ibu setelah melahirkan. Proses menyusui dapat segera dilakukan begitu bayi lahir. Bayi yang lahir cukup bulan akan memiliki naluri untuk menyusui pada ibunya di 20-30 menit setelah ia lahir. Itupun jika ia tidak mengantuk akibat pengaruh obat ataupun anastesi yang diberikan ke ibu saat proses

melahirkan. Pengalaman pertama bayi. Di jam-jam pertama, bayi akan relatif tenang, terjaga dan memiliki kemampuan bawaan untuk melakukan proses latch-on (proses masuknya sebagian besar ke dalam mulut bayi hingga ia dapat mengunci dan menyusu dengan baik dan menyusu dengan baik. Riset menunjukkan bahwa bayi baru lahir yang diletakkan di perut ibu sesaat setelah ia lahir, akan mampu mencari payudara ibu dan menyusu dengan baik dalam kurun waktu kurang dari 50 menit (Mueser, 2007:42).

3. Jaga Kehangatan Bayi

Bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya dan membutuhkan pengaturan diluar untuk membuat bayi tetap hangat. Menjaga kehangatan bayi baru lahir merupakan suatu hal yang sangat penting, dengan cara membungkus atau membedung bayi rapat-rapat dan kepalanya ditutup agar membantunya merasa aman dan hangat. Hal ini membuat bayi tidur lebih nyenyak dan lama jika mereka dibungkus. Bayi yang mengalami kehilangan panas (hipotermia) berisiko tinggi untuk jatuh sakit atau meninggal. Jika bayi dalam keadaan basah atau tidak diselimuti, mungkin akan mengalami hipotermia, meskipun berada dalam ruangan hangat.

Tujuan Menjaga Kehangatan :

- a) Untuk mengurangi kehilangan panas tubuh

- b) Membuat bayi merasa aman dan hangat
- c) Membuat bayi tidur lebih nyenyak (Mueser, 2007:42).

4. Tanda-Tanda Bahaya

- a) Tidak mau menyusu atau memuntahkan semua yang diminum. Ini tanda bayi terkena infeksi berat.
- b) Bayi kejang. Kejang pada bayi baru lahir kadang sulit dibedakan dengan gerakan normal. Jika melihat gejala-gerakan yang tidak biasa dan terjadi secara berulang-ulang (menguap, mengunyah, mengisap, mata berkedip-kedip, mata mendelik, bola mata berputar-putar, kaki seperti mengayuh sepeda) yang tidak berhenti jika bayi disentuh atau dielus-elus, kemungkinan bayi kejang.
- c) Bayi lemah, bergerak hanya jika dipegang.
- d) Sesak napas (60 kali permenit atau lebih) atau napas 30 kali per menit atau kurang.
- e) Bayi merintih.
- f) Pusing kemerahan sampai dinding perut. Jika kemerahan sudah sampai ke dinding perut, tandanya sudah infeksi berat.
- g) Demam (suhu tubuh bayi lebih dari 37,5° C) atau tubuh teraba dingin (suhu tubuh bayi kurang dari 36,5° C).
- h) Mata berranah banyak.
- i) Bayi diare, mata cekung, tidak sadar, jika kulit perut dicubit akan kembali lambat. Ini tandanya bayi

kekurangan cairan yang berat, bisa menyebabkan kematian.

j) Kulit bayi terlihat kuning. Kuning pada bayi berbahaya jika muncul pada :

b) Hari pertama (kurang dari 24 jam) setelah lahir.

c) Ditemukan pada umur lebih dari 14 hari.

d) Kuning sampai ke telapak tangan atau kaki.

Bila menemukan salah satu dari tanda - tanda bahaya tersebut di atas sebaiknya orangtua segera membawa bayi ke petugas kesehatan baik dokter maupun bidan (Mueser, 2007:43).

5. Imunisasi

Setelah lahir, tubuh bayi belum punya daya tahan yang cukup untuk menangkal berbagai penyakit, selain antibodi bawaan yang diberikan ibu sejak dalam kandungan. Dengan imunisasi, tubuh bayi disiapkan mengenali beberapa penyakit tertentu yang mungkin mengancamnya. Berikut 3 jenis imunisasi awal yang diberikan di rumah sakit setelah lahir.

a) Hepatitis B

Mencegah penyakit hepatitis B yang menyerang hati (liver); berakhir menjadi sirosis (hati menciut) dan kanker hati. Segera setelah lahir, diupayakan dalam 12 jam pertama. Diberikan minimal 3 kali dalam rentang

waktu 6 bulan. Disuntikkan di paha. Diberikan tanpa memandang status ibu (pernah terinfeksi atau belum).

b) Polio

Mencegah terkena polio (poliomyelitis) yang menyebabkan anak lumpuh (kebanyakan mengenai satu kaki tetapi bisa juga terkena kedua kakinya). Menjelang pulang, diteteskan di mulut. Diberikan 3 kali dalam selang waktu 6-8 minggu. Penyakit ini sangat menular dan tidak ada obat.

c) BCG

Mencegah penyakit TB (tuberkulosis). Menjelang pulang, disuntikkan di lengan atas. Umumnya menyerang paru-paru. Tapi pada anak-anak, penyakit ini dapat menjalar misalnya ke otak, kelenjar, dan tulang, dan menimbulkan komplikasi (Mueser, 2007:43).

6. Perawatan Harian atau Rutin

Ajarkan orang tua cara merawat bayi mereka dan perawatan harian untuk bayi bayi baru lahir.

- a) Beri ASI sesuai dengan kebutuhan setiap 2-3 jam (paling sedikit setiap 4 jam), mulai dari pertama
- b) Pertahankan agar bayi selalu dengan ibu
- c) Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering, dengan mengganti popok dan selimut sesuai dengan keperluan. Pastikan bayi tidak terlalu panas atau terlalu

dingin (dapat menyebabkan dehidrasi, ingat bahwa pengaturan suhu bayi masih dalam perkembangan). Apa saja yang dimasukkan ke dalam mulut bayi harus selalu bersih

- d) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering
- e) Peganglah, sayangi dan nikmati kehidupan bersama bayi
- f) Awasi masalah dan kesulitan pada bayi dan minta bantuan jika perlu
- g) Jaga keamanan bayi terhadap trauma dan penyakit/infeksi
- h) Ukur suhu tubuh bayi, jika bayi tampak sakit atau menyusu kurang
(Mueser, 2007:44)

7. Pencegahan Infeksi

a) Infeksi

Infeksi yang terjadi pada bayi baru lahir ada dua yaitu: *early infection* (infeksi dini) dan *late infection* (infeksi lambat). Disebut infeksi dini karena infeksi diperoleh dari si ibu saat masih dalam kandungan sementara infeksi lambat adalah infeksi yang diperoleh dari lingkungan luar, bisa lewat udara atau tertular dari orang lain. Beragam infeksi bisa terjadi pada bayi baru lahir seperti herpes, toksoplasma, rubella, CMV, hepatitis, eksim, infeksi saluran kemih, infeksi telinga,

infeksi kulit, infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) dan HIV/AIDS.

Cara mengatasinya, infeksi herpes simpleks pada bayi yang baru lahir memang sangat mengkhawatirkan dan memberikan prediksi akibat yang buruk bila tidak segera diobati. Untungnya pengobatan selama ini mampu menurunkan angka kematian demikian juga mencegah progresivitas penyakit berupa infeksi herpes pada susunan saraf pusat atau infeksi diseminata (penyebaran tubuh kebagian tubuh lain). Tindakan terhadap bayi dari ibu penderita herpes genitalis dilakukan secara beragam, diantaranya ada rumah sakit yang menganjurkan isolasi. Selanjutnya, pada bayi dilakukan pemeriksaan kultur virus, fungsi hati dan cairan serebrospinalis (otak). Selain pengawasan ketat selama bulan pertama kehidupannya.

Eksim popok dapat dicegah dengan cara mengganti popok sesering mungkin setiap kali popok basah. Sebaiknya kain popok terbuat dari bahan lembut dan cara pemakaiannya tidak terlalu ketat agar kulit tidak bergesek. Penggunaan celana plastik sedapat mungkin dihindari. Eksim popok juga bisa muncul karena adanya zat-zat tajam yang biasa ada pada feses bayi yang menimbulkan peradangan disekitar anus. Bercak ini umumnya terjadi bila sikecil diare.

Adapun pemberian obat antiretroviral (ARV) pada bayi terinfeksi HIV di minggu pertama pasca kelahiran akan memberikan peluang hidup lebih lama. Pemberian ARV sesegera mungkin membantu menaikkan sistem imun yang lemah akibat serangan virus. Karena bayi yang positif terinfeksi HIV tidak mampu membangun sistem imun untuk ketahanan tubuh. Akibatnya apabila ada penyakit yang menyerang bayi akan cepat sakit dan meninggal. Menurut penelitian bayi yang mendapat terapi ARV akan mempunyai kesempatan hidup lebih lama (Mueser, 2007:44).

8. Kecelakaan

Pada bayi, umumnya kecelakaan terjadi karena jatuh, tergores benda tajam, tersedak, tercekik atau tanpa sengaja menelan obat-obatan dan bahan kimia yang ditaruh di sembarang tempat. Bisa ditebak, umumnya kecelakaan seperti itu disebabkan kelalaian orang dewasa di sekitarnya (Mueser, 2007:44).

2.1.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana

A. Pengertian

Keluarga Berencana merupakan suatu usaha menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi (Sulistyawati, 2012 :65).

Keluarga berencana adalah suatu program nasional yang dijalankan pemerintah untuk mengurangi populasi jumlah penduduk, karena diasumsikan pertumbuhan populasi penduduk tidak seimbang dengan ketersediaan barang dan jasa (pembatasan kelahiran) (Maryunani, 2016:539)

B. Tujuan Program KB

Tujuan dilaksanakan program KB yaitu untuk membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya (Sulistyawati, 2013: 89).

C. Macam-macam Kontrasepsi

1. Metode Amenore Laktasi

a. Pengertian

MAL adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya bayi hanya diberikan ASI saja tanpa tambahan makanan atau minuman lainnya. MAL mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI)

secara eksklusif untuk menekan ovulasi. MAL dapat digunakan sebagai kontrasepsi bila:

- a) Menyusui secara penuh (*full breast feeding*), lebih efektif jika pemberian ≥ 8 kali sehari.
- b) Belum haid.
- c) Umur bayi kurang dari 6 bulan (Affandi, 2012 : MK-1)

b. Cara kerja

Risiko kehamilan tinggi jika ibu tidak menyusui bayinya secara benar. Bila dilakukan secara benar, risiko kehamilan kurang dari 1 di antara 100 ibu dalam 6 bulan setelah persalinan. Keuntungan khusus bagi kesehatan adalah mendorong pola menyusui yang benar, sehingga membawa manfaat bagi ibu dan bayi. Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan agar efektivitas MAL optimal:

- 1) Ibu harus menyusui bayinya secara penuh atau hampir penuh (bayi hanya sesekali diberi 1-2 teguk air atau minuman pada upacara adat atau agama)
- 2) Perdarahan sebelum 56 hari pascalin bisa diabaikan (belum dianggap haid)
- 3) Bayi menghisap payudara secara langsung
- 4) Menyusui dimulai dari setengah sampai satu jam setelah bayi lahir
- 5) Kolostrum diberikan kepada bayi

- 6) Pola menyusui *on demand* (menyusui setiap saat bayi membutuhkan) dan dari kedua payudara
- 7) Menyusui sesering mungkin selama 24 jam termasuk malam hari
- 8) Hindari jarak antara menyusui lebih dari 4 jam

(Affandi, 2012 : MK-1)

c. Keuntungan

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

(Affandi, 2012:MK-1)

d. Keterbatasan

- 1) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pascapersalinan
- 2) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial
- 3) Efektivitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan
- 4) Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/HBV dan HIV/AIDS

(Affandi, 2012:MK-2)

e. Yang Dapat menggunakan MAL

Ibu yang menyusui secara eksklusif, bayinya berumur kurang dari 6 bulan dan belum mendapat haid setelah melahirkan (Affandi, 2012:MK-2).

f. Yang Seharusnya Tidak Pakai MAL

- 1) Sudah mendapat haid setelah bersalin
- 2) Tidak menyusui secara eksklusif
- 3) Bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan
- 4) Bekerja dan terpisah dari bayi lebih lama dari 6 jam

(Affandi, 2012:MK-3)

2. Senggama terputus

Senggama terputus merupakan metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mengalami ejakulasi. Cara kerja metode ini adalah alat kelamin pria dikeluarkan dari vagina sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina sehingga tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum sehingga kehamilan dapat dicegah (Affandi, 2012:MK-15).

a. Manfaat metode senggama terputus

1) Manfaat kontrasepsi

- (a) Efektif bila dilakukan secara benar.
- (b) Dapat digunakan untuk pendukung metode KB lainnya.
- (c) Tidak ada efek samping.

(d) Bisa digunakan setiap waktu.

(e) Tidak membutuhkan biaya.

2) Manfaat non kontrasepsi

(a) Meningkatkan keterlibatan suami dalam keluarga berencana.

(b) Untuk pasangan memungkinkan hubungan lebih dekat dan pengertian yang sangat dalam.

(Affandi, 2012:MK-15).

b. Keterbatasan

Dapat memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual.

c. Efektivitas

sangat bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan senggama terputus setiap melaksanakannya (angka kegagalan 4-27 kehamilan per 100 perempuan per tahun).

d. Indikasi

1) Suami yang ingin berpartisipasi aktif dalam keluarga berencana.

2) Pasangan yang taat beragama atau memiliki alasan filosofi untuk tidak menggunakan metode lain.

3) Pasangan yang membutuhkan kontrasepsi dengan segera.

4) Pasangan yang membutuhkan metode sementara, sambil menunggu metode yang lain.

5) Pasangan yang memerlukan metode pendukung.

6) Pasangan yang tidak teratur melakukan hubungan seksual.

e. Kontraindikasi :

- 1) Suami dengan pengalaman ejakulasi dini.
- 2) Suami yang sulit melakukan senggama terputus.
- 3) Istri yang memiliki pasangan yang sulit bekerjasama.
- 4) Pasangan yang kurang dapat saling berkomunikasi.
- 5) Pasangan yang tidak bersedia melakukan senggama terputus.

(Affandi, 2012:MK-16)

3. KB Suntik

a) Suntikan progesterin 3 bulan

Suntikan Depo Provera adalah 6-alfa-medroksiprogesteron yang digunakan untuk tujuan kontrasepsi parental, memiliki efek progestagen yang kuat dan sangat efektif. Kontrasepsi ini sangat cocok untuk program postpartum karena tidak mengganggu laktasi dan terjadinya amenorea setelah suntikan (Anwar, 2011:450).

Menurut Affandi (2012:MK-43) Terdapat 2 jenis kontrasepsi suntik progesteron, yaitu:

- 1) Depo Medroksi Progesteron Asetat (Depo Provera), mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan sekali dengan cara disuntik secara intramuskuler.

- 2) Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat), mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap 2 bulan diberikan dengan cara intramuskuler.

Cara kerja kontrasepsi suntik progestin adalah mencegah ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga kemampuan penetrasi sperma menurun, menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi, serta menghambat transportasi gamet oleh tuba.

Keuntungan suntik progestin :

- a) Sangat efektif, 0,3 kehamilan per 100 perempuan per tahun, asal penyuntikan dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang sudah ditentukan.
- b) Pencegahan kehamilan jangka panjang.
- c) Tidak berpengaruh terhadap hubungan suami istri.
- d) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, dan gangguan pembekuan darah.
- e) Tidak mempengaruhi produksi ASI.
- f) Sedikit efek samping.
- g) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.
- h) Bisa digunakan oleh perempuan usia >35 tahun sampai pre menopause.
- i) Dapat membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik.

- j) Dapat menurunkan kejadian penyakit jinak payudara.
- k) Dapat menurunkan krisis anemia bulan sabit.

Keterbatasan suntik progestin :

- 1) Sering ditemui gangguan haid seperti siklus haid yang memendek atau memanjang, perdarahan yang banyak atau sedikit, perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak (spotting) dan tidak haid sama sekali.
- 2) Klien sangat bergantung pada fasilitas pelayanan kesehatan.
- 3) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sampai suntikan berikutnya.
- 4) Permasalahan berat badan merupakan masalah efek samping yang tersering.
- 5) Tidak menjamin terhadap penularan IMS.
- 6) Terlambatnya pengembalian kesuburan setelah penghentian pemakaian, hal ini bukan karena terjadi kerusakan atau kelainan organ genetalia melainkan karena belum habisnya pelepasan obat suntikan dari deponya (tempat suntikan).
- 7) Pada penggunaan jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang (densitas), dapat menimbulkan kekeringan vagina, menurunkan

libido, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, dan jerawat.

Indikasi :

- a) Usia reproduksi.
- b) Nulipara dan yang telah memiliki anak.
- c) Menginginkan kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi.
- d) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai.
- e) Pascasalin dan tidak menyusui.
- f) Setelah abortus atau keguguran.
- g) Sudah mempunyai banyak anak tetapi belum menghendaki tubektomi.
- h) Perokok.
- i) Tekanan darah $<180/110$ mmHg dengan masalah gangguan pembekuan darah dan anemia bulan sabit.
- j) Menggunakan obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat) atau obat tuberkulosis (rifampisin).
- k) Tidak bisa memakai kontrasepsi yang mengandung estrogen.
- l) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi.
- m) Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan kontrasepsi pil kombinasi.

Kontraindikasi :

- 1) Hamil atau dicurigai hamil.
- 2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- 3) Tidak dapat menerima gangguan haid, terutama amenore.
- 4) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
- 5) Diabetes mellitus disertai komplikasi.

Waktu yang diperlukan untuk mulai menggunakan suntik progestin adalah:

- a) Setiap saat selama siklus haid, jika sudah dipastikan klien tidak hamil.
- b) Mulai hari pertama sampai hari ketujuh siklus haid.
- c) Pada klien yang tidak haid, injeksi pertama bisa diberikan setiap saat jika pasien sudah dipastikan tidak hamil. Selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.
- d) Klien yang memakai kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntik progestin, jika klien sebelumnya menggunakan kontrasepsi tersebut dengan benar dan sudah dipastikan tidak terjadi kehamilan, suntikan dapat diberikan setiap saat. Tidak perlu menunggu haid berikutnya datang.

- e) Bila klien sedang memakai jenis kontrasepsi lain dan ingin mengganti dengan suntik progesteron, suntikan yang akan diberikan dimulai pada saat jadwal kontrasepsi suntik yang sebelumnya.
- f) Klien yang memakai kontrasepsi non hormonal dan ingin menggantinya dengan suntik progestin, suntik dapat segera diberikan asal klien tidak hamil dan pemberiannya tidak perlu menunggu haid berikutnya. Jika pemberian suntikan setelah hari ke-7 siklus haid, maka selama 7 hari setelah suntikan tidak diperbolehkan untuk melakukan hubungan seksual.
- g) Klien yang ingin mengganti AKDR dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama dapat diberikan selama hari pertama sampai hari ketujuh siklus haid, atau dapat diberikan setelah hari ketujuh siklus haid tetapi dipastikan klien tidak hamil.

(Affandi, 2012:MK;43-49).

b) Suntikan kombinasi 1 bulan

Suntikan kombinasi mengandung hormone esterogen dan progesteron, yang diberikan 1 bulan sekali.

Keuntungan KB suntik 1 bulan :

- 1) Diberikan setiap 4 minggu.
- 2) Peserta suntikan cyclofem mendapat menstruasi.

3) Pemberian aman, efektif, dan relatif mudah.

Cara kerja :

a.mencegah lepasnya sel telur dari indung telur wanita

b.mengentalkan lender mulut rahim sehingga sel mani tidak dapat masuk dalam rahim

c.menipiskan endometrium.(Maryunani,2016:91)

Indikasi :

- 1) Usia reproduksi
- 2) Telah memiliki anak, atau yang belum memiliki anak
- 3) Ingin mendapat kontrasepsi dengan efektivitas tinggi
- 4) Menyusui ASI pascapersalinan lebih dari 6 bulan
- 5) Pascapersalinan dan tidak menyusui
- 6) Anemia
- 7) Nyeri haid hebat
- 8) Haid teratur
- 9) Riwayat kehamilan ektopik
- 10) Sering menggunakan pil kontrasepsi

Kontraindikasi:

- 1) Hamil atau diduga hamil
- 2) Menyusui dibawah 6 minggu pascapersalinan
- 3) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
- 4) Penyakit hati akut
- 5) Usia lebih dari 35 tahun dan merokok

- 6) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau dengan tekanan darah tinggi (lebih dari 180/110 mmHg)
- 7) Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migran
- 8) Keganasan payudara

Waktu mulai menggunakan suntikan kombinasi :

- a) Suntikan pertama dapat diberikan dalam waktu 7 hari siklus haid. Tidak diperlukan kontrasepsi tambahan.
- b) Bila suntikan pertama diberikan setelah hari ke-7 siklus haid, klien tidak boleh melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan kontrasepsi lain selama 7 hari.
- c) Bila klien tidak haid, suntikan pertama dapat diberikan setiap saat asal dapat dipastikan pasien tidak dalam keadaan hamil.
- d) Bila klien pascapersalinan 6 bulan, menyusui, serta belum haid suntikan pertama dapat diberikan asal dipastikan ibu tidak hamil.
- e) Bila klien pascapersalinan lebih dari 6 bulan, menyusui, serta belum haid suntikan pertama dapat diberikan asal dipastikan ibu tidak hamil.
- f) Bila pascapersalinan kurang dari 6 bulan dan menyusui jangan diberikan suntikan kombinasi.

- g) Bila pascapersalinan kurang dari 3 minggu dan tidak menyusui dapat diberikan suntikan kombinasi.
- h) Ibu yang sedang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi hormonal kombinasi. Selama ibu tersebut menggunakan kontrsepsi sebelumnya secara benar suntikan kombinasi dpat diberikan tanpa perlu menunggu haid.
- i) Bila kontrasepsi sebelumnya juga kontrasepsi hormonal, dan ibu tersebut ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi maka suntikan kombinasi tersebut dapat diberikan sesuai jadwal kontrasepsi sebelumnya (Pinem, 2011:144).

4. Kondom

Kondom merupakan selubung atau sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vanili), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual. Kondom terbuat dari karet sintetis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal, yang apabila digulung berbentuk rata atau memiliki bentuk seperti puting susu. Standar kondom dilihat dari ketebalannya, umumnya standar ketebalan kondom adalah 0,02 mm. Tipe kondom terdiri dari :

- a) Kondom biasa.
- b) Kondom berkontur (bergerigi).
- c) Kondom beraroma.
- d) Kondom tidak beraroma (Affandi, 2012:MK-13).

Mekanisme penggunaan kondom adalah menghalangi pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma diujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi wanita. Dapat mencegah penularan mikroorganisme (IMS) dari pasangan satu ke pasangan yang lainnya. Manfaat penggunaan kondom:

Manfaat kontrasepsi :

- 1) Efektif bila digunakan secara benar.
- 2) Kesehatan klien tidak terganggu.
- 3) Tidak mempunyai pengaruh sistemik.
- 4) Murah dan bisa dibeli secara umum.
- 5) Tidak memerlukan resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus.
- 6) Metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi lainnya ditunda.

Manfaat nonkontrasepsi :

- a) Memberikan dorongan kepada suami untuk ber KB.
- b) Dapat mencegah penularan IMS.
- c) Saling berinteraksi sesama pasangan.

(Affandi, 2012:MK-18).

Keterbatasan :

- 1) Efektivitas tidak terlalu tinggi.
- 2) Cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi.
- 3) Sedikit mengganggu hubungan seksual(mengurangi sentuhan langsung).
- 4) Harus selalu tersedia setiap berhubungan seksual.
- 5) Beberapa klien malu untuk membeli kondom di tempat umum.

Kondom sesuai untuk pria yang :

- a) Ingin berpartisipasi dalam program KB
- b) Ingin segera mendapatkan alat kontrasepsi
- c) Ingin kontrasepsi sementara
- d) Ingin kontrasepsi tambahan
- e) Hanya ingin memakai alat kontrasepsi jika akan berhubungan
- f) Beresiko tinggi tertular atau menularkan infeksi menular seksual (IMS)

Kondom tidak sesuai untuk pria yang:

- 1) Memiliki pasangan yang beresiko tinggi apabila terjadi kehamilan
- 2) Alergi terhadap bahan dasar kondom
- 3) Menginginkan kontrasepsi jangka panjang

- 4) Tidak mau terganggu dengan berbagai persiapan untuk melakukan hubungan seksual
- 5) Tidak peduli berbagai persyaratan kontrasepsi.

Efek samping kondom:

- a. Kondom rusak atau diperkirakan bocor (sebelum berhubungan)
 - b. Kondom bocor atau dicurigai ada curahan di vagina saat berhubungan
 - c. Dicurigai adanya reaksi alergi (spermisida)
 - d. Mengurangi kenikmatan hubungan seksual
- (Affandi, 2012:MK-19).

5. Kontrasepsi pil progestin (Mini Pil)

Pil progestin atau mini pil bukan merupakan penghambat ovulasi karena selama memakan pil mini ini kadang-kadang ovulasi masih dapat terjadi (Anwar, 2011:449).

Menurut Sulistyawati (2012:97:101) Jenis pil KB yaitu:

a) Pil kontrasepsi oral tipe kombinasi

Terdiri dari 21-22 pil kontrasepsi oral dan setiap pilnya berisi derivat estrogen dan progestin dosis kecil, untuk penggunaan satu siklus. Pil kontrasepsi oral pertama mulai diminum pada hari pertama perdarahan haid, selanjutnya setiap pil 1 hari 1 pil selama 21-22 hari. Umumnya setelah 2-3 hari sesudah pil kontrasepsi oral terakhir diminum, akan timbul perdarahan haid, yang

sebenarnya merupakan perdarahan putus obat. Penggunaan pada siklus selanjutnya, sama seperti siklus sebelumnya, yaitu pil pertama ditelan pada hari pertama perdarahan haid.

b) Pil kontrasepsi oral tipe sekuensial

Terdiri dari 14-15 pil kontrasepsi oral yang berisi derivat esterogen dan 7 pil berikutnya berisi kombinasi estrogen dan progestin. Cara penggunaannya sama dengan tipe kombinasi. Efektivitasnya sedikit lebih rendah dan lebih sering menyebabkan hal-hal yang tidak diinginkan.

c) Pil kontrasepsi oral tipe pil mini

Hanya berisi derivat progesin, noretrindon atau norgestrel, dosis kecil, terdiri dari 21-22 pil. Cara pemakaiannya sama dengan tipe kombinasi.

d) Pil kontrasepsi oral tipe pil pascasenggama (*morning after pil*)

Berisi dietilstilbestrol 25 mg, diminum 2 kali sehari, dalam waktu kurang dari 72 jam pascasenggama, selama 5 hari berturut-turut.

e) Pil kontrasepsi oral di pasaran

Umumnya pil kontrasepsi oral dipasaran terdiri dari 28 pil kontrasepsi, biasanya 7 diantaranya berisi plasebo (zat netral). Hal ini dilakukan untuk mendisiplinkan

pemakaian pil kontrasepsi oral. Pil kontrasepsi oral selain untuk mencegah kehamilan juga untuk mengatur haid agar teratur. Ada juga pil kontrasepsi oral yang tidak menimbulkan efek samping berat badan naik, tulang kropos. Produk tertentu pil kontrasepsi oral juga menjanjikan kehalusan kulit pada pemakainya.

Keuntungan kontrasepsi minipil:

- a) Sangat efektif apabila digunakan secara benar (98,5%). Pada penggunaan minipil jangan sampai ada pil yang terlupa atau jangan sampai terjadi gangguan gastrointestinal (muntah, diare) karena akibatnya kemungkinan terjadi kehamilan sangat tinggi
- b) Tidak mengganggu hubungan seksual.
- c) Tidak mempengaruhi ASI.
- d) Kesuburan cepat kembali.
- e) Nyaman dan mudah digunakan.
- f) Sedikit efek samping.
- g) Dapat dihentikan setiap saat.
- h) Tidak mengandung estrogen.

Keuntungan nonkontrasepsi:

- 1) Dapat mengurangi nyeri dan jumlah darah haid.
- 2) Dapat menurunkan tingkat anemia.
- 3) Dapat mencegah kanker endometrium.
- 4) Dapat melindungi dari penyakitradang panggul.

- 5) Tidak meningkatkan pembekuan darah.
- 6) Tidak menyebabkan peningkatan tekanan darah, sakit kepala dan depresi.
- 7) Dapat mengurangi keluhan premenstruasi sindrom (sakit kepala, perut kembung, nyeri payudara, lekas marah).
- 8) Sedikit sekali mengganggu metabolisme karbohidrat sehingga relatif aman diberikan pada perempuan pengidap kencing manis yang belum mengalami komplikasi.

Keterbatasan minipil:

- a) Hampir 30-60% mengalami gangguan haid (perdarahan sela, spotting, amenorea).
- b) Peningkatan atau penurunan berat badan.
- c) Harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama.
- d) Bila lupa satu pil saja, kegagalan akan menjadi besar.
- e) Payudara tegang, mual, pusing, dermatitis atau jerawat.
- f) Resiko kehamilan ektopik cukup tinggi (4 dari 100 kehamilan) tetapi resiko ini lebih rendah bila dibandingkan dengan perempuan yang tidak menggunakan minipil.
- g) Efektivitasnya menjadi lebih rendah bila digunakan secara bersamaan dengan obat tuberkulosis dan epilepsi.
- h) Hirsutisme (tumbuh rambut atau bulu berlebihan di daerah muka) tetapi sangat jarang terjadi.

Indikasi:

- 1) Usia reproduksi.
- 2) Telah memiliki anak atau yang belum memiliki anak.
- 3) Menginginkan metode kontrasepsi yang sangat efektif selama periode menyusui.
- 4) Pascasalin dan tidak menyusui.
- 5) Pasca keguguran.
- 6) Perokok.
- 7) Mempunyai tekanan darah tinggi (selama <math><180/110</math> mmHg) atau dengan masalah pembekuan darah.
- 8) Tidak boleh menggunakan estrogen atau lebih senang tidak menggunakan estrogen.

Kontraindikasi:

- a) Hamil atau diduga hamil.
- b) Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya.
- c) Tidak dapat menerima bila terjadi gangguan haid.
- d) Menggunakan obat tuberkulosis atau obat eilepsi.
- e) Kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
- f) Sering lupa menggunakan pil.
- g) Miom uterus, progestin memicu pertumbuhan miom uterus.
- h) Memiliki riwayat stroke, progestin menyebabkan spasme pembuluh darah.

Waktu menggunakan minipil:

- a) Mulai hari pertama sampai hari kelima siklus haid. Tidak diperlukan pencegahan dengan kontrasepsi lain.
- b) Dapat digunakan setiap saat asal dipastikan klien tidak hamil. Bila menggunakannya setelah hari kelima siklus haid, jangan melakukan hubungan seksual selama 2 hari atau menggunakan metode kontrasepsi yang lain selama 2 hari.
- c) Bila klien tidak haid (amenore), minipil bisa digunakan setiap saat asal dipastikan klien tidak hamil, jangan melakukan hubungan seksual selama 2 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain selama 2 hari.
- d) Bila menyusui antara 6 minggu dan 6 bulan pascasalin dan tidak haid, minipil dapat digunakan setiap saat.
- e) Bila lebih dari 6 minggu pascasalin dan klien telah mendapatkan haid makan minipil diminum pada hari pertama sampai kelima siklus haid.
- f) Minipil dapat diberikan segera pasca keguguran.
- g) Bila sebelumnya klien memakai kontrasepsi hormonal lain dan ingin menggantinya dengan minipil, minipil dapat segera diberikan bila kontrasepsi sebelumnya digunakan dengan benar dan klien tidak hamil.
- h) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi suntikan, minipil diberikan pada jadwal suntikan

berikutnya. Tidak diperlukan menggunakan metode kontrasepsi lain.

- i) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah non hormonal, minipil dapat diberikan pada hari ke 1-5 siklus haid. Tanpa diperlukan metode kontrasepsi lain.

(Affandi, 2012:MK;50-55).

6. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

AKDR adalah suatu alat yang dimasukkan kedalam rahim yang sangat efektif, reversible, dan berjangka panjang, dapat dipakai oleh perempuan usia reproduktif (Handayani, 2010:139).

a) Jenis-jenis AKDR

Jenis AKDR menurut Handayani (2010:140-141) dikategorikan menjadi 2 yaitu :

1) AKDR non hormonal

(a) Menurut bentuknya AKDR dibagi menjadi 2 yaitu :

(1) Bentuk terbuka (*open device*)

Misalnya: Lippes, Cu T,Cu-7,Marguiles, Spring Coil, Multiload, Nova-T.

(2) Bentuk tertutup (*closed device*)

Misalnya : Ota-Ring, Atigon, Graten Berg Ring.

(b) Menurut tambahan atau metal

(1) Medicated IUD

Misalnya: Cu T 200 (daya kerja 3 tahun),
Cu T 220 (daya kerja 3 tahun), Cu T 300
(daya kerja 3 tahun), Cu T 380 (daya kerja
8 tahun), Cu-7, Nova-T (daya kerja 5
tahun), ML-Cu 375 (daya kerja 3 tahun).

(2) Un Medicated IUD

Misalnya: Lippes Loop, Marguiles, Saf-T
Coil, Antigon.

2) AKDR hormonal

(a) Progestasert-T = Alza T

Panjang 36 mm, lebar 32 mm, dengan 2 lembar
benang ekor warna hitam. Mengandung 38 mg
progesteron dan barium sulfat, melepaskan 65
mcg progesteron per hari. Tabung insersi
terbentuk lengkung

Teknik insersi : plunging (*modified
withdrawal*).

(b) LNG-20

Mengandung 46-60 mg levonorgestrel, dengan
pelepasan 20 mcg per hari. Penghentian
pemakaian oleh karena persoalan-persoalan
perdarahan ternyata lebih tinggi dibandingkan

IUD lainnya, karena 25% mengalami amenorea atau perdarahan haid yang sangat sedikit.

b) Cara kerja AKDR menurut Affandi (2012:MK-81):

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

c) Keuntungan AKDR:

- 1) Sebagai alat kontrasepsi, efektivitasnya tinggi (0,6-0,8 kehamilan per 100 perempuan dalam tahun pertama).
- 2) AKDR dapat efektif setelah pemasangan.
- 3) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380A dan tidak perlu diganti).
- 4) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat.
- 5) Tidak mempengaruhi hubungan seksual.

- 6) Dapat meningkatkan kenyamanan hubungan seksual karena tidak perlu takut hamil.
- 7) Tidak ada efek samping hormonal.
- 8) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI.
- 9) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesaat setelah abortus (apabila tidak terjadi infeksi).
- 10) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir).
- 11) Tidak ada interaksi dengan obat-obatan.

d) Kerugian AKDR:

- 1) Tidak dapat mencegah IMS termasuk HIV/AIDS.
- 2) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan.
- 3) Penyakit radang panggul terjadi sesudah perempuan dengan IMS memakai AKDR. PRP dapat memicu infertilitas.
- 4) Prosedur medis, termasuk pemeriksaan pelvik diperlukan untuk pemasangan AKDR.
- 5) Klien tidak dapat melepas AKDR oleh dirinya sendiri.
- 6) Mungkin AKDR keluar dari uterus tanpa diketahui (sering terjadi apabila AKDR dipasang segera setelah melahirkan).

- 7) Tidak dapat mencegah kehamilan ektopik karena fungsi AKDR untuk mencegah kehamilan normal.
- 8) Perempuan harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu. Untuk melakukan ini, klien harus memasukkan jarinya ke dalam vagina, sebagian perempuan tidak mau melakukan ini.

e) Keuntungan setelah pemasangan

- 1) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari Cu-T-380A dan tidak perlu diganti). Sebagai kontrasepsi, efektifitasnya tinggi. Sangat efektif 0,6-0,8 kehamilan atau 100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan).
- 2) AKDR dapat efektif segera.
- 3) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat.
- 4) Tidak mempengaruhi hubungan seksual.
- 5) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil.
- 6) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (Cu-T-380A).
- 7) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI.
- 8) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi).

- 9) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir).
- 10) Tidak ada interaksi dengan obat-obatan.
- 11) Membantu mencegah kehamilan ektopik.
- 12) IUD sangat efektif, (efektivitasnya 92-94%) dan tidak perlu diingat setiap hari seperti hanya pil. Tipe multiload dapat dipakai sampai 4 tahun Nova T dan Copper T 200 (CuT-200) dapat dipakai 3-5 tahun, Cu-T 380A dapat untuk 8 tahun. Kegagalan rata-rata 0,8 kehamilan per 100 pemakai wanita pada tahun pertama pemakaian (Saifuddin, 2007:123).

f) Indikasi:

- 1) Usia reproduktif.
- 2) Keadaan nulipara.
- 3) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang.
- 4) Ibu menyusui yang menginginkan kontrasepsi.
- 5) pascalin dan ingin menyusui bayinya.
- 6) Pasca keguguran dan tidak terlihat adanya infeksi.
- 7) Resiko rendah IMS.
- 8) Tidak menghendaki metode hormonal.
- 9) Tidak perlu untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari.

10) Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari pascasenggama.

11) Perokok. (BKKBN, 2006:MK-76)

g) Kontraindikasi:

- 1) Sedang hamil atau diduga hamil.
- 2) Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya.
- 3) Sedang menderita infeksi alat genital (vaginitis, servivitis).
- 4) Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita PRP atau abortus sepsitik.
- 5) Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri.
- 6) Menderita TBC pelvik.
- 7) Menderita kanker alat genital.
- 8) Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm.

(BKKBN, 2006:MK-77)

7. Kontrasepsi Implant

Menurut Pinem (2009:98), kontrasepsi implant adalah alat kontrasepsi yang diinsersirkan tepat dibawah kulit, terdiri dari 6 kapsul *silastik*, setiap kapsulnya berisi *levornorgestrel* sebanyak 36 mg dengan panjang 3,4 cm dilakukan pada bagian dalam lengan atas atau dibawah siku melalui insisi tunggal dalam bentuk kipas, yang bekerja dalam jangka

waktu 5 tahun. Pemasangan implant hanya dilakukan petugas klinik atau orang terlatih secara khusus.

a) Macam-macam kb implant

1) *Norplant*

Terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, dengan diameter 2,4 mm yang diisi dengan 36 mg Levonorgestrel dan lama kerjanya lima tahun (Saifuddin, 2013:MK-53).

2) *Jadena dan Indolant*

Terdiri dari dua batang yang diisi dengan 75 levonogestrel dengan lama kerja 3 tahun (Kumalasari, 2015:279).

3) *Implanon*

Terdiri dari satu batang putih lentur dengan panjang 40 mm dan diameter 2 mm, yang diisi dengan 68 mg 3-keto-desogestrel dan lama kerjanya 3 tahun (Saifuddin, 2013:MK-53).

b) Cara kerja kontrasepsi implant

Menurut Saifuddin (2010:MK-54) yaitu :

- 1) Lendir serviks menjadi kental.
- 2) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi.
- 3) Mengurangi transportasi sperma.
- 4) Menekan ovulasi.

c) Keuntungan KB Implant

Menurut Manuaba (2010:603) keuntungan kb implant yaitu :

- 1) Dipasang selama 5 tahun
- 2) Kontrol medis ringan
- 3) Dapat dilayani didaerah pedesaan
- 4) Penyulit medis tidak terlalu tinggi
- 5) Biaya murah

Menurut Maryunani (2016:552) keuntungan kb implant yaitu:

- 1) Praktis
- 2) Efektif
- 3) Tidak ada faktor lupa
- 4) Tidak menekan produksi ASI
- 5) Masa pakai jangka panjang 5 tahun

d) Kerugian KB Implant :

- 1) Menimbulkan gangguan menstruasi yaitu tidak mendapat menstruasi dan terjadi perdarahan yang tidak teratur.
- 2) Berat badan bertambah.
- 3) Menimbulkan akne, ketegangan payudara.
- 4) Liang senggama terasa kering (Manuaba, 2010:603).

e) Keterbatasan kontrasepsi implant

- 1) Membutuhkan tindak pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan.
- 2) Tidak mencegah infeksi menular seksual.
- 3) Klien tidak dapat menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi, akan tetapi harus pergi ke klinik untuk pencabutan.
- 4) Efektivitasnya menurun bila menggunakan obat tuberculosis atau obat epilepsi.

(BKKBN dan Kemenkes RI No.46, 2012).

f) Efek samping

Menurut Saifuddin (2013:MK 58-59) efek samping

kb implant yaitu :

- 1) Amenorea
- 2) Perdarahan bercak
- 3) Ekspulsi
- 4) Infeksi pada daerah insersi
- 5) Berat badan naik/turun

g) Indikasi

- 1) Usia reproduksi
- 2) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang
- 3) Ibu menyusui
- 4) Pasca keguguran atau abortus
- 5) Tidak menginginkan anak lagi, tapi tidak mau menggunakan metode kontrasepsi mantap

- 6) Wanita dengan kontraindikasi hormone esterogen
- 7) Sering lupa mengkonsumsi pil.(Kumalasari, 2015:280)

h) Kontraindikasi

- 1) Hamil atau diduga hamil
- 2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
- 3) Benjolan atau kanker payudara atau riwayat kanker payudara
- 4) Tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi
- 5) Miom uterus
- 6) Gangguan toleransi glukosa (Saifuddin, 2013: MK-55).

8. Kontrasepsi mantap

a) Tubektomi

Tubektomi merupakan metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin hamil lagi. Diperlukan prosedur bedah untuk melakukan tubektomi sehingga perlu dilakukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini (Affandi, 2012:MK-89).

Tubektomi merupakan metode efektif dan tidak menimbulkan efek samping jangka panjang. Efektivitas tubektomi:

- 1) Kurang dari 1 kehamilan per 100 (5 per 100) perempuan pada tahun pertama penggunaan.
- 2) Ada 10 tahun penggunaan, terjadi sekitar 2 kehamilan per 100 perempuan (18-19 per 1000 perempuan).
- 3) Efektivitas kontraseptif terkait dengan teknik tubektomi (penghambatan atau oklusi tuba) tetapi secara keseluruhan, efektivitas tubektomi cukup tinggi dibandingkan tubektomi minilaparotomi pascapersalinan (Affandi, 2012:MK-89).

Jarang sekali ditemukan efek samping, baik jangka pendek maupun jangka panjang. Keuntungan tubektomi adalah mempunyai efek protektif terhadap kehamilan dan penyakit radang panggul (PID). Beberapa studi menunjukkan efek protektif terhadap kanker ovarium. Resiko tubektomi : walaupun jarang, tetapi dapat terjadi komplikasi tindakan pembedahan dan anastesi. Penggunaan anastesi lokal sangat efektif mengurangi resiko yang terkait dengan tindakan anastesi umum (Affandi, 2012:MK-89).

1) Indikasi:

- (a) Pasangan yang tidak ingin menambah anak lagi.
- (b) Ibu pascasalin.
- (c) Ibu yang sedang menyusui.
- (d) Tidak ingin menggunakan kontrasepsi yang harus dipakai atau disiapkan setiap waktu.
- (e) Perempuan dengan gangguan kesehatan yang bertambah berat jika terjadi kehamilan.
- (f) Pengguna kontrasepsi yang menimbulkan gangguan pola haid.

(Affandi, 2012:MK-90)

2) Profil tubektomi:

- (a) Sangat efektif dan permanen
- (b) Tindakan pembedahan yang aman dan sederhana.
- (c) Tidak memiliki efek samping.
- (d) Konseling dan *informed consent* (persetujuan tindakan) mutlak diperlukan.

(Affandi, 2012:MK-90)

3) Manfaat tubektomi

- (a) Sangat efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan).
- (b) Tidak mempengaruhi proses menyusui (*breastfeeding*)
- (c) Tidak bergantung pada faktor senggama.

- (d) Baik bagi klien apabila kehamilan akan menjadi resiko kesehatan yang serius.
- (e) Pembedahan sederhana, bisa dilakukan dengan anastesi local.
- (f) Tidak ada efek samping dalam jangka panjang.
- (g) Tidak ada perubahan daam fungsi seksual (tidak ada efek pada produksi hormone ovarium).

(Affandi, 2012:MK-91)

4) Keterbatasan tubektomi:

- (a) Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini (tidak dapat dipulihkan kembali), kecuali dengan operasi rekanalisasi.
- (b) Klien dapat menyesal dikemudian hari.
- (c) Resiko komplikasi kecil (meningkat apabila digunakan anastesi umum).
- (d) Rasa sakit atau ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan.
- (e) Dilakukan oleh dokter terlatih (dokter spesialis ginekologi atau spesialis bedah untuk proses laparoskopi).
- (f) Tidak melindungi diri dari IMS, termasuk BBV dan HIV/AIDS.

(Affandi, 2012:MK-91)

5) Indikasi

- (a) Usia > 26 tahun.
- (b) Paritas > 2.
- (c) Yakin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai dengan kehendaknya.
- (d) Pada kehamilannya akan menimbulkan resiko kesehatan yang serius.
- (e) Pascakeguguran.
- (f) Paham dan secara sukarela setuju dengan prosedur ini.

(Affandi, 2012:MK-92)

6) Kontraindikasi

- (a) Hamil.
- (b) Perdarahan pervaginam yang belum terjelaskan (hingga harus dievaluasi).
- (c) Infeksi sistemik atau pelvik yang akut (hingga masalah itu disembuhkan atau dikontrol).
- (d) Tidak boleh menjalani proses pembedahan.
- (e) Kurang pasti mengenai keinginannya untuk fertilisasi di masa depan.
- (f) Belum memberikan persetujuan tertulis.

(Affandi, 2012:MK-92)

7) Waktu pemasangan

(a) Setiap waktu selama siklus menstruasi apabila diyakini secara rasional klien tersebut tidak hamil.

(b) Hari ke-6 hingga ke-13 dari siklus menstruasi (fase proliferasi).

(c) Pascapersalinan,

(1) Minilap: di dalam waktu 2 hari atau setelah 6 minggu atau 12 minggu.

(2) Laparoskopi: tidak tepat untuk klien-klien pascapersalinan.

(d) Pasca keguguran,

(1) Triwulan pertama: dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvik (minilap atau laparoskopi).

(2) Triwulan kedua: dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvik (minilap saja) (Affandi, 2012:MK-93)

9. Vasektomi

Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk laki-laki yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya

untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini (Affandi, 2012:MK-95).

1) Efektivitas Vasektomi

(a) Setelah masa pengosongan sperma dari vasikula seminalis (20 kali ejakulasi menggunakan kondom) maka kehamilan hanya terjadi pada 1 per 100 perempuan pada tahun pertama penggunaan.

(b) Pada mereka yang tidak dapat memastikan (analisi sperma) atau tidak patuh menggunakan kondom hingga 20 kali ejakulasi maka kehamilan terjadi pada 2-3 per 100 perempuan pada tahun pertama penggunaan.

(c) Setelah 3 tahun penggunaan, terjadi sekitar 4 kehamilan per 100 perempuan.

(d) Bila terjadi kehamilan pascavasektomi, kemungkinan adalah:

(1) Pengguna tidak menggunakan metode tambahan (barier) saat senggama dalam 3 bulan pertama pascavasektomi.

(2) Oklusi vas deferens tidak tepat.

(3) Rekanalisasi spontan.

(Affandi, 2012:MK-95)

6) Manfaat

- (a) Hanya sekali aplikasi dan efektif dalam jangka panjang.
- (b) Tinggi tingkat rasio efisiensi biaya dan lamanya penggunaan kontrasepsi.

(Affandi, 2012:MK-95)

7) Keterbarasan Vasektomi

- (a) Permanen (*non-reversible*) dan timbul masalah bila klien menikah lagi.
- (b) Bila tidak siap ada kemungkinan penyesalan di kemudian hari.
- (c) Perlu pengosongan depot sperma di vasikula seminalis sehingga perlu 20 kali ejakulasi.
- (d) Resiko dan efek samping pembedahan kecil.
- (e) Ada nyeri atau rasa tidak nyaman pascabedah.
- (f) Perlu tenaga pelaksana terlatih.
- (g) Tidak melindungi klien terhadap PMS (misalnya: HBV, HIV/AIDS).

(Affandi, 2012:MK-95)

8) Efek Samping

Tidak ada efek samping jangka pendek dan jangka panjang. Karena area pembedahan termasuk superficial, jarang sekali menimbulkan resiko merugikan pada klien (Affandi, 2012:MK-95).

9) Indikasi

- (a) Usia reproduksi (biasanya < 50)
 - (b) Tidak ingin anak lagi, menghentikan fertilitas, ingin metode kontrasepsi yang sangat efektif dan permanen.
 - (c) Yang istrinya memiliki masalah usia, paritas atau kesehatan yang jika hamil dapat menyebabkan resiko kesehatan atau mengancam keselamatan jiwanya.
 - (d) Yang memahami asas sukarela dan memberi persetujuan tindakan medis untuk prosedur tersebut.
 - (e) Yang merasa yakin bahwa mereka telah mendapatkan jumlah keluarga yang diinginkan.
- (Affandi, 2012: MK-96-97)

10) Profil vasektomi

- (a) Sangat efektif.
- (b) Tidak ada efek samping jangka panjang.
- (c) Tindak bedah yang aman dan sederhana.
- (d) Efektif setelah ejakulasi 20 kali atau 3 bulan.

(Affandi, 2012:MK-98)

11) Komplikasi vasektomi:

- (a) Komplikasi dapat terjadi saat prosedur sedang berlangsung atau beberapa saat setelah tindakan.

Komplikasi selama prosedur bisa berupa komplikasi akibat reaksi anafilaksis yang disebabkan oleh penggunaan lidokain yang berlebihan terhadap anyaman pembuluh darah di sekitar vas deferens.

- (b) Komplikasi pascatindakan dapat berupa hematoma skrotalis, infeksi atau abses pada testis, atrofi, epididimitis, atau peradangan kronik granuloma di tempat insisi. Penyulit jangka panjang yang bisa mengganggu upaya pemulihan fungsi reproduksi adalah terjadinya antibodi sperma

(Affandi, 2012:MK;95-101)



Gambar 2.9
Jenis-jenis kontrasepsi

Sumber : PKBI Jateng. 2015. Mengenal jenis kontrasepsi

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Kehamilan

1. Pengkajian

A. Data Subyektif

Data subyektif adalah data yang didapat dari klien sebagai pendapat terhadap situasi data kejadian. Informasi tersebut dapat ditentukan dengan informasi atau komunikasi (Nursalam,2008:171)

1. Biodata

Mengidentifikasi informasi klien seperti:

- a) Nama: Untuk dapat mengenali nama ibu dan mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama (Romauli, 2011:162).
- b) Usia/tanggal lahir: Ibu hamil usia 20 sampai 35 tahun merupakan usia reproduksi sehat. Penyulit pada kehamilan remaja lebih tinggi dibandingkan kurun waktu reproduksi sehat (antara 20 sampai 30 tahun). Keadaan ini disebabkan karena belum matangnya alat reproduksi untuk hamil, sehingga memudahkan terjadi keguguran, infeksi, anemia pada kehamilan dan gestosis (Manuaba, 2010:235-236).
- c) Agama: sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan

keluarga sebelum dan pada saat persalinan (Manuaba, 2010:117).

d) Pendidikan terakhir: sebagai dasar bidan untuk menentukan metode yang paling tepat dalam penyampaian informasi mengenai teknik melahirkan bayi (Manuaba, 2010:117).

e) Pekerjaan: data ini menggambarkan tingkat social ekonomi, pola social budaya, dan data pendukung dalam menentukan pola komunikasi yang akan dipilih selama asuhan (Varney, 2007:534).

f) Suku/bangsa: data ini berhubungan dengan social budaya yang dianut oleh pasien dan keluarga yang berkaitan dengan persalinan (Marmi, 2011.155).

g) Alamat: selain sebagai data mengenai distribusilokasi pasien, data ini juga member gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalinan (Marmi, 2011.155).

2. Keluhan Utama

Keluhan utama pada ibu hamil adalah sebagai berikut:

rasa mual-muntah, pusing/sakit kepala, kelelahan, insomnia/susah tidur, sering buang air kecil, konstipasi/sembelit, gatal-gatal, nyeri ulu hati, nyeri sendi, nafas sesak, bengkak pada tangan dan kaki, dan kram kaki (Hidayat, 2008: 120).

3. Alasan datang

Alasan wanita datang ketempat bidan atau klinik yang diungkapkan dengan kata-katanya sendiri (Hani, 2010:87).

4. Riwayat Menstruasi

Anamnesis haid memberikan kesan tentang faal alat reproduksi/kandung, meliputi hal-hal berikut ini:

- a) Umur menarche
- b) Frekuensi, jarak/siklus jika normal
- c) Lamanya
- d) Jumlah darah yang keluar
- e) Karakteristik darah (misalnya bergumpal)
- f) HPHT, lama dan jumlahnya normal
- g) Disminorhea
- h) Perdarahan uterus disfungsi, misalnya spotting, menoragia, dan lain-lain.
- i) Penggunaan produk sanitari (misalnya celana dalam, pembalut)
- j) Sindrom syok keracunan
- k) Sindrom premenstrual

(Hani, 2011:89)

5. Riwayat Obstetri

- a) Gravida/Para
- b) Tipe golongan darah (ABO dan Rh)
- c) Kehamilan yang lalu

- 1) Tanggal persalinan
- 2) Usia gestasi
- 3) Tempat lahir
- 4) Bentuk persalinan (spontan, SC, forcep, atau vakum ekstraksi)
- 5) Masalah obstetrik, medis dan sosial yang lain, dalam kehamilan (Preeklamsia dan lain-lain), dalam persalinan (malpresentasi, drip oksitosin dan lain-lain), dalam nifas (perdarahan, infeksi, bagaimana laktasi, dan lain-lain), berat badan bayi, jenis kelamin, kelainan congenital bayi dan komplikasi seperti ikterus, status bayi saat lahir (hidup atau mati), status kehidupan bayi, jika meninggal apa penyebabnya

Pernyataan ini sangat mempengaruhi prognosis persalinan dan pimpinan persalinan, karena jalannya persalinan yang lampau adalah hasil ujian-ujian dari segala faktor yang mempengaruhi persalinan (Hani,2011:89).

6. Riwayat Kehamilan Sekarang

Riwayat kehamilan sekarang dikaji untuk menentukan umur kehamilan sekarang dengan tepat. Setelah mengetahui umur kehamilan ibu, bidan dapat memberikan konseling tentang keluhan kehamilan yang biasa terjadi dan dapat

mendeteksi adanya komplikasi yang lebih baik (Rukiyah, 2009:145).

Riwayat kehamilan sekarang menurut Nurhidayah (2014:37):

a) Hari pertama dan haid terakhir dan tafsiran persalinan.

Untuk mengetahui umur kehamilan, perkiraan lahir.

b) Keluhan-keluhan pada trimester I, II, III. Untuk mengetahui ada gangguan seperti muntah-muntah, hipertensi, perdarahan waktu hamil muda.

c) Pergerakan anak pertama kali dirasakan pada umur kehamilan berapa. Untuk mengetahui gerakan janin aktif atau tidak (Estiwidani, 2008:18). *Quickening* atau *feeling life* (persepsi gerakan janin pertama) biasanya dirasakan pada umur kehamilan 18 minggu (primigravida) atau 16 minggu (multigravida) (Pantikawati, 2010:52).

d) Dimana ibu memeriksakan kehamilannya. Untuk mengetahui tempat ANC dan untuk mengetahui riwayat kehamilan (Winkjosastro, 2007:45).

e) Sejak hamil berapa bulan ibu memeriksakan kehamilannya. Untuk mengetahui riwayat ANC teratur atau tidak, sudah hamil berapa minggu (Winkjosastro, 2007:46).

f) Sudah berapa kali ibu memeriksakan kehamilannya. Untuk mengetahui imunisasi TT (Tetanus Toxoid) sudah

atau belum, kapan, berapa kali. Keadaan psikosisnya. Untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap bayinya, wanita mengalami banyak perubahan emosi/psikologi selama masa bersalin sementara ia menyesuaikan diri menghadapi menjadi seorang ibu (Retna, 2008:53).

7. Riwayat KB

KB terakhir yang digunakan jika pada kehamilan perlu juga ditanyakan rencana KB setelah melahirkan (Hani, 2011:90). Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi estimated date of delivery (EDD) dan penggunaan metode lain dapat membantu “menangali kehamilan”. Riwayat penggunaan IUD terdahulu meningkatkan resiko kehamilan ektopik, dan tanyakan kepada klien lamanya pemakaian alat kontrasepsi dan jenis kontrasepsi yang digunakan serta keluhan yang dirasakan (Marmi, 2014: 103)

8. Riwayat kesehatan keluarga

- a) Usia ayah dan ibu, juga statusnya (hidup atau mati)
- b) Kanker
- c) Penyakit jantung
- d) Hipertensi
- e) Diabetes
- f) Penyakit ginjal

- g) Penyakit jiwa
 - h) Kelainan bawaan
 - i) Kehamilan ganda
 - j) TB (Tuberkulosis)
 - k) Epilepsi
 - l) Kelainan darah (anemia dan lain-lain)
 - m) Alergi
 - n) Kelainan genetic
 - o) Riwayat keturunan kembar
(Hani, 2011:88-89)
9. Pola Fungsi Kesehatan

a) Nutrisi

Pada ibu hamil peningkatan konsumsi makanan hingga 300 kalori per hari, mengkonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, minum cukup cairan (menu seimbang). Menurut Saiffudin (2011:286) nutrisi yang perlu ditambahkan pada saat kehamilan yaitu:

1) Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas dan hal lain merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya Pre-eklamsia. Jumlah penambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil.

2) Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 8,5 gram per hari. Sumber protein tersebut dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan), atau hewani (ayam, ikan, keju, susu, telur). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran premature, anemia, dan odema.

3) Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagian pengembangan otak dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, keju, yoghurt, dan kalsium bikarbonat. Defisiensi kalsium menyebabkan ricketsia pada bayi atau osteomalsia pada ibu.

4) Zat Besi

Pemberian zat besi dimulai dengan memberikan satu tablet sehari segera setelah rasa mual hilang. Setiap tablet mengandung FeSO_4 320 mg (Zat besi 60 mg) dan asam folat 500 μg , minimal masing-masing 90 tablet. Tablet zat besi sebaiknya tidak diminum bersama kopi atau teh karena mengganggu penyerapan. Metabolisme yang tinggi pada ibu hamil memerlukan kecukupan oksigenasi jaringan

yang diperoleh dari pengikatan dan pengantaran oksigen melalui hemoglobin didalam 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 dapat diperoleh dari sayuran hijau, daging yang berwarna merah, dan kacang-kacangan. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi.

5) Asam Folat

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

Tabel 2.10
Tambahan kebutuhan nutrisi ibu hamil

Nutrisi	Kebutuhan tidak hamil/hari	Tambahan kebutuhan hamil/hari
Kalori	2000-2200 kalori	300-500 kalori
Protein	75 gram	8-12 gram
Lemak	53 gram	Tetap
Fe	28 gram	2-4 gram
Ca	500 mg	60 mg
Vit A	3500 IU	500 IU
Vit C	75 gram	40 mg
Asam folat	180 gram	400 gram

Sumber: Marmi, 2013:201

Tabel 2.11
Contoh menu makanan dalam sehari bagi ibu hamil

Bahan makanan	Porsi hidangan sehari	Jenis hidangan
Nasi	5 + 1 porsi	Makan pagi: nasi 1,5 porsi (150 gram) dengan ikan/daging 1 potong sedang (40 gram), tempe 2 potong sedang (50 gram), sayur 1 mangkok dan buah 1 potong sedang.
Sayuran	3 mangkuk	
Buah	4 potong	
Tempe	3 potong	Makanan selingan: susu 1 gelas dan buah 1 potong sedang
Daging	3 potong	
Susu	2 gelas	Makan siang: nasi 3 porsi (300 gram), dengan lauk, sayur dan buah sama dengan pagi Makan selingan: susu 1 gelas dan buah 1 potong sedang Makan malam: nasi 2,5 porsi (259 gram) dengan lauk, sayur dan buah sama dengan pagi/siang Selingan: susu 1 gelas
Minyak	2 gelas	
Gula	2 sendok makan	

Sumber: Marmi, 2013:201

b) Pola Eliminasi

Berkaitan dengan adaptasi gestasional sehingga menurunkan tonus dan motility lambung dan usus terjadi reabsorpsi zat makanan peristaltic usus lebih lambat sehingga menyebabkan konstipasi. Penekanan kandung kemih karena pengaruh Hormon estrogen dan progesterone sehingga menyebabkan sering buang air kecil (Rukiyah, 2009:105-106).

c) Pola Aktivitas

Berhubungan dengan sistem muskuloskeleta: Persendian sakro-iliaka, sakro koksigia dan pubik yang akan menyebabkan keretakan, pusat gravitasi berubah

sehingga postur tubuh berubah, terjadi perubahan postur tubuh menjadi lordosis fisiologis. Penekanan pada ligament dan pelvik, cara berbaring, duduk, berjalan, berdiri dihindari jangan sampai mengakibatkan injuri karena jatuh (Rukiyah, 2009:107).

Senam hamil bertujuan mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat dimanfaatkan untuk berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Senam hamil dimulai pada usia kehamilan sekitar 24-28 minggu (Manuaba, 2010:132). Kontraindikasi senam hamil yaitu ibu yang memiliki riwayat keguguran berulang, kehamilan dengan perdarahan dan kehamilan dengan bekas operasi, persalinan belum cukup bulan, pada kasus infertilitas, usia saat hamil relatif tua (primi tua). Selain itu, ibu yang kondisinya tidak cukup sehat menurut dokter atau bidan tidak diperbolehkan mengikuti senam hamil (Manuaba, 2010:135).

d) Pola Istirahat dan Tidur

Berhubungan dengan kebutuhan kalori pada masa kehamilan, mandi air hangat sebelum tidur, tidur dalam posisi miring ke kiri, letakan beberapa bantal untuk menyangga, pada ibu hamil sebaiknya banyak menggunakan waktu luangnya untuk banyak istirahat atau tidur walau bukan tidur bertulan hanya baringkan

badan untuk memperbaiki sirkulasi darah (Rukiyah, 2009:106).

e) Pola Seksual

Jika wanita hamil memiliki riwayat abortus spontan atau persalinan premature maka senggama tidak boleh dilakukan selama 2-3 bulan pertama kehamilannya dan juga bukan terakhit, Kalau tidak terdapat riwayat seperti diatas, aktivitas seksual dapat dianjurkan untuk dilanjutkan menurut keinginan pasangan suami istri (Farrer, 2010:90-91).

f) Personal Hygiene

Menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genetalia) dengan cara membersihkan dengan air dan dikeringkan (Saifuddin, 2009:95).

g) Riwayat Keteregantungan

1) Merokok

Ibu hamil yang merokok akan sangat merugikan diri sendiri dan bayinya. Bayi akan kekurangan oksigen dan racun yang dihisap melalui rokok bisa di transfer melalui plasenta kedalam tubuh bayi. Kandungan nikotin yang terdapat didalam rokok dapat menyebabkan efek vasokonstriksi kuat dan meningkatkan tekanan darah, frekuensi jantung,

peningkatan epinephrin, dan CO₂ meningkatkan risiko terjadinya abortus spontan, plasenta abnormal dan preeklamsia (Marmi, 2011:268).

2) Alkohol

Masalah signifikan yang ditimbulkan oleh anak-anak yang mengalami sindrom alkohol janin dan gangguan perkembangan saraf terkait alkohol membuat klinis wajib menanyakan asupan alkohol dan mengingatkan wanita efek potensial jangka panjang pada bayi yang dikandungnya (Marmi, 2011:268).

3) Obat Terlarang

Mengidentifikasi penggunaan obat pada masa hamil sangat penting. Membantu wanita yang ingin berhenti merokok, mengidentifikasi janin dan bayi berisiko. Wanita yang menggunakan obat-obatan terlarang akan menyebabkan keterlambatan perkembangan janin, retardasi mental atau bahkan kematian (Marmi, 2011:268).

10. Riwayat Psikososial dan budaya

Status perkawinan : beberapa pertanyaan yang dapat diajukan antara lain usia nikah pertamakali, status pernikahan sah/tidak, lama pernikahan, perkawinan sekarang adalah suami yang keberapa (Sulistiyawati, 2010:101).

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum

Data ini didapat dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang dilaporkan kriterianya adalah:

- 1) Baik: jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.
- 2) Lemah: Pasien dimasukkan dalam criteria ini jika ia kurang atau tidak memberi respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain dan dia sudah tidak mampu berjalan sendiri (Sulistyawati, 2010:102).

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien dari keadaan *composmentis* (kesadaran maksimal) sampai *coma* (pasien tidak dalam keadaan sadat) (Sulistyawati, 2010:102).

c) Tanda-tanda Vital

1) Tekanan Darah

Tekanan darah dalam batas normal, yaitu 100/70-130/90 mmHg. Wanita yang tekanan darahnya sedikit meningkat diawal peretengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika wanita multipara dengan sistolik >120 mmHg. Berisiko mengalami pre-eklamsia (Marmi, 2014:163). Kenaikan tidak boleh lebih dari 30 mmHg pada sistolik atau 15 mmHg pada diastolik, lebih dari batasan tersebut ada kemungkinan mulai terdapat pre-eklamsia (Manuaba, 2012:265).

2) Nadi

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

3) Suhu

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

4) Pernafasan

Untuk mengetahui system pernafasan, normalnya 16-24 kali permenit (Romauli, 2011:173).

5) 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).

(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, 2012:95).

Ibu yang menurut kategori BMI berada pada rentang obesitas lebih beresiko mengalami komplikasi kehamilan. komplikasi tersebut antara lain diabetes gestasional, hipertensi akibat kehamilan dan distosia bahu (freser et al 2009:122).

Menurut Saifuddin (2010:80), rekomendasi penambahan berat badan selama kehamilan berdasarkan indeks massa tubuh yaitu dapat dilihat dalam tabel 2.11 sebagai berikut:

Tabel 2.112
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
Gemelli		16 - 20,5

Sumber : (Saifuddin. 2010:80)

(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).

2. 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, 2011:173).

b) Muka

Pada wajah perlu dilakukan pemeriksaan oedema yang merupakan tanda klasik pre eklamsia (Verney et al, 2007:693). Oedema adalah penimbunan secara umum dan berlebihan dalam jaringan tubuh, dan biasanya dapat diketahui dari kenaikan berat badan dan pembengkakan kaki, jari tangan, dan muka (Wiknjosastro, 2007:282).

c) Mata

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

d) Mulut dan gigi

Mulut simetris atau tidak, bibir kering atau tidak, gigi terdapat caries atau tidak (Baety,2012:5). Wanita yang bersalin biasanya mengeluarkan bau nafas yang tidak sedap, mulut kering atau pecah-pecah, tenggorokan nyeri dan gigi berjogong, trauma jika ia bersalin selama berjam-jam tanpa mendapat cairan oral dan perawatan mulut (verney et al, 2008:719).

e) Leher

Normal apabila tidak ada pemebesara kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tidak di temukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011:174).

f) Dada/payudara

- 1) Retraksi atau penonjolan interkosta dan atau subklavia
- 2) Kesimetrisan geraak napas

- 3) Frakuensi, kedalaman irama dan tipe pernapasan (dada, abdomen)
 - 4) Auskultasi paru (bunyi napas normal, wheezing, ronki, mengi, *friction rub*, bunyi tambahan lain)
 - 5) Auskultasi jantung (frekuensi, irama, dan kualitas bunyi napas pada empat area katup, bunyi tambahan, murmur, *sprlitting*, gesekan, *thrill*)
 - 6) Pemeriksaan payudara yang dilakukan meliputi bentuk, besar masing-masing payudara (seimbang atau tidak), *hiperpigmentasi* aerola payudara, teraba massa yang nyeri atau tidak bila ditekan, *colostrums*, keadaan puting (menonjol, datar, atau masuk ke dalam), kebersihan, bentuk *Breast Holder* (BH)
(Romauli, 2011:174)
 - g) Abdomen
Amati bentuk, bekas luka operasi, *striae*, *linea*, TFU, hasil pemeriksaan palpasi Leopold, kontraksi uterus, TBJ, DJJ, palpasi kandung kemih (Sulistyawati, 2010:103).
- 1) Dengan cara Mc.Donald, untuk mengetahui TFU dengan pita ukur kemudian dilakukan penghitungan tafsiran berat janin dengan rumus dari Johnson Tausak (TFU (cm) –n x 155= TBJ). Bila kepala

diatas *spina ischiadica* maka n-12. Bila kepala di atas *ischiadica* maka n-11 =11 (Varney, 2011:530).

Tabel 2.13
Perkiraan usia kehamilan dalam minggu dan TFU dalam cm

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

Sumber: Saifudin, 2014; 93

Tabel 2.14
Tafsiran berat janin sesuai usia kehamilan trimester III

Usia kehamilan (bulan)	Berat janin (gram)
7	1000
8	1800
9	2500
10	3000

Sumber: Manuaba dkk, 2010; 89

2) Menentukan Usia Kehamilan

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

- (a) Dihitung dari hari peertama haid terakhir (HPHT) sampai dengan hari pemeriksaan,

kemudian dijumlah dan dijadikan dalam hitungan minggu.

(b) Ditambah 4,5 bulan dari waktu ibu merasa gerakan janin pertama kali “feeling life” (*quickening*).

(c) Menurut Mc. Donald adalah modifikasi cara Spiegelberg, yaitu jarak fundus-simfisis dalam cm dibagi 3,5 merupakan tuanya kehamilan dalam bulan.

(d) Menurut Manuaba (2010:120) menetapkan usia kehamilan berdasarkan hasil pemeriksaan palpasi Leopold I pada trimester III.

Tabel 2.15

Usia kehamilan berdasarkan TFU pada pemeriksaan palpasi

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

Sumber: Manuaba dkk, 2010: 120

(e) Menurut Manuaba (2010:128), menjelaskan untuk menetapkan usia kehamilan yaitu:

(1) mendengarkan denyut jantung janin, denyut jantung janin akan terdengar pada usia kehamilan lebih dari 16 minggu;

(2) memperhitungkan masuknya kepala ke pintu atas panggul terutama pada

primigravida masuknya kepala ke pintu atas panggul terjadi pada minggu ke-36;

(3) mempergunakan ultrasonografi dengan melihat jarak biparietal, tulang tibia dan panjang lingkaran abdomen janin;

(4) mempergunakan hasil pemeriksaan air ketuban, semakin tua usia kehamilan semakin sedikit air ketuban.

3) Pemeriksaan Khusus (Letak dan Presentasi)

Letak dan presentasi dapat diketahui menggunakan palpasi. Salah satunya dengan cara palpasi yang sering digunakan adalah Leopold, yaitu:

a. Leopold I : untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang berada pada bagian fundus.

Menentukan tinggi fundus uteri, bagian janin dalam fundus, dan konsistensi fundus.

Pada letak kepala akan teraba bokong pada fundus, yaitu tidak keras, tidak melenting, dan tidak bulat. Knebel dengan menentukan letak

kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan lain diatas simfisis

(Manuaba, 2010:118). Menurut Marmi

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

- (1) Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha
- (2) Pemeriksa berdiri disebelah kanan penderita dan melihat kearah muka penderita
- (3) Rahim dibawah ke tengah
- (4) Tinggi fundus uteri ditentukan



Gambar 2.10
Leopold I

Sumber: www.google.co.id (diakses 23 Januari 2019)

TFU berdasarkan Leopold pada trimester III dapat dicermati pada tabel dibawah ini.

Tabel 2.16
TFU berdasarkan leopold pada trimester III

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

Sumber: Jannah, 2017:84

- b) Leopold II : untuk mengetahui letak janin memanjang atau melintang dan bagian janin yang disebelah kiri atau kanan.

Menentukan batas samping rahim kanan/kiri dan menentukan letak punggung.

Letak membujur dapat ditetapkan punggung anak, yang teraba rata dengan tulang iga seperti papan cuci. Variasi Buddin dengan menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus. Variasi Ahfeld dengan menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan di tengah perut (Manuaba, 2010:118-119). Menurut Marmi (2011:167-168) langkah-langkah Leopold II yaitu:

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

Variasi Buddin: menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus, tangan yang lain meraba punggung janin (Manuaba, 2012:118).

Variasi Ahfeld : menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di tengah perut (Manuaba, 2012:119)



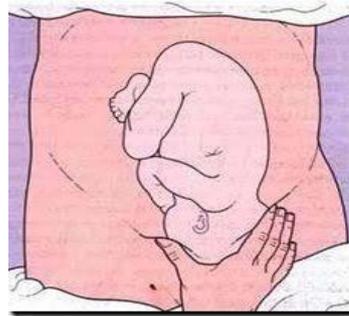
Gambar 2.11
Leopold II

Sumber: www.google.co.id (diakses 23 Januari 2019)

- c) Leopold III : untuk menentukan bagian janin yang berada dibawah (presentasi) dan untuk menentukan apakah bagian bawah janin sudah masuk panggul.

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

- (1) Dipergunakan satu tangan saja
- (2) Bagian bawah ditentukan antara ibu jari dan jari lainnya
- (3) Cobalah apakah bagian bawah masih dapat digoyangkan



Gambar 2.12
Leopold III

Sumber: www.google.co.id (diakses 23 Januari 2019)

- d) Leopold IV : Menentukan bagian terbawah janin dan seberapa jauh janin sudah masuk PAP.

Bila bagian terendah masuk PAP telah melampaui lingkaran terbesarnya, maka tangan yang melakukan pemeriksaan divergen, sedangkan bila lingkaran terbesarnya belum masuk PAP, maka tangan pemeriksa konvergen (Manuaba, 2010:119).

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

- (1) Pemeriksa mengubah sikapnya menjadi ke arah kaki penderita
- (2) Dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi bagian bawah
- (3) Ditentukan apakah bagian bawah juga masuk ke dalam PAP dan berapa masuknya bagian bawah kedalam rongga panggul

- (4) Jika kita rapatkan kedua tangan ada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar.



Gamabr 2.13
Leopold IV

Sumber: www.google.co.id (diakses 23 Januari 2019)

e) Perlindungan

Tabel 2.17
Penurunan kepala janin

Periksa luar	Periksa dalam	Keterangan
5/5	-	Kepala di atas PAP, mudah digerakkan
4/5	H _{I-II}	Sulit digerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
3/5	H _{II-III}	Bagian terbesar belum masuk panggul
2/5	H _{III} ⁺	Bagian terbesar belum masuk panggul
1/5	H _{III-IV}	Kepala di dasar panggul
0/5	H _{IV}	Di perineum

Sumber: Saifuddin, 2014:98

f) Osborn Test

Menurut Winkjosastro (2007:231) tujuan osborn ini adalah untuk mengetahui adanya DKP (disporsi kepala panggul) pada ibu hamil. Prosedur pemeriksaan tes osborn ini adalah sebagai berikut:

- (1) Dilakukan pada umur kehamilan 36 minggu

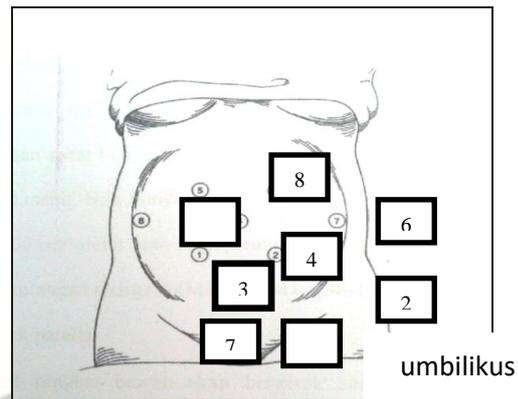
(2) Tangan kiri mendorong janin masuk ke arah PAP

Apabila kepala mudah masuk tanpa halangan, maka hasil tes osborn adalah negatif. Apabila kepala tidak bisa masuk dan teraba tonjolan diukur dengan dua jari telunjuk dan jari tengah tangan. Apabila lebar tonjolan lebih dari dua jari maka hasil tes osborn adalah positif. Apabila lebar tonjolan kurang dari dua jari maka hasil tes osborn adalah ragu-ragu. Dengan pertambahan usia kehamilan ukuran kepala diharapkan bisa menyesuaikan ukuran panggul (mooulase) Winkjosastro, 2007:231).

Cara lain apabila kepala tidak masuk dan teraba tonjolan diatas simfisis maka jari tengah diletakkan tepat diatas simfisis. Apabila telunjuk lebih rendah dari jari tengah, maka hasil tes osborn adalah negatif, apabila jari telunjuk dan jari tengah sejajar, maka hasil tes osborn adalah ragu-ragu, apabila jari telunjuk lebih tinggi dari jari tengah maka hasil tes osborn positif (Winkjosastro, 2007:231).

g) Pemeriksaan Denyut Jantung

Pemeriksaan denyut jantung janin dapat menggunakan stetoskop Laennec untuk usia kehamilan 17-22 minggu, dengan USG (Ultrasonografi), dan dengan fetal Doppler sekitar minggu ke 12 kehamilan. Dengan stetoskop dapat didengar bermacam-macam bunyi berasal dari anak (bunyi jantung, bising tali pusat, gerakan anak), dari ibu (bising rahim, bunyi aorta, bising usus). Bunyi jantung anak baru dapat didengarkan pada akhir bulan kelima walaupun dengan ultrasound (dopton) sudah didengar pada akhir bulan ketiga. Bunyi jantung anak paling jelas terdengar di pihak punggung anak dekat pada kepala. Pada presentasi biasa (letak kepala), tempat ini di kiri atau kanan bawah pusat (Marmi, 2011; 171). Mendengarkan denyut jantung janin meliputi frekuensi dan keteraturannya. DJJ dihitung selama 1 menit penuh. Jumlah DJJ normal antara 120 sampai 140x/menit (Romauli, 2011:180).



Gambar 2.14
Letak Punctum Maksimum Setelah Minggu ke-26
Gestasi

Sumber: Wheeler, 2007:145

Keterangan :

Gambar ini untuk mencari letak DJJ, posisi umbilikus berada pada pertengahan angka 3 dan 4. Posisi 1 dan 2 mula-mula dengarkan dipertengahan kuadran bawah abdomen. Posisi 3 jika DJJ tidak ditemukan, dengarkan di pertengahan garis imajier yang ditarik dari umbilikus sampai pertengahan puncak rambut pubis. 4 jika tidak ditemukan, dengarkan langsung diatas 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.

h) 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 (Gegor, 2007:539).

i) 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 (*kandiloma akuminata, kista bartholini, abses bartholini, fibroma labium mayus*).

Pada palpasi vulva akan teraba mayus dan teraba pembengkakan kelenjar bartholini. (Manuaba 2012:537).

j) 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 pelvic ketika duduk atau pada vena kava inferior ketika berbaring. Jika edema muncul pada muka, tangan dan disertai proteinuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya pre-eklamsia (Marmi, 2014:136).

Bila bawah bergerak sedikit ketika tendon ditekuk, bila gerakannya berlebihan dan cepat maka hal ini mungkin merupakan tanda preeklamsia. bila reflek patella negatif kemungkinan pasien mengalami kekurangan vitamin B1 (Romauli, 2011:176).

3. Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan Darah

1) *Haemoglobin*

Pemeriksaan dan pengawasan *Haemoglobin* (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat Sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan Sahli dapat digolongkan sebagai berikut: anemia jika Hb 11 g%, anemia ringan jika 9-10 g%, anemia sedang jika 7-8 g%, anemia berat jika Hb < 7 g% (Manuaba, 2012:139).

2) Golongan Darah

Golongan darah ABO dan faktor *Rhesus* (Rh). Ibu dengan *rhesus* negatif berisiko mengalami keguguran, *amniosentesis* atau trauma uterus dan harus diberi anti-gamaglobulin D dalam beberapa hari setelah pemeriksaan. Jika titrasi menunjukkan peningkatan beberapa respon antibodi, harus dilakukan pemeriksaan yang lebih sering dalam rangka merencanakan penatalaksanaan pengobatan oleh spesialis *Rhesus* (Rfaser dan Cooper, 2009:255).

b) Pemeriksaan Protein Urine

Pemeriksaan urine dilakukan pada kunjungan pertama dan setiap kunjungan trimester III. Cara menilai hasil yaitu

tidak ada kekeruhan (-), ada kekeruhan tanpa butir-butir (+), kekeruhan mudah terlihat dengan butir-butir (++) , kekeruhan jelas dan berkeping-keping (+++). Sangat keruh berkeping-keping besar atau bergumpal (++++) (Romauli, 2011:187-188).

c) Pemeriksaan Reduksi

Untuk mengetahui kadar glukosa dalam urine dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan. Pemeriksaan reduksi yang paling sering digunakan adalah metode *Frhling* (Romauli, 2011:188).

d) Pemeriksaan Dalam

Periksa dalam adalah suatu prosedur pemeriksaan rongga panggul dan leher rahim yang dilakukan oleh bidan atau dokter kandungan. Sebagian perempuan merasakan ketidaknyamanan dalam menjalani pemeriksaan ini. Periksa dalam dilakukan selama maksimal 30-45 detik. Periksa dalam dilakukan untuk mendiagnosis kehamilan. Jadi akan dilakukan pada ibu hamil yang pertama kali datang ke bidan atau dokter. Selanjutnya, pemeriksaan dalam akan dilakukan secara efektif menjelang persalinan. Periksa dalam dapat meraba kekakuan atau kelenturan leher rahim, pembukaan leher rahim, pembukaan leher rahim, keadaan ketuban,

dan posisi kepala janin serta ukuran panggul (Sinsin, 2008: 50-51).

Pemeriksaan dalam dilakukan baik pada kehamilan muda maupun kehamilan tua. Pemeriksaan ini untuk mengetahui tanda hegar, tanda chadwick, dan tanda piskacek pada kehamilan muda yang ditunjukkan dengan adanya kontraksi braxton hicks, teraba ballotement, dan pembukaan serviks. Pemeriksaan dalam pada kehamilan tua dilakukan terhadap:

- 1) Serviks yaitu untuk mengetahui pelunakan serviks dan pembukaan serviks.
- 2) Ketuban yaitu untuk mengetahui apakah sudah pecah atau belum dan apakah ada ketegangan ketuban.
- 3) Bagian terendah janin yaitu untuk mengetahui bagian apakah yang terendah dari janin, penurunan bagian terendah, apakah ada kedudukan rangkap, apakah ada penghalang di bagian bawah yang dapat mengganggu jalannya persalinan.
- 4) Perabaan forniks yaitu untuk mengetahui apakah ada bantalan forniks dan apakah bagian janin masih dapat didorong keatas.

(Manuaba, 2009:34)

e) Pemeriksaan Panggul Luar

Pemeriksaan ini digunakan untuk menentukan secara garis besar jenis, bentuk, dan ukuran panggul jika pelvimetri ronsen sulit dilakukan. Alat-alat yang digunakan adalah jangka panggul *marting*, *oscander*, *collin*, *boudelogue*, dan lain-lain (Yulaikhah, 2008:16).

Aspek yang diukur adalah sebagai berikut:

1) Distansia spinarum (24-26 cm)

Jarak antara kedua spina illiaca anterior superior sinistra dan dekstra (Yulaikhah, 2008:16).

2) Distansia kristarum (28-30 cm)

Jarak terpanjang antara dua tempat yang simetris pada krista illiaca sinistra dan dekstra. Umumnya ukuran ini tidak penting, namun ukuran ini lebih kecil 2-3 cm dari angka normal sehingga dapat dicurigai adanya patologi panggul (Yulaikhah, 2008: 17).

3) Konjugata eksterna (*boudelogue*)

Jarak antara bagian atas simfisis ke prosesus spinosul lumbal V lebih kurang 18 cm (Yulaikhah, 2008:17).

4) Distansia tuberum

Jarak antara tuber ischii kanan dan kiri lebih kurang 10,5 cm. untuk mengukurnya dipakai

oscander. Angka yang ditunjuk jangk harus ditambah 1,5 cm karena adanya jaringan subkutis antara tulang dan ujung jangk. Jika jarak ini kurang dari normal, dengan sendirinya arkus pubis lebih kecil dari 90° (Yulaikhah, 2008:17).

f) *Ultrasonografi*

Menurut Romauli (2011:72), 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 mengukur umur kehamilan 7-14 minggu.
- 3) Dengan mengukur diameter bipareteral (BPD) untuk kehamilan lebih 12 minggu.

g) Non Stress Test (NST)

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

h) Kartu Skor Pordji Rochyati

Untuk mendeteksi risiko ibu hamil dapat menggunakan Kartu Skor Poedji Rochyati (KSPR). Terdiri dari Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan skor 2 ditolong oleh bidan, Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan skor 6-10 ditolong oleh bidan atau dokter, Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan skor > 12 ditolong oleh dokter (Kemenkes, 2014:12a).

C. Analisis/Diagnosa Kebidanan

Menurut Permenkes RI No 938/Menkes/VIII/2017 bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakan diagnosa dan masalah yang tepat.

Diagnosa : G₁/_>1P_{APIAH} usia kehamilan 28-40 minggu tunggal intrauteri, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokonng, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2012:123).

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 (Varney dkk, 2007:538-543).

D. Perencanaan

Diagnosa Kebidanan: G₁>1P_{APIAH} usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2012:123).

Tujuan : Ibu dan janin, sejahtera sampai melahirkan .

Kriteria :

1. Keadaan umum baik
2. Kesadaran *Composmentis*
3. Tanda-tanda vital normal:
 - Tekanan darah :100/70 mmHg
 - Nadi :76-88x/menit
 - Suhu :36,5-37,5⁰C
 - Respirasi Rate :16-24x/menit
4. Pemeriksaan Laboratorium
 - Hb \geq 11% gr%, protein urine (-), reduksi urine (-)
5. DJJ 120-160x/menit, kuat, irama teratur
6. TFU sesuai dengan usia kehamilan
7. Situs bujur dan presentasi kepala

Intervensi menurut Varney, Kriebs dan Gegor (2007:554-556) 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 meliputi perdarahan pervaginam, demam, sakit kepala hebat, odema, ketuban pecah dini.

R/ Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya

3. Diskusikan dengan ibu tentang kebutuhan dasar ibu hamil meliputi nutrisi, eliminasi, istirahat dan tidur, perslan hygien, aktivitas, hubungan seksual perawatan payudara.

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 meliputi:Hipertensi, pre-eklamsia, ketuban pecah dini, dll yang mengindikasi pentingnya menghubungi tenaga kesehata dengan segera.

R/ Mengidentifikasi tanda bahaya dalam kehamilan, supaya ibu mengetahui kehamilan 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, 2011:128)

6. Jelaskan pada ibu 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.

Potensi masalah:

1. Masalah I: Edema Dependen

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

Kriteria : Setelah tidur/istirahat edema berkurang

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

a) Jelaskan penyebab edema

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

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

R/ Mengurangi penekanan pada vena dalam panggul

c) Anjurkan ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama.

R/ Meringankan penekanan pada vena dalam panggul

d) Anjurkan ibu untuk menghindari pakaian yang ketat.

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

- e) Anjurkan pada ibu menggunakan penyokong atau korset pada abdomen maternal

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

2. Masalah 2: Nokturia

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

Kriteria :

- a) Ibu BAK 7-8x/ hari terutama siang hari
- b) Infeksi saluran kencing tidak terjadi

Intervensi menurut Manuaba (2010:321)

- a) Jelaskan pada ibu terjadinya sering kencing.

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

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

R/ Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih.

- c) Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK

R/ Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

- d) Anjurkan ibu untuk minum 8-10 gelas/hari tetapi banyak minum pada siang hari dan akan menguranginya setelah makan sore, serta sebelum tidur buang air kecil

R/ Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

3. Masalah 3: Konstipasi sehubungan dengan peningkatan progesterone

Tujuan : Tidak terjadi konstipasi

Kriteria : Ibu bisa BAB 1-2x/hari

Intervensi menurut Pantiawati (2009: 112)

- a) Anjurkan ibu untuk membiasakan BAB teratur

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

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

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

- c) Anjurkan ibu minum cairan dingin/pnas (terutama ketika perut kosong)

R/ Dengan minum panas/dingin sehingga dapat merangsang BAB

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

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

4. Masalah 4 : Hemoroid

Tujuan : Hemoroid tidak terjadi atau tidak bertambah parah

Kriteria :

a. BAB 1-2x/hari, konsistensi lunak

b. BAB tidak berdarah dan tidak nyeri

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

a) Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan tinggi serat untuk menghindari konstipasi

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

b) Anjurkan ibu untuk minum air hangat 1 gelas tiap bangun pagi.

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

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

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

d) Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi

R/ Mengejan yang terlalu sering memivu terjadinya hemoroid.

e) Anjurkan ibu untuk berendam air hangat.

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

f) Anjurkan ibu untuk mengompres es dan air hangat

R/ Kompres diperlukan untuk mengurangi hemoroid.

5. Masalah 5 : Kram pada kaki

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

Kriteria : Kram pada kaki berkurang dan ibu mampu mengatasi bila kram tungkai berkurang

Intervensi menurut Romauli (2007:130)

a) Jelaskan penyebab kram kaki.

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

b) Anjurkan ibu untuk senam hamil teratur.

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

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

R/ Sirkulasi darah ke jaringan lancar.

d) Minta ibu untuk tidak berdiri lama.

R/ Mengurai penekanan yang lama pada kaki sehingga sirkulasi darah lancar.

- e) Anjurkan ibu untuk menghindari aktivitas berat dan cukup beristirahat.

R/ Otot-otot bisa re;aksasi sehingga kram berkurang.

- f) Anjurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor

R/ Konsumsi kalsium dan fosfor baik untuk kesehatan tulang.

6. Masalah 6 : Sesak napas

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

Kriteria :

a) Frekuensi pernapasan 14-24x/menit

b) Ibu menggunakan pernafasan perut

Intervensi menurut Salehah (2009:543)

a) Jelaskan pada ibu penyebab sesak napas.

R/ Ibu mengerti penyebab sesak napas yaitu karna membesarnya uterus.

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

R/ Menghindari penerkanan diafragma

- c) Anjurkan ibu senam hamil teratur

R/ Merelaksasi otot-otot

d) Anjurkan ibu menghindari kerja keras

R/ Aktifitas berat menyebabkan energy yang digunakan banyak dan menambah kebutuhan O₂.

e) Anjurkan ibu berdiri meregangkan lengannya di atas kepala

R/ Penegangan tulang meringankan penarikan napas.

7. 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 :

a) Pusing berkurang

b) Kesadaran *composmentis*

c) Tidak terjadi jatuh/hilang keseimbangan

Intervensi menurut Rukiyah (2008:314)

a) Jelaskan kepada ibu penyebab pusing

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

b) Anjurkan ibu cara bangun perlahan dari posisi istirahat

R/ Agar ibu tidak terjatuh dari bangun tidur

c) Anjurkan ibu untuk menghindari beridri terlalu lama di lingkungan panas dan sesak.

R/ Kekurangan O₂ karena lingkungan sesak dapat menyebabkan pusing.

8. Masalah 8 : Nyeri punggung

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

Kriteria : Nyeri punggung berkurang

Intervensi menurut Saifuddin (2008:432)

a) Tekuk kaki dari pada membungkuk ketika mengangkat apapun. Lebarkan kedua kaki dan tempatkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain saat menekukan kaki.

R/ Menekuk kaki akan membuat kedua tungkai yang menopang berat badan dan meregang, bukan punggung. Melebarkan kedua kaki dan menempatkan satu kaki sedikit didepan dari posisi setengah jongkok.

b) Hindari membungkuk berlebihan dan mengangkat beban.

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

c) Anjurkan tidur miring ke kiri dan perut diganjal bantal

R/ Mengurangi penekanan uterus pada ligamentum rotundum.

d) Gunakan sepatu tumit rendah

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

- e) Gunakan kasur yang menyokong dan posisikan badan dengan menggunakan bantal sebagai penganjal

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

9. Masalah 9 :Varices

Tujuan :Tidak terjadi varices atau tidak bertambah parah

Kriteriaa : Tidak terdapat Varices

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

- a) Kenakan kaus kaki penyokong

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

- b) Hindari mengenakan pakaian berat

R/ Pakaian ketat dapat menghambat aliran balik vena

- c) Hindari berdiri lama dan tidak menyilangkak saat duduk

R/ Meningkatkan sirkulasi balik vena dan menurunkan risiko terjadinya varices

- d) Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur .

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

- e) Kenakan penyokong abdomen maternal atau korset.

R/ Penggunaan korset dapat mengurangi tekanan pada vena panggul

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

Tujuan : Tidak terjadi *heart burn*

Kriteria :

a) Tidak kembung

b) Ibu tidak ada nyeri tekan pada perut bagian atas

Intervensi menurut Sulistyawati (2012:105)

a) Jelaskan pada ibu penyebab nyeri dan panas ulu hati

(*heart burn*) yaitu peningkatan produksi hormone progesterone, relaksasi *sphincter esophagus* bagian bawah bersamaan perubahan dalam gradient tekanan sepanjang *sphincter*, kemampuan gerak serta tonus gastri intestinal menurun, serta pergeseran lambung karena pembesaran uterus.

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

b) Anjurkan ibu makan porsi sedikit tapi sering

R/ Untuk mengurangi rasa mual dan muntah yang dialami ibu

c) Anjurkan ibu untuk menghindari makanan yang berlemak, berbumbung merangsang dan pedas.

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

d) Hindari rokok, kopi, alkohol dan coklat

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

e) Hindari berbaring setelah makan

R/ Bila setelah makan langsung berbarig maka asam lambung akan naik sehingga akan menyebabkan mual.

f) Hindari minum selain air putih

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

g) Tidur dengan kaki ditegakan

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

h) Beikan antasida

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

11. Masalah 11 : Kecemasan menghadapi persalinan

Tujuan : Kecemasan berkurang

Kriteria :

a) Ibu tampak tenang dan rileks

b) Ibu tampak tersenyum

c) Suami dan keluarga memberi dukungan

Intervensi menurut Romauli (2007:97-98)

a) Jelaskan pada ibu tentang hal-hal yang dapat menyebabkan kecemasan

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

b) Anjurkan ibu mandi air hangat

R/ Selain memperlancar sirkulasi darah, juga memberikan rasa nyaman

c) Anjurkan ibu menatalaksanakan relaksasi progresif

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

12. Masalah 12 : Insomnia

Tujuan : Ibu dapat tidur dan beristirahat dengan baik

Kriteria :

a) Ibu tampak tenang dan rileks

b) Ibu tampak tersenyum

c) Suami dan keluarga memberi semangat

Intervensi menurut Saifuddin (2008:144)

a) Tinjau ulang kebutuhan ibu perubahan tidur normal berkenaan dengan kehamilan. Tinjau pola tidur saat ini.

R/ Membantu mengidentifikasi kebutuhan untuk menetapkan pola tidur yang berbeda.

b) Evaluasi tingkat kelelahan

R/ Peningkatan retensi cairan, penambahan berat badan dan pertumbuhan berat janin, semua memperberat perasaan lelah, khususnya multipara.

c) Kaji terhadap insomnia dan respon ibu terhadap penurunan tidur, serta teknik relaksasi, membanca, mandi air hangat dan penurunan aktivitas sebelum tidur.

R/ Aktivitas yang berlebihan, kegembiraan, ketidaknyamanan fisik dan aktivitas janin dapat mempersulit tidur.

d) Perhatikan kesulitan bernapas karena posisi, anjurkan pada posisi *semi flower*.

R/ Pada posisi *recumbent*, pembesaran uterus, serta organ *abdomen* menekan *diafragma*, sehingga membantu *expansi* paru. Penggunaan posisi *semi flower* memungkinkan *diafragma* menurun, membantu mengembangkan *ekspansi* paru lebih optimal.

e) Kolaborasi pemeriksaan laboratorium terhadap sel darah merah dan kadar *hemoglobin* (Hb).

R/ Anemia dan penurunan kadar Hb/SDM/*vertigo* mengakibatkan penurunan oksigenasi jaringan serta mempengaruhi perasaan letih yang akan mengganggu pola tidur ibu.

f) Rujuk ibu untuk konseling bila kekurangan tidur atau mengalami kelelahan yang mempengaruhi aktivitas kehidupan sehari-hari.

R/ Mungkin perlu bagi ibu menghadapi perubahan siklus tidur sampai terjaga, mengidentifikasi prioritas yang tepat dan memodifikasi komitmen.

- g) Berikan informasi tentang perubahan perkemihan sehubungan dengan trimester III.

R/ Membantu ibu memahami alasan fisiologis dari frekuensi berkemih dan nokturia karena pembesaran uterus trimester ketiga.

- h) Anjurkan ibu untuk melaksanakan posisi miring saat tidur. Perhatikan keluhan *nokturia*.

R/ Meningkatkan peruse ginjal

- i) Anjurkan ibu untuk menghindari posisi tegak dalam waktu yang lama.

R/ Posisi ini memungkinkan terjadinya sindrom vena kava dan menurunkan aliran vena.

- j) Berikan informasi mengenai perlunya masukan cairan 6-8 gelas /per hari, pengurangan masukan 2-3 jam sebelum beristirahat dan penggunaan garam, makanan dan produk mengandung natrium dalam jumlah sedang

R/ Mempertahankan tingkat cairan dan perfusi adekuat, yang mengurangi natrium diet, untuk mempertahankan status isotonik

- k) Berikan informasi mengenai penghilangan natrium dari diet.

R/ Kehilangan atau pembatasan natrium dapat sangat menekan regulator rennin-angiotensin-aldosteron dari kadar cairan, mengakibatkan dehidrasi atau *hipovolemia* berat.

l) Tes urine *mindstream* untuk memeriksa albumin

R/ Dapat mengidentifikasi *spasme glmerulus* atau penurunan perfusi ginjal berkenaan dengan hipertensi akibat kehamilan.

E. Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien atau pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Depkes RI, 2008).

F. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi segera setelah selesai melakukan asuhan kepada klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien atau keluarganya. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien. Menurut Depkes RI (2008), evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP sebagai berikut:

S: Data Subjektif, mencatat hasil anamnesa.

O: Data Objektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A: Hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P: Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang suda dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, dan rujukan.

2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Persalinan

1. Pengkajian

A. Data Subyektif

1. Biodata

- a) Nama : Selain sebagai identitas, upayakan agar bidan memanggil dengan nama panggilan sehingga hubungan komunikasi antara bidan dan pasien menjadi akrab (Sulistyawati, 2011:220).
- b) Umur : Untuk mengetahui apakah ibu termasuk resiko tinggi atau tidak. Usia di bawah 16 tahun atau di atas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di atas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes, hipertensi kronis, persalinan lama, dan kematian janin (Varney, 2008:691).
- c) Agama : Sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan (Sulistyawati, 2011:221).

- d) Pendidikan : Pendidikan berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Ambarwati, 2009:130).
- e) Pekerjaan : Mengetahui pekerjaan ibu, gunannya untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut (Amabarwati, 2009:130).
- f) Suku/bangsa : Data ini berhubungan dengan sosial budaya yang dianut oleh pasien dari keluarga yang berkaitan dengan persalinan (Silistyawati, 2011:221).
- g) Alamat : Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah apabila diperlukan (Eny, 2010:132).

2. Keluhan Utama

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Pada kasus persalinan, informasi yang harus didapat dari pasien adalah kapan mulai merasa ada kencang-kencang di perut, bagaimana intensitas dari frekuensinya, apakah ada pengeluaran cairan dari vagina yang berbeda dari air kemih, apakah sudah ada pengeluaran lender bercampur darah, serta pergerakan janin untuk memastikan kesehatannya (Sulistyawati, 2011:221). Biasanya ibu yang akan bersalin datang dengan keluhan

seperti: pinggang terasa sakit menjalar ke depan, mengeluarkan lender dan darah, mengeluarkan cairan (air ketuban) (Sulistyawati, 2010:33).

3. Riwayat kesehatan dan penyakit klien

Penting untuk melakukan penapisan pada ibu secepatnya terhadap kemungkinan komplikasi antepartum yang dapat mempengaruhi periode intrapartum (misal preeklamsia, anemia) atau muncul menyerupai tanda-tanda persalinan. (Verney, 2007:692). Berikut ini adalah kondisi medis dari beberapa kategori ini:

a) Diabetes mellitus gestasional

Komplikasi yang mungkin terjadi pada kehamilan dengan diabetes sangat bervariasi. Pada ibu akan meningkatkan resiko terjadinya preeklamsia, seksiosesarea, dan terjadinya diabetes mellitus tipe II di kemudian hari, sedangkan pada janin meningkatkan resiko terjadinya makrosomia, trauma persalinan, hipobilirubinemia, hipoglikemia, hipokalsemia, hiperbilirubenia bayi baru lahir, sindroma distress respirasi (RDS), serta meningkatkan mortalitas atau kematian janin (Saifuddin, 2009:851).

b) 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 primer dan atonia uteri (Manuaba, 2010:240).

c) Asma

Wanita yang menderita asma berat dan mereka yang tidak mengendalikan asmanya tampak mengalami peningkatan insiden hasil maternal dan janin yang buruk, termasuk kelahiran dan persalinan prematur, penyakit hipertensi pada kehamilan, bayi terlalu kecil, untuk usia gestasinya, abrupcio plasenta, korioamnionitis, dan kelahiran seksio sesarea (Fraser *et al*, 2009: 322).Pengaruh asma bagi ibu dan janinakan sangat tergantung darisering dan beratnya serangan, karena ibu dan janin akan kekurangan oksigen (O₂) atau hipoksia. Keadaan hipoksia apabila tidak segera ditangani tentu akan berpengaruh pada janin, dan sering terjadi keguguran, persalinan prematur atau berat janin tidak sesuai dengan usia kehamilan (gangguan pertumbuhan janin) (Saifudin,2009:141)

d) Jantung

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

e) Hipertiroid

Biasanya pada kehamilan berakhir dengan abortus (inhabitualis)/partus prematurus, cacat bawaan, dan kretinismus pada janin lebih beasr (Sarwono, 2009:526).

f) Hipotiroid

Pada hipotiroid subklinis bisa meningkatkan terjadinya persalinan premature, solusio plasenta, dan perawatan bayi di NICU (Saifuddin, 2009:847-850)

g) Epilepsi

Pada umumnya epilepsy tidak di pengaruhi oleh kehamilan. Namun wanita hamil dengan epilepsi mempunyai resiko terhadap hipertensi karena kehamilan, persalinan premature, bayi berat badan rendah, bayi dengan kelainan bawaan dan kematian perinatal (Saifuddin, 2010:46).

h) Gagal ginjal akut

Gagal ginjal akut merupakan komplikasi yang sangat gawat dalam kehamilan dan nifas karena dapat menimbulkan kematian atau kerusakan fungsi ginjal yang tidak bisa sembuh lagi. Penderita dapat meninggal

dalam waktu 14 hari setelah timbulnya anuria. Kerusakan jaringan dapat terjadi di beberapa tempat yang tersebar atau kese;uruhan jaringan ginjal (Saifuddin, 2009:840).

i) HIV

Transmisi HIV dari ibu kepada janin dapat terjadi melalui intrauterine, saat persalinan, dan pasca persalinan. Kelainan yang dapat terjadi adalah berat badan lahir rendah, bayi lahir mati, partus preterm dan abortus spontan (Sarwono, 2009:933).

j) Sifilis

Merupakan penyakit sistemik yang disebabkan oleh treponema pallidum. Transmisi treponema dari ibu ke janin umumnya terjadi setelah plasenta terbentuk utuh, kira-kira sekitar umur 16 minggu, kemungkinan untuk timbulnya sifilis congenital lebih memungkinkan (Sarwono, 2009:929).

4. Riwayat kesehatan keluarga

Informasi tentang keluarga klien penting untuk mengidentifikasi wanita yang beresiko menderita penyakit genetik yang dapat memengaruhi hasil akhir kehamilan atau beresiko memiliki bayi yang menderita penyakit genetik. Informasi ini juga dapat mengidentifikasi latar belakang ras atau etnik yang di perlukan untuk melakukan pendekatan

berdasarkan pertimbangan budaya atau untuk mengetahui penyakit organik yang memiliki komponen herediter (Marmi, 2011:160). Kejadian kehamilan ganda di pengaruhi salah satunya oleh faktor genetik atau keturunan (Saifuddin, 2009:311).

5. Riwayat kebidanan

1. Riwayat menstruasi

Pada riwayat menstruasi hal yang perlu di kaji adalah umur menarche, siklus, lamanya, banyaknya darah, dan adanya dismenorea. Selain itu kaji pula HPHT (hari pertama haid terakhir) ibu. Hari pertama haid terakhir merupakan data dasar yang di perlukan untuk menentukan usia kehamilan apakah cukup bulan atau premature. Kaji pula kapan bayi lahir (menurut taksiran ibu) dan taksiran persalinan (Rohani,2014:140).

Riwayat menstruasi menurut (Marmi,2014:140):

1. Menarche adalah terjadinya haid yang pertama kali.

Menarche terjadi pada usia pubertas yaitu 12-16 tahun, rata-rata 12,5 tahun.

2. Siklus haid

Siklus haid yang klasik adalah 28 hari \pm 2 hari, sedangkan pola haid dan lamanya perdarahan tergantung tipe wanita dan biasanya 3-8 hari.

3. Hari pertama haid terakhir

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

2. Riwayat kehamilan

1. Riwayat kehamilan sekarang

HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir) : Untuk mengetahui umur khamilan yang sebenarnya dan sekaligus taksiran persalinan yang di hitung dengan rumus neagle yaitu TTP (Taksiran Tanggal Persalinan) = HPHT +7 bulan haid -3 dan tahun +1 (Manuaba,2010:58).

Dikaji tentang jumlah kunjungan. Jumlah kunjungan minimal empat kali (4x) yaitu satu kali pada trimester I, satu kali pada trimester II, dan dua kali pada trimester III. Hal ini dapat memberikan peluang yang lebih besar bagi petugas kesehatan untuk mengenali secara dini berbagai penyulit atau gangguan kesehatann yang terjadi pada ibu hamil. Beberapa penyakit atau penyulit tidak segera timbul bersamaan dengan terjadinya kehamilan hipertensi dalam kehamilan, atau baru akan menampakkan

gejala pada usia kehamilan tertentu misalnya perdarahan antepartum yang disebabkan oleh plasenta previa (Prawirohardjo, 2010:284).

Di kaji tentang imunisasi TT karena ibu hamil yang mendapatkan imunisasi TT dalam tubuhnya akan membentuk antibody tetanus. Jadwal imunisasi TT I ke TT II adalah 4 minggu dan akan memberikan perlindungan selama 3 tahun (Saifuddin, 2007:91).

2. Riwayat kehamilan yang lalu

Terminasi kehamilan dapat mempengaruhi viabilitas kehamilan yang berikutnya. Dilatasi dan kuretase menyebabkan terjadinya inkompetensi serviks (Fraser et al,2009:252). Aborsi spontan berulang dapat mengindikasikan adanya kondisi seperti abnormalitas genetic, ketidak seimbangan hormone, atau inkmpetensi serviks (Fraser dkk,2009:252).

c) Persalinan yang lalu

1. Lama persalinan sebelumnya merupakan indikasi yang baik untuk memperkirakan lama persalinan kali ini sehingga memungkinkan untuk membedakan persalinan antara primigravida dan gravida selanjutnya serta persalinan dengan paritas yang

lebih tinggi. Untuk mengidentifikasi kelahiran melalui SC atau kelahiran operatif pervaginam sebelumnya (Verney et al,2008:692).

2. Ukuran bayi yang terbesar dilahirkan pervaginam memastikan keadegan panggul wanita untuk ukuran bayi saat ini. Selain itu juga untuk mengantisipasi kemungkinan komplikasi jika dibanding dengan perkiraan berat janin (Varney et al, 2008:692).
3. Wanita yang memiliki riwayat melahirkan bayi kecil dari ayah yang sama cenderung memiliki bayi kecil juga pada kehamilan ini (Verney et al, 2008:780).
4. Semua wanita dengan riwayat SC pada segmen uterus bawah (insisi transversal bawah atau vertical bawah) dan tidak memiliki kontraindikasi dianjurkan menjalani persalinan pervaginam (Varney et al, 2008:780).

2. Riwayat nifas yang lalu

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C berturut-turut selama 2 hari kemungkinan terjadi infeksi. Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga terdapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his

pengiring menimbulkan rasa nyeri di sebut “nyeri ikutan” (*after pain*) terutama pada multipara (Manuaba,2010:170).

3. Riwayat kelahiran bayi

Jenis kelamin, hidup atau tidak, kalau meninggal umur berapa dan sebabnya meninggal, berat badan waktu lahir. Pernyataan ini sangat mempengaruhi prognosa persalinan dan pimpinan persalinan, karena jalanya persalinan yang lampau adalah hasil ujian-ujian dari segala faktor yang mempengaruhi persalinan (Wiknjosastro, 2010:134).

2. Riwayat keluarga berencana

Untuk engetahui apakah ibu sudah menjadi akseptor keluarga berencana (KB) sebelum hamil atau tidak. Metode kontrasepsi yang di gunakan apa dan sudah berapa lama ibu menjadi akseptor KB serta rencana KB apa yang akan di gunakan ibu (klien) setelah melahirkan (Fathma, 2014:126).

3. Data fungsional kesehatan

1. Pola nutrisi

Dikaji tentang jenis makanan yang di konsumsi klien, apakah sudah mengkonsumsi makanan yang sesuai dengan menu seimbang (nasi, lauk pauk, sayur, buah) atau belum, karena asupan nutrisi juga akan berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin yang di

kandungnya. Selain maknan,berapa kali minum dalam sehari juga perlu untuk dipertanyakan, hal ini juga dimaksudkan untuk mencegah keadaan kekurangan cairan (Fathma,2014:127).

Ibu diperbolehkan mengkonsumsi makanan rendah lemak dan rendah residu sesuai selera untuk memberinya energi. Namun makan dan minum selama persalinan menyebabkan peningkatan resiko regurgitasi dan aspirasi isi lambung (Fraser et al, 2009:451).

2. Eliminasi

Kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terendah janin, sehingga di anjurkan ibu untuk sesering mungkin untuk BAK. Apabila ibu belum BAB kemungkinan akan di keluarkan saat persalinan, yang bisa mengganggu bila bersamaan dengan keluarnya kepala bayi (Marmi, 2011:126).

3. Aktivitas

Norma-norma yang mengatur aktivitas fisik sangat bervariasi. Mereka takut kehilangan fisik yang fit selama periode mereka terpaksa mengurangi kegiatan. Wanita yang biasanya tidak berolahraga harus memenuhi kegiatan fisik dan intensitasnya rendah dan meningkatkan aktivitas secara teratur. Pada kala I apabila kepala janin sudah masuk sebagian ke dalam PAP serta

ketuban pecah, klien dianjurkan duduk atau berjalan di sekitar ruangan atau kamar bersalin. Pada kala II kepala janin sudah masuk rongga PAP klien dalam posisi miring kanan atau kiri. Klien dapat tidur terlentang, miring kanan atau kiri tergantung pada letak punggung anak, klien sulit tidur terutama pada kala I-IV (Marmi, 2011:128).

4. Istirahat dan tidur

Sebaiknya ibu hamil banyak istirahat atau tidur meskipun bukan tidur betulan hanya memberikan badan untuk memperbaiki sirkulasi darah (Yeyeh, 2009:106). Data yang perlu di tanyakan yang berhubungan dengan istirahat pasien:

1. Kapan terakhir tidur
2. Berapa lama
3. Aktivitas sehari-hari

Kita perlu mengkaji aktivitas sehari-hari pasien karena data ini memberi gambaran kita tentang seberapa berat aktivitas yang biasa dilakukan pasien di rumah.

Jika diakhir kehamilannya pasien melakukan aktivitas yang terlalu berat di khawatirkan pasien akan merasakan kelelahan sampai akhirnya dapat menimbulkan penyulit pada masa bersalin (Sulistiyawati, 2011:224).

5. Personal hygiene

Data ini perlu kita gali karena akan sangat berkaitan dengan kenyamanan pasien dalam menjalani proses persalinnya. Beberapa pertanyaan yang perlu di ajukan berhubungan dengan perawatan kebersihan diri pasien:

1. Kapan terakhir mandi, keramas dan gosok gigi.
2. Kapan terakhir ganti baju dan pakaian dalam.

(Sulistyawati,2010:23)

Bagi ibu yang sedang berada pada proses persalinan normal, mandi air hangat (*birthing pool*) dapat menjadi pereda nyeri efektif yang akan meningkatkan mobilitas tanpa meningkatkan efek samping bagi ibu atau bayinya (Fraser et al, 2009:442).

6. Pola seksual

Sampai saat ini belum membuktikan dengan pasti bahwa coitus dan orgasme di koordinasikan selama masa hamil untuk wanita yang sehat secara medis dan memiliki kondisi obstetrik yang prima. Akan tetapi, riwayat abortus spontan atau ancaman abortus lebih 1 kali, keguguran yang nyaris terjadi pada trimester ke dua, ketuban pecah dini, perdarahan atau sakit perut pada kehamilan trimester tiga merupakan peringatan untuk tidak melakukan coitus dan orgasme (Marmi, 2011:128).

7. Riwayat ketergantungan

1. Merokok

Kebanyakan wanita mengetahui bahwa mereka tidak boleh merokok pada masa kehamilan meskipun mereka tidak mengetahui bahaya yang sebenarnya.

Wanita yang merokok pada masa kehamilan pertama dan melahirkan bayi sehat mungkin tidak percaya bahwa mereka membawa resiko (Marmi, 2011:156).

2. Alkohol

Masalah signifikan yang di timbulkan oleh anak-anak yang mengalami sindrom alkohol janin dan gangguan perkembangan saraf janin-alkohol membuat klinis wajib menanyakan asupan alkohol dan mengingatkan wanita efek potensial alkohol jangka panjang pada bayi yang di akandungnya (Marmi, 2011:156).

3. Obat terlarang

Mengidentifikasi penggunaan obat pada masa hamil sangat penting. Membantu wanita yang ingin berhenti merokok, mengidentifikasi janin dan bayi beresiko. Wanita yang menggunakan obat-obatan terlarang, akan menyebabkan keterlambatan perkembangan janin, retardasi mental atau bahkan kematian (Marmi, 2011:156).

8. Data psikososial dan spiritual

Kualitas asuhan dapat di nilai melalui kompetensi budaya atau kemampuan seorang penyedia pelayanan untuk mengintegrasikan pengetahuan tentang keyakinan dan norma budaya karena keyakinan dan norma budaya terkait dengan pengalaman melahirkan. Pengkajian budaya harus dilakukan untuk memastikan pemberi asuhan memiliki pengetahuan yang adekuat mengenai keyakinan terhadap dukungan persalinan, terapi obat, dan pantangan (Kennedy, 2009:124).

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum

Menurut Sulistyawati (2011:226), data ini didapat dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang dilaporkan kriterianya adalah sebagai berikut:

1. Baik : Jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan
2. Lemah : Pasien ini di masukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respon yang

baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien sudah tidak mampu berjalan sendiri.

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan composmentis (kesadaran normal/sepenuhnya), samnolens (kesadaran menurun, psikomotor yang lambat dan mudah tertidur namun masih dapat pulih apabila dirangsang), apatis (pasien tampak segan/acuh untuk berhubungan dengan lingkungan), spoor comatis (keadaan seperti teridur lelap tetapi ada respon terhadap nyeri), coma (pasien tidak dalam keadaan sadar, tidak ada respon dan tidak bisa di bangunkan) (Sulistyawati, 2011:175).

c) Tanda-tanda vital

1. Tekanan darah (TD)

Tekanan darah meningkat selama kontraksi di sertai dengan peningkatan sistolik rata-rata 10-20 mmHg dan sistolik 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 di hindari (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:686). Diukur untuk

mengetahui preeklamsia, yaitu bila tekanan darahnya lebih dari 140 atau 90 mmHg (Marmi, 2011:129).

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 uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang (Varney, Kriebs dan Geger, 2007:687). Untuk mengetahui fungsi jantung ibu, normalnya 80-90 x/menit (Marmi, 2011:129).

3. Suhu

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

4. Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Varney et al, 2007:687). Ibu hamil yang akan bersalin seringkali bernafas dengan sangat cepat pada puncak kontraksi, bernafas dengan cepat atau menahan nafas

merupakan tanda-tanda kepanikan (Fraser et al, 2009:453). Untuk mengetahui system pernafasan, normalnya 16-24 kali per menit (Romauli, 2011:173).

d) Pemeriksaan Antropometri

1. Tinggi badan

Tubuh yang pendek dapat menjadi faktor gangguan genetik. Tinggi badan haru di ukur pada saat kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah ≥ 145 cm (Marmi, 2011:163).

2. Berat badan

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian volume darah dan cairan ekstraselular. Di perkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg (Saifuddin, 2011:180).

3. LILA

Standar minimal LILA pada wanita dewasa adalah 23,5cm. jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinnya adalah Kurang Energi Kronik (KEK) (Janah,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 kualitas maknannya (Romauli, 2011:173).

3. 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, 2011:173).

b) Muka

Pada wajah perlu dilakukan pemeriksaan oedema yang merupakan tanda klasik pre eklamsia (Verney et al, 2007:693). Oedema adalah penimbunan secara umum dan berlebihan dalam jaringan tubuh, dan biasanya dapat diketahui dari kenaikan berat badan dan pembengkakan kaki, jari tangan, dan muka (Wiknjosastro, 2007:282).

c) Hidung

Normal tidak ada seret yang dan tidak pernapasan cuping hidung, bentuk simetris (Romauli, 2011:173).

d) Mata

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

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

e) Mulut dan gigi

Mulut simetris atau tidak, bibir kering atau tidak, gigi terdapat caries atau tidak (Baety,2012:5). Wanita yang bersalin biasanya mengeluarkan bau nafas yang tidak sedap, mulut kering atau pecah-pecah, tenggorokan nyeri dan gigi berjogong, trauma jika ia bersalin selama berjam-jam tanpa mendapat cairan oral dan perawatan mulut (verney et al, 2008:719).

f) Telinga

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

g) Leher

Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat hyperplasia kelenjar dan peningkatan vaskulisasi (Saifuddin, 2010:186). Kelenjar limfe yang membengkak merupakan salah satu gejala klinis infeksi toksoplasmosis pada ibu hamil, pengaruhnya terhadap kehamilan dapat mengakibatkan keguguran, persalinan prematuritas, dan cacat bawaan (Manuaba, 2012:340).

h) Dada/payudara

- 7) Retraksi atau penonjolan interkosta dan atau subklavia
- 8) Kesimetrisan gerak napas
- 9) Frakuensi, kedalaman irama dan tipe pernapasan (dada, abdomen)
- 10) Auskultasi paru (bunyi napas normal, wheezing, ronki, mengi, *friction rub*, bunyi tambahan lain)
- 11) Auskultasi jantung (frekuensi, irama, dan kualitas bunyi napas pada empat area katup, bunyi tambahan, murmur, *sprlitting*, gesekan, *thrill*)
- 12) Pemeriksaan payudara yang dilakukan meliputi bentuk, besar masing-masing payudara (seimbang atay tidak), *hiperpigmentasi* aerola payudara, teraba massa yang nyeri atau tidak bila ditekan, *colostrums*, keadaan puting (menonjol, datar, atau masuk ke dalam), kebersihan, bentuk *Breast Holder* (BH)

(Romauli, 2011:174)

i) Payudara

Menjelang proses persalinan, perlu dilakukannya pemeriksaan terhadap kondisi puting ibu misalnya kolostrum kering/berkerak, muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam mengeluarkan puting yang rata atau

inverse pada wanita yang merencanakan untuk menyusui (Verney et al, 2007:1051).

j) Abdomen

Lihat bentuk, bekas operasi, striae, linea, tinggi fundus uteri (TFU), hasil pemeriksaan palpasi Leopold, kontraksi uterus, taksiran berat janin (TBJ), denyut jantung janin (DJJ), palpasi kandung kemih

(Ari Sulistyawati, 2010:227-228).

Pemeriksaan abdomen digunakan untuk:

1. Menentukan tinggi fundus uteri (pastikan pengukuran dilakukan pada saat uterus tidak sedang berkontraksi).

2. Memantau kontraksi uterus

Pemantauan kontraksi uterus dilakukan waktu 10 menit. Kontraksi harus dievaluasi tidak hanya frekuensi, durasi dan intensitasnya tetapi juga hubungan ketiga faktor tersebut (verney et al, 2007:720).

3. Memantau denyut jantung janin

Denyut jantung janin (DJJ) yang tidak normal adalah kurang dari 100 atau lebih dari 180 denyut permenit (Abdul Bari Saifuddin, 2010:415).

4. Menentukan presentasi (apakah kepala atau bokong).

5. Menentukan penurunan bagian terbawa janin

Penilaian dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat dikukur dengan lima jari tangan pemeriksa (perlimaanan). Penurunan bagian terbawah dengan metode lima jari:

1. 5/5 bagian terbawah janin seluruhnya teraba di atas simfisis pubis.
2. 4/5 jika sebagian 1/5 bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul.
3. 3/5 jika sebagian 2/5 bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul.
4. 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada di atas simfisis dan 3/5 bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digunakan).
5. 1/5 jika hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada di atas simfisis dan 4/5 bagian telah masuk ke dalam rongga panggul.
6. 0/5 bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk ke dalam rongga panggul (pelatihan APN Buku Acuan, 2008).

k) Genetalia

Tanda-tanda inpartu pada vagina yaitu terdapat pengeluaran darah pervaginam yang berupa *bloody slym*, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka sebagai tanda gejala kala II (Manuaba, 2012:184). Vulva dan vagina bersih atau tidak, oedema atau tidak, ada flour albus atau tidak, terdapat pembesaran kelenjar skene dan kelenjar bartolini atau tidak, ada condilomatalata atau tidak, ada condiloma acuminate atau tidak, kemerahan atau tidak. Perineum ada luka bekas episiotomy atau tidak (Marmi, 2011:131).

l) Anus

Periksa kebersihan pada anus adakah hemeroid atau tidak (Ari sulistyawati, 2010:78). Kemajuan kepala janin menjelang persalinan akan menyebabkan penonjolan pada rectum (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:753).

m) Ekstermitas

Terutama pada pemeriksaan reflek lutut. Reflek lutut negative pada hupavitaminose dan penyakit urat saraf (Marmi, 2012:163). Oedema ekstermitas merupakan tanda klasik preeklamsia, bidan harus memeriksa dan mengevaluasi pada pergelangan kaki, area pretibia atau jari. Oedema pada kaki biasanya merupakan oedema

dependen yang di sebabkan karena adanya penurunan aliran darah vena akibat uterus yang membesar (Varney et al, 2007:693).

4. Pemeriksaan khusus

a) Palpasi

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

Cara menghitung TFU:

a) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Berikut disajikan tabel 2.16 mengenai perkiraan usia kehamilan dalam minggu dan cm :

Tabel 2.18
Perkiraan Usia Kehamilan dalam Minggu dan TFU dalam cm

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

Sumber : Saifuddin, 2009

b) Tafsiran Berat Janin (TBJ)

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

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

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

Tabel 2.19
Tafsiran Berat Janin Berdasarkan Usia Kehamilan

Usia kehamilan	Berat badan (gram)
7	1000
8	1800
9	2500
10	3000

Sumber : Manuaba, 2010

b) Auskultasi

Untuk menguji status bayi. Frekuensi jantung bayi kurang dari 120 atau lebih dari 160 kali permenit dapat menunjukkan tanda-tanda gawat janin dan perlu dilakukan evaluasi segera. Cara menghiung bunyi jantung dapat dilakukan dengan mendengarkan 3 kali 5 detik kemudian jumlah bunyi jantung di kalikan 4, misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga, 5 detik ke lima ke dalam satu menit adalah:

(11-12-11) kesimpulan teratur, frekuensi 136x/menit, DJJ normal (Jannah,2009:35-36).

c) Pemeriksaan dalam

Dilakukan untuk menentukan apakah pembukaan serviks progresif telah terjadi dalam mendiagnosis persalinan. Serta untuk menentukan tahap dan fase persalinan wanita, jika ia dalam persalinan (Varney et al, 2007:693).

Pemeriksaan dalam dilakukan atas indikasi:

1. Ketuban pecah sedangkan bagian depan masih tinggi
2. Apabila kita mengharapkan pembukaa lengkap
3. Untuk menyelesaikan persalinan

Menurut pelatihan klinis APN 2008 yang perlu dilakukan dalam pemeriksaan dalam adalah:

1. Memeriksa genitalia eksterna, memperhatikan ada tidaknya luka atau massa (benjolan) termasuk kodiloma, varikosis vulva atau rectum, atau luka parut di bagian perineum.
2. Menilai cairan vagina dan menentukan bercak darah serta perdarahan pervaginam atau mekonium:
 - a) Jika ada perdarahan pervaginam dilarang melakukan pemeriksaan dalam
 - b) Jika ketuban sudah pecah, perhatikan warna dan bau air ketuban. Lihat warna mekonium kekentalan dan pemeriksaan DJJ.

- c) Jika mekonium encer dan DJJ normal, lanjutkan pemantauan DJJ dengan seksama menurut petunjuk paragraf
- d) Jika mekonium kental nilai DJJ dan merujuk
- e) Jika tercium bau busuk mungkin telah terjadi tanda infeksi
- f) Jika ketuban belum pecah jangan melakukan amniotomi.

3. Menilai pembukaan dan penipisan serviks.

4. Memastikan tali pusat dan bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba saat melakukan periksa dalam.

5. Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian yang masuk kedalam rongga panggul.

6. Bidang Hodge

a.Hodge 1: dibentuk pada linkaran PAP dengan bagian atas simpisis dan promontorium.

b.Hodge II: sejajar dengan hodge 1 setinggi piggir bawah simpisis

c.Hodge III: sejajar dengan hodge 1 dan II setinggi spina ischiadika kanan dan kiri

d. Hodge IV: sejajar dengan hodge I, II, dan III setinggi os coccyges. (Sari, 2014:47)

d) Pemeriksaan panggul

Pemeriksaan ini dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu. Pemeriksaannya dilakukan dengan cara *Vaginal Toucher* (VT), caranya pemeriksa (dokter atau bidan) memasukan dua jari (jari telunjuk dan jari tengah) ke jalan lahir hingga menyentuh bagian tulang belakang atau promontorium. Kemudian hitung jarak minimal antara tulang kemaluan dan promontorium adalah 11 cm. Jika kurang, maka dikategorikan sebagai panggul sempit (Suwigya, 2010:13).

e) Pemiksaan Penujang

1. Haemoglobin (Hb)

Pemeriksaan Hb dapat dilakukan menggunakan sahli. Hasil dari pemeriksaan Hb dengan sahli dapat digolongkan sebagai berikut:

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

Pemeriksa darah dilakukan minimal 2 kali, yaitu pada teimester I dan trimester III (Manuaba, 2010:239).

2. Golongan Darah

Golongan darah ABO dan faktor *Rhesus* (Rh). Ibu dengan *rhesus* negatif berisiko mengalami keguguran, *amniosentesis* atau trauma uterus dan harus diberi anti-gamaglobulin D dalam beberapa hari setelah pemeriksaan. Jika titrasi menunjukkan peningkatan beberapa respon antibodi, harus dilakukan pemeriksaan yang lebih sering dalam rangka merencanakan penatalaksanaan pengobatan oleh spesialis *Rhesus* (Fraser dan Cooper, 2009:255).

3. Urine

Menurut Fraser dan Cooper (2009:255) urinalisis dilakukan 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.

4. Ultrasonografi (USG)

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

5. Non Stress Test (NST)

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

F. Diagnosa Kebidanan

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

1. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
2. Masalah diselesaikan sesuai kondisi pasien
3. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Diagnosa : $G \geq 1P0 \geq$ UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, situs nujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik,

Inpartu:

1. Kala I dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan (Varney, 2007:718-719).
2. Kala II dengan kemungkinan masalah:
 8. Keletihan (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:537)
 9. Infeksi (Saifuddin, 2010:337)
 10. Kram tungkai (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:722)
3. Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kemenkes No.938/Menkes/SK/8/2007) tentang standar asuhan kebidanan.
4. $P \geq 1$ Kala III Persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa dengan baik kemungkinan masalah retensio plasenta (Sukistyawati, 2011:83).
5. $P \geq 1$ Kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah terjadi menurut Wiknjastro (2008:114):

- d) Atonia Uteri
- e) Robekan vagina, perineum, serviks
- f) Subinvolusi sehubungan dengan kandung kemih penuh.

2) Perencanaan

1. Diagnosa : $G \geq 1P0 / >$ UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, 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 :

KU baik, kesadaran *composemtis*

TTV dalam batas normal

T : 100/60-130/90 mmHg

S : 36-37 C

N : 80-100 / menit

R : 16-24/ menit

His minimal 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik.

Kala I pada primigravida <13 jam sedangkan mulai gravid <7 jam.

Kala II primigravida <2 jam sedangkan pada multigravida <1 jam

Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif.

Kala III pada primigravida <30 menit sedangkan
Multigravida < 15 menit.

Plasenta lahir spontan, lengkap.

Perdarahan <500 cc

Intervensi:

1. Perhatikan psikososial ibu dan beri dukungan mental pada ibu dengan menghadirkan keluarganya. Anjurkan agar ibu selalu di damping oleh keluarganya selama proses persalinan dan kelahiran banyinya. Dukungan suami, keluarga, dan kerabat yang disukai ibu sangat diperlukan dalam menjalani proses persalinan. Adakalanya ibu merasa khawatir dalam menjalani kala II persalinan. Berikan rasa aman dan semangat serta tentramkan hatinya selama persalinan berlangsung.

R/ Dukungan dan perhatian akan mengurangi perasaan tegang, membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi. Ibu yakin dan tabah dalam menjalani proses persalinan nanti.

2. Anjurkan pada ibu untuk makan dan minum.

R/ Asupan air yang cukup dapat mencegah terjadinya dehidrasi pada ibu dalam proses persalinan serta sebagai persediaan energi dalam mengejan.

3. Bantu ibu memilih posisi yang nyaman dengan tidur miring ke kiri. Ibu dapat istirahat/tidur dengan posisi

apapun kecuali pada posisi berbaring terlentang. Hal ini dikarenakan jika ibu berbaring terlentang 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 terlentang 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.

R/mempercepat penurunan kepala janin.

5. Observasi keadaan ibu dan janin

- 1) DJJ setiap $\frac{1}{2}$ jam.
- 2) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap $\frac{1}{2}$ jam.
- 3) Nadi setiap $\frac{1}{2}$ jam.
- 4) Pembukaan serviks tiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II jika terdapat indikasi
- 5) Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika ada indikasi.
- 6) Tekanan darah dan temperature tubuh setiap 4 jam.
- 7) 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.

R/Kandung kemih yang penuh dapat menghalangi penurunan kepala janin sehingga menyebabkan nyeri waktu his.

7. Tunggu pembukaan lengkap, jika telah memasuki kala II segera pimpin persalinaan secara sesuai standar asuhan kebidanan persalinaan normal (Wiknjosastro, 2008:73-74).

2. Masalah

Kala I :

- a) Cemas menghadapi proses persalinaan

Tujuan : Mengurangi rasa takut dan cemas selama proses persaliann

Kriteria : Ibu tampak tenang

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:248)

- 1) Jelaskan fisiologi persalinaan pada ibu.

R/ Proses persalinaan merupakan proses yang panjang sehingga diperlukan pendekatan.

- 2) Jelaskan proses dan kemajuan persalinaan pada ibu

R/Seorang ibu bersalin memerlukan penjelasan mengenai kondisi dirinya.

3) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang diberlakukan.

R/ ibu paham untuk diberlakukannya prosedur yang dibutuhkan dan memahami batasan tertentu yang diberlakukan.

b) Ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan

Tujuan : Ibu merasa terhadap persalinan.

Kriteria :

- 1) Nyeri punggung berkurang
- 2) Ibu tidak merasa cemas
- 3) Ibu merasa tenang

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008 : 247)

g) Hadirkan orang terdekat ibu

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

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

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

i) Berikan usapan punggung.

R/Usapan punggung meningkatkan relaksi.

c) Kala I lama

penanganan umum pada ibu bersalin dengan kala I lama yaitu:

- 1) Nilai keadaan umum, tanda-tanda vital dan tingkat hidrasinya.
- 2) Tentukan keadaan janin: Periksa DJJ selama atau segera sesudah his, hitung frekuensinya minimal sekali dalam 30 menit selama fase aktif.
- 3) Jika terdapat gawat janin lakukan sectio caesarea kecuali jika syarat dipenuhi lakukan ekstraksi vacum atau forceps.
- 4) Jika ketuban sudah pecah, air ketuban kehijau-hijauan atau bercampur darah pikirkan kemungkinan gawat janin.
- 5) Jika tidak ada air ketuban yang mengalir setelah selaput ketuban pecah, pertimbangkan adanya indikasi penurunan jumlah air ketuban yang dapat menyebabkan gawat janin.
- 6) Perbaiki keadaan umum dengan:
 - a) Beri dukungan semangat kepada pasien selama persalinan.
 - b) Pemberian intake cairan sedikitnya 2500 ml per hari. Dehidrasi ditandai adanya aseton dalam urine harus dicegah.

c) Pemberian sedatif agar ibu dapat istirahat dan rasa nyerinya diredakan dengan pemberian analgetik (tramadol atau pethidine 25 mg). Semua preparat ini harus digunakan dengan dosis dan waktu tepat sebab dalam jumlah yang berlebihan dapat mengganggu kontraksi dan membahayakan bayinya.

d) Pemberian therapy misoprostol 0,4 mg sesuai dengan advis dokter, obat ini digunakan untuk memberikan perubahan pembukaan.

e) Pemeriksaan rectum atau vaginal harus dikerjakan dengan frekuensi sekecil mungkin. Pemeriksaan ini menyakiti pasien dan meningkatkan resiko infeksi. Setiap pemeriksaan harus dilakukan dengan maksud yang jelas.

7) Apabila kontraksi tidak adekuat

a) Menganjurkan untuk mobilisasi dengan berjalan dan mengubah posisi dalam persalinan.

b) Rehidrasi melalui infus atau minum.

c) Merangsang puting susu.

d) Acupressure.

e) Mandi selama persalinan fase aktif.

- f) Lakukan penilaian frekuensi dan lamanya kontraksi berdasarkan partograf.
- 8) Evaluasi ulang dengan pemeriksaan vaginal tiap 4 jam.
- a) Apabila garis tindakan dilewati (memotong) lakukan sectio secarea.
- b) Apabila ada kemajuan evaluasi setiap 2 jam.
- c) Apabila tidak didapatkan tanda adanya CPD (Cephalopelvicdisproportion) atau
- (1) Berikan penanganan umum yang kemungkinan akan memperbaiki kontraksi dan mempercepat kemajuan persalinan.
 - (2) Apabila kecepatan pembukaan serviks pada waktu fase aktif kurang dari 1 cm per jam lakukan penilaian kontraksi uterus.
- d) Lakukan induksi dengan oksitosin drip 5 unit dalam 500 cc dekstrosa atau NaCl.
- (Saifuddin ,2009:101).

Kala II

- 1) Kekurangan cairan (Wiknjosastro, 2008:116)

Tujuan : tidak terjadi dehidrasi

Kriteria :

- 1) Nadi 80-100x/menit
- 2) Urin jernih, produksi urine 300cc/jam.

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008: 117):

- 1) Anjurkan ibu untuk minum

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

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

R/ Pemberian cairan intravena akan cepat di serap oleh tubuh.

- 3) Segera rujuk kefasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawat darurat obstetri dan bayi baru lahir.

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

- 2) Infeksi (Wiknjosastro, 2008:116)

Tujuan : tidak terjadi infeksi

Kriteria : tanda tanda vital

- 1) Nadi dalam batas normal (80-100x/menit)
- 2) Suhu 36-37,5⁰C
- 3) KU baik
- 4) Cairan ketuban/ cairan vagina tidak berbau

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:116)

- 1) Baringkan miring ke kiri

R/ tidur miring memepercepat penurunan kepala janin sehingga mempersingkat waktu persalinan.

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

R/ salah satu tanda infeksi adanya peningkatan suhu tubuh, suhu meningkat 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 akan berkembang ke arah syok yang menyebabkan terjadinya kegawat daruratan ibu dan janin.

- 3) Kram tungkai (Varney, 2007:7220)

Tujuan : tidak terjadi kram tungkai

Kriteria : sirkulasi darah lancar

Intervensi :

a) Luruskan tungkai ibu inpartu

R/ Meluruskan tungkai dapat melancarkan peredaran darah ke ekstremitas baawah

b) Atur posisi dorsofleksi

R/ relaksasi yang dilakukan secara bergantian dengan dorsofleksi kaki dapat mempercepat peredaan nyeri.

c) Jangaan lakukan pemijatan pada tungkai

R/ tungkai wanita tidak boleh di pijit karena risiko trombi tanpa sengaja terlepas.

4) Kala II memanjang

Rencana asuhan komprehensif pada ibu bersalin dengan kala II lama yaitu:

1) Nilai secara cepat keadaan umum, vital sign serta tingkat hidrasinya

2) Tentukan keadaan janin dengan pemeriksaan DJJ selama atau segera sesudah his dan hitung frekuensinya sekurang-kurangnya sekali dalam 30 menit

3) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih agar tidak mengganggu jalan lahir.

4) Apabila kontraksi tidak adekuat dan tercium bau keton, anjurkan pasien untuk mobilisasi dan minum minuman yang manis, namun apabila tidak bisa, upaya stabilisasi dengan memberikan infus dekstrosa atau NaCl. (Sulistyawati, 2010:153)

5) Berkolaborasi dengan dr. Sp. OG (Simkin, 2008:77)

6) Jika terjadi gawat janin lakukan sectio cesarea, jika syarat terpenuhi lakukan ekstraksi vakum atau forceps. (Simkin, 2008:80)

7) Lakukan induksi dengan oksitosin drip 5 unit dalam 500 cc dekstrosa atau NaCl dengan syarat induksi pada kasus kala II Lama adalah :

- a) Janin mendekati aterm
- b) Tidak terdapat kesempitan panggul atau sefalopelvik disproportion
- c) Memungkinkan untuk lahir pervaginam
- d) Janin dalam presentasi belakang kepala
- e) Kepala janin harus sudah masuk panggul. (Oxorn, 2010)

8) Lakukan Episiotomi jika terdapat gawat janin. Syarat melakukan episiotomi adalah janin mendekati aterm, tidak terdapat kesempitan panggul atau sefalopelvik disproportion, memungkinkan untuk lahir

pervaginam, janin dalam presentasi belakang kepala, dan kepala janin harus sudah masuk panggul.

- 9) Beri tahu kondisi klien dan hasil pemeriksaan .
- 10) Motivasi keluarga untuk pemberian nutrisi termasuk rehidrasi.
- 11) Berikan dukungan bagi Ibu dan keluarga (Sondakh, 2013:167).

Kala III

- a) Retensio plasenta (Wiknjosastro, 2008:114)

Tujuan : plasenta dapat dikeluarkan dengan lengkap

Kriteria: tidak ada plasenta yang tertinggal

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:114)

- 1) Plasenta di dalam uterus selama 30 menit dan terjadi perdarahan berat, pasang infus menggunakan jarum besar (ukuran 16/18) dan berikan RL atau NS dengan 20 unit oksitosin.
- 2) Coba lakukan plasenta manual dan lakukan penanganan lanjut.
- 3) Bila tidak memenuhi syarat plasenta manual di tempat atau tidak kompeten maka segera rujuk ibu bersalin ke fasilitas terdekat dengan kapabilitas kegawatdaruratan obstetri.
- 4) Dampingi ibu ke tempat rujukan

5) Tawarkan bantuan walaupun ibu telah dirujuk dan mendapat pertolongan di fasilitas kesehatan rujukan.

b) Terjadi avulsi tali pusat

Tujuan : avulsi tidak terjadi, plasenta lahir lengkap

Kriteria : tali pusat utuh

Intervensi menurut Wiknjastro (2008:119)

- 1) Palpasi uterus untuk melihat kontraksi, minta ibu meneran pada setiap kontraksi
- 2) Saat plasenta terlepas, lakukan pemeriksaan dengan hati-hati. Jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso-kranial pada uterus.
- 3) Setelah plasenta lahir, lakukan massase uterus dan periksa plasenta

Jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit, tangani sebagai retensio plasenta

Kala IV

a) Atonia uteri (Wiknjastro, 2008:115)

Tujuan : Atonia uteri dapat teratasi

Kriteria : 1) kontraksi uterus baik, keras dan bundar

2) perdarahan < 500 cc

Intervensi menurut Wiknjastro (2008:108-110):

- 1) segera lakukan kompresi bimanual internal (KBI) selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang
- 2) jika kompresi uterus tidak berkontraksi dan perdarahan terus keluar, ajarkan keluarga untuk melakukan kompresi bimanual Eksternal. Berikan suntikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600-1000 mcg per rectal dan gunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16-18) pasang infus dan berikan 500cc larutan RL yang mengandung 20 unit oksitosin
- 3) jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar ulangi KBI.
- 4) Jika uterus tidak berkontraksi selama 1-2 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan tindakan operasi dan tranfusi darah
- 5) Dampingi ibu selama merujuk, lanjutkan tindakan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba di tempat rujukan.

b) Robekan vagina, perineum atau serviks

Tujuan : robekan vagina, perineum atau serviks dapat teratasi

Kriteria :

- 1) Vagina, perineum atau serviks dapat terjahit dengan baik
- 2) Perdarahan < 500cc

Intervensi:

- 1) Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi yang timbul
 - 2) Jika terjadi laserasi derajat satu dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat dua lakukan penjahitan.
 - 3) Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks:
 - (a) Pasang infus dengan menggunakan jarum besar (ukuran 16 dan 18) dan berikan RL atau NS
 - (b) Pasang tampon untuk mengurangi darah yang keluar
 - (c) Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawat darurat obstetri.
 - (d) Dampingi ibu ketempat rujukan .
- (Wiknjosastro,2008:117)

E. Implementasi

Bidan melakukan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidencebased* kepada klien dalam bentuk upaya, promotif,

preventif kuratif dan rehabilitatif. Dilakukan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan dengan kriteria :

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

(Kepmenkes RI, 2007: 6)

F. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang telah diberikan sesuai dengan perubahanperkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera

di catat dan dikomunikasikan kepada klien atau keluarganya. Hasil evaluasi harus ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien. 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 diagnose dan masalah kebidanan

P : penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komperhensif, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2007:7).

2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Nifas

A. Pengkajian

1. Data Subyektif

Data subyektif adalah data yang didapat dari klien sebagai pendapat terhadap situasi data kejadian. Informasi tersebut dapat ditentukan dengan informasi atau komunikasi (Nursalam,2008:171)

a) Biodata

1) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak terjadi kekeliruan

dalam memberikan penanganan (Ambarwati, 2010:131).

2) Umur

Umur pasien dikaji untuk mengetahui apakah pasien dikatakan memiliki risiko jika <20 tahun karena alat-alat reproduksi belum matang dan psikis yang belum siap dan >35 tahun rentan sekali terjadi komplikasi dalam kehamilan dan perdarahan post partum, jadi usia reproduktif (subur) seorang wanita dalam siklus reproduksi berkisar dari 20-35 tahun (Manuaba, 2010:246).

3) Agama

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

4) Pendidikan

Pendidikan yang kurang membuat masyarakat tetap berorientasi pada pengobatan dan pelayanan tradisional sehingga memengaruhi kesejahteraan ibu (Manuaba, 2010:241).

5) Alamat

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

6) Pekerjaan

Pekerjaan perlu dikaji untuk mengetahui penghasilan pasien (Manuaba, 2010:235). data ini menggambarkan tingkat social ekonomi, pola social budaya, dan data pendukung dalam menentukan pola komunikasi yang akan dipilih selama asuhan (Varney, 2007:534).

7) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas dapat menambah sulitnya masalah sosial ekonomi, sehingga memengaruhi status gizi ibu nifas (Manuaba, 2010:235).

8) Penanggung jawab

Untuk mengetahui siapa yang bertanggung jawab terhadap pasien, sehingga bila sewaktu-waktu dibutuhkan bantuannya dapat segera ditemui (Sulistyawati, 2012:166).

b) Keluhan utama

Menurut Varney et al (2007:974-977), keluhan yang sering dialami ibu masa nifas adalah sebagai berikut:

1) *After pain*

Nyeri setelah melahirkan disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri yang lebih berat pada paritas tinggi disebabkan karena terjadi penurunan

tonus otot uterus, menyebabkan relaksasi intermitten (sebentar-sebentar) berbeda pada wanita primipara tonus otot uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi.

2) Keringat berlebih

Wanita postpartum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan cairan intraseluler selama kehamilan.

3) Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi, dan stasis air susu 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 postpartum 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 meningkatkan suhu tubuh ringan.

4) Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut.

5) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum atau episiotomy derajat 3 atau 4.

6) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari.

c) Riwayat kesehatan

- a) Anemia pada kehamilan yang tidak tertangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan: terjadi subinvolusi uteri, menimbulkan perdarahan postpartum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekompensasi kordis mendadak setelah persalinan, anemia masa nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba, 2010:240).

b) Penyakit TBC

Ibu dengan *tuberculosis* aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Manuaba, 2010:336).

c) Sifilis

Dapat menyebabkan infeksi pada bayi dalam bentuk Lues Kongenital (Pemfigus Sifilitus, Deskuamasi kulit telapak tangan dan kaki, terdapat kelainan pada mulut dan gigi) (Manuaba, 2010:338).

d) Penyakit asma

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

e) Pengaruh penyakit jantung dalam masa nifas menurut Manuaba (2012:337):

(a) Setelah bayi lahir penderita dapat tiba-tiba jatuh kolaps, yang disebabkan darah tiba-tiba membanjiri tubuh ibu sehingga kerja jantung sangat bertambah, perdarahan merupakan komplikasi yang cukup berbahaya.

(b) Saat laktasi kekuatan jantung diperlukan untuk membentuk ASI.

(c) Mudah terjadi postpartum yang memerlukan kerja tambahan jantung.

d) Riwayat nifas sekarang

Ibu harus dianjurkan untuk menyusui, terutama karena menyusui mampu memberikan perlindungan baik secara aktif maupun pasif, dimana ASI juga mengandung zat anti infeksi bayi akan terlindungi dari berbagai macam infeksi (Sukarni, 2013:298).

e) Riwayat kebidanan

1) Riwayat haid

Dengan memberikan ASI kembalinya menstruasi atau haid sulit diperhitungkan dan bersifat individu. Sebagian besar menstruasi kembali setelah 4 sampai 6 bulan. Dalam waktu 3 bulan belum menstruasi, dapat menjamin bertindak sebagai kontrasepsi (Manuaba, 2010:203). Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum mendapatkan lagi haidnya selama meneteki (Saifuddin, 2009:129).

2) Riwayat nifas yang lalu

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan postpartum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui sampai usia anak 2 tahun. Terdapat

pengeluaran lochea rubra sampai hari ketiga berwarna merah. Lochea serosa hari keempat sam kesembilan warna kecokelatan. Lochea alba hari kesepuluh sampai kelimabelas warna putih dan kekuningan. Ibu dengan riwayat pengeluaran lochea purulenta, lochea stasis, infeksi uterin, rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus. Dan ibu meneteki kurang dari 2 tahun. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba, 2010:201).

3) Riwayat KB

Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama meneteki. Oleh karena itu, metode amenorhe laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan baru (Saifuddin, 2009:129). Pemeriksaan postpartum merupakan waktu yang tepat untuk membicarakan metode KB untuk menjarangkan atau menghentikan kehamilan. Khusus untuk mendapatkan pelayanan kontak wanita (Metode Operasi Wanita) sama sekali tidak diperlukan hamil. Pelayanan kontak dapat

dilayani setiap saat dikehendaki (Manuaba, 2012:204).

f) Pola kebiasaan sehari-hari

1. Nurisi

Ibu menyusui harus mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (dianjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui) (Saifuddin, 2009:128).

Table 2.20
Contoh menu makan ibu nifas

Waktu	Menu atau asupan makanan
Bangun tidur	1 gelas susu
Pagi jam 10.00	Nasi, pecel sayur, semur daging, tempe goreng papaya Sup kacang merah segardan wortel
Siang jam 16.00	Nasi, pepes ikan , tahu bacem,sayur bening dan jerukcah salad buah, minuman air kacang hijau
Malam	Nasi, sate ayam , aneka sayur Telur ,tempe, buah
Sebelum tidur	1 gelas susu

Sumber; (istianty A ,2013:247)

2. Eliminasi

Segera setelah postpartum kandung kemih, edema, mengalami kongesti, dan hipotonik, yang dapat menyebabkan overdistensi, pengosongan yang tidak lengkap, dan residu urine yang berlebihan kecuali perawatan diberikan untuk memastikan berkemih secara periodik. Efek persalinan pada kandung kemih dan uretra menghilang dalam 24 jam pertama postpartum, kecuali wanita mengalami

infeksi saluran kemih. Diuresis mulai segera setelah melahirkan dan berakhir hingga hari ke-5 postpartum. Diuresis adalah rute utama tubuh untuk membuang kelebihan cairan interstisial dan kelebihan volume cairan (Varney et al, 2007:961).

Miksi dan defeksi diatur sehingga kelancaran kedua system tersebut dapat berlangsung dengan baik (Manuaba, 2010:202).

3. Personal hygiene

Mengajarkan pada ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Sarankan pada ibu untuk mengganti pembalut setidaknya 2 kali dalam sehari. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya (Saifuddin, 2014:127).

Pakaian agak longgar terutama di daerah dada sehingga payudara tidak tertekan. Daerah perut tidak perlu diikat dengan kencang karena tidak akan memengaruhi involusi. Pakaian dalam sebaiknya dari bahan yang menyerap, sehingga lochea tidak memberikan iritasi pada sekitarnya. Kassa pembalut sebaiknya dibuang setiap saat terasa penuh dengan lochea (Manuaba, 2010:202).

4. Istirahat

Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Kurang istirahat akan memengaruhi 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, 2009:127).

5. Aktivitas

Diskusikan pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu untuk mengurangi rasa sakit pada punggung (Saifuddin, 2014:127).

6. Seksual

Secara fisik aman untuk melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu (Saifuddin, 2009:128).

b) Riwayat psikososial spiritual

Menurut Anggraini (2010:136), ibu menunjukkan depresi ringan beberapa hari setelah melahirkan. Depresi tersebut sering disebut sbagai postpartum blues. Penyebab postpartum blues yang paling menonjol adalah kekecewaan emosional yang mengikuti rasa puas dan takut yang dialami kebanyakan wanita selama kehamilan dan persalinan, rasa sakit masa nifas awal, kelelahan karena kurang tidur, kecemasan pada kemampuannya untuk merawat bayinya, rasa takut menjadi tidak menarik lagi bagi suaminya.

Menurut Suherni (2009:87-90) membagi fase nifas menjadi 3 fase yaitu:

1) Fase *taking in*

Merupakan periode ketergantungan, periode ini terjadi dari hari ke-1 sampai hari ke-2 setelah melahirkan. Pada fase ini ibu terfokus pada dirinya sendiri. Dalam fase ini ibu akan merasakan gangguan psikologis seperti:

- (a) Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya.
- (b) Ketidaknyamanan akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu.

(c) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.

2) Fase *taking hold*

(a) Periode ini berlangsung 3 sampai 10 hari setelah melahirkan.

(b) Ibu mulai timbul rasa khawatir akan ketidaknyamanan dan rasa tanggungjawabnya dalam merawat bayinya.

(c) Ibu mempunyai perasaan sangat sensitive sehingga mudah tersinggung dan mudah marah.

3) Fase *letting go*

(a) Periode ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan.

(b) Ibu sudah mulai menyesuaikan ketergantungan bayinya.

(c) Ibu berkeinginan untuk merawat diri dan bayinya.

(d) Ibu akan lebih percaya diri dalam menjalani peran barunya.

c) Latar belakang sosial budaya

Menurut Saifuddin (2014:130-131), kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan antara lain:

1. Menghindari makanan berprotein.

2. Penggunaan bebet perut segera pada masa nifas (2-4 jam pertama).
3. Penggunaan kantong es batu pas 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 pada 1 jam setelah melahirkan karena masa transisi adalah masa kritis untuk ikatan batin ibu dan bayi.
6. Wanita yang mengalami masa puerperium diharuskan tidur telentang selama 40 hari.

(Saifuddin, 2014: 131)

2. Data obyektif
 - a) Pemeriksaan umum
 - 1) Kesadaran

Meliputi composmentis atau sadar penuh, apatis atau tak acuh terhadap keadaan sekitarnya, samnolen atau koma (Indriasari, 1012:38).

- 2) Tanda-tanda vital
 - (a) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolic, yang kembali secara

spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari (Varney et al, 2007:961).

(b) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama postpartum. Hemoragi, demam selama persalinan, dan nyeri akut atau persisten dapat memengaruhi proses ini. Apabila denyut nadi diatas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi postpartum lambat (Varney et al, 2007:961).

(c) Suhu

Suhu 38°C atau lebih yang terjadi diantara hari ke-2 sampai ke-10 postpartum dan diukur sedikitnya 4 kali sehari. Kenaikan suhu tubuh yang terjadi di dalam masa nifas, dianggap sebagai infeksi nifas jika tidak ditemukan sebab-sebab ekstragenital (Saifuddin, 2014:278).

(d) Pernafasan

Napas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi

seperti kekurangan cairan, eksaserbasi asma, dan embolus paru (Varney et al, 2007:961).

b) Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak, rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli, 2011:173).

3. 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).

4. Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemis. Sclera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeklampsia (Romauli, 2011:384).

5. Mulut

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah. Karies gigi atau keropos menandakan ibu kekurangan kalsium. Kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi (Romauli, 2011:174). Gusi cenderung berdarah akibat hiperemia pada pertengahan kehamilan (Varney, 2007:218).

d) Hidung

Kebersihan hidung, ada polip atau tidak, alergi debu atau tidak. (Sulistyowati, 2009:122)

e) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011:384).

f) Dada/Payudara

1. Retraksi atau penonjolan interkosta dan atau subklavia

2. Kesimetrisan gerak napas

3. Frakuensi, kedalaman irama dan tipe pernapasan (dada, abdomen)

4. Auskultasi paru (bunyi napas normal, wheezing, ronki, mengi, *friction rub*, bunyi tambahan lain)

5. Auskultasi jantung (frekuensi, irama, dan kualitas bunyi napas pada empat area katup, bunyi tambahan, murmur, *splitting*, gesekan, *thrill*)

6. Pemeriksaan payudara yang dilakukan meliputi bentuk, besar masing-masing payudara (seimbang atau tidak), *hiperpigmentasi* aerola payudara, teraba massa yang nyeri atau tidak bila ditekan, *colostrums*, keadaan puting (menonjol, datar, atau masuk ke dalam), kebersihan, bentuk *Breast Holder* (BH)

(Romauli, 2011:174)

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari hal berikut yaitu: puting susu pecah/pendek/rata, nyeri tekan payudara, abses, produksi ASI terhenti, dan pengeluaran ASI (Saifuddin, 2009:124).

g) Abdomen

Pada abdomen harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan kandung kemih (Saifuddin, 2009:124). Menurut Varney et al (2007:1064), pemeriksaan abdomen

postpartum dilakukan selama periode postpartum dini (1jam-5 hari) yang meliputi tindakan berikut:

1. Pemeriksaan kandung kemih

Dalam memeriksa kandung kemih mencari secara spesifik distensi kandung kemih yang disebabkan oleh retensio urine akibat hipotonisitas kandung kemih karena trauma selama melahirkan. Kondisi ini dapat mempredisposisi wanita mengalami infeksi kandung kemih.

2. Pemeriksaan uterus

Mencatat lokasi, ukuran, dan konsistensi. Penentuan lokasi uterus dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilicus dan apakah fundus berada pada garis tengah abdomen atau bergeser ke salah satu lokasi dan ukuran saling tumpang tindih, karena ukuran ditentukan bukan hanya melalui palpasi, tetapi juga dengan mengukur tinggi fundus uteri. Konsistensi uterus memiliki ciri keras dan lunak.

3. Evaluasi tonus otot abdomen dengan memeriksa derajat diastasis

Penentuan jumlah diastasis rekti digunakan sebagai alat obyektif untuk mengevaluasi tonus otot abdomen. Diastasis adalah derajat pemisahan otot rektus abdomen (*rektus abdominis*). Pemisahan ini diukur menggunakan lebar jari ketika otot-otot abdomen kontraksi dan sekali lagi ketika otot-otot tersebut relaksasi.

4. Memeriksa adanya nyeri tekan CVA (*Costovertebral Angel*)

Nyeri yang muncul di area sudut CVA merupakan indikasi penyakit ginjal.

g. Genetalia

Pemeriksaan tipe, kuantitas, dan bau lochea (Varney et al, 2007:969). Hal yang perlu dilihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah penjahitan laserasi atau luka episiotomi, pembengkakan luka dan hemoroid (Saifuddin, 2009:125).

h. Anus

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

peningkatan tekanan, secara spesifik juga secara umum pada vena hemoroid (Gegor, 2007:539).

Derajat hemoroid dibagi 4 yaitu:

Derajat 1: benjolan kecil, masuk sendiri dengan ibu disuruh seperti menahan BAB.

Derajat 2: benjolan besar, kita masukkan dan tidak keluar.

Derajat 3: benjolan besar, tidak bisa masuk sendiri, apabila dimasukkan keluar lagi.

Derajat 4: benjolan besar, disertai darah (Saifuddin, 2010:165).

i. Ekstremitas

Flagmasia alba dolens yang merupakan salah satu bentuk infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa sangat nyeri, tampak bendungan pembuluh darah, suhu tubuh meningkat (Manuaba, 2010:418).

b. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat *sahli*. Hasil pemeriksaan Hb dengan *sahli* dapat digolongkan sebagai berikut: tidak anemia jika HB 11g%, anemia ringan jika Hb

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

c. Terapi yang didapat

Terapi yang diberikan pada ibu nifas menurut Sulistyawati (2009:100) yaitu:

- a. Pil zat besi 40 tablet harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari setelah melahirkan.
- b. Vitamin A 200.000 IU agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

B. Diagnosa Kebidanan

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

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

Diagnosa Kebidanan:

P₁/>APIAH... hari... postpartum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak baik (Sulistyawati, 2009:156). P₁/>APIAH, postpartum

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 et al, 2001:974).

C. Perencanaan

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

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

Diagnosa: P₁>APIAH, postpartum 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 (Sulistyawati, 2009:126).

Tujuan: Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi pada ibu dan bayi.

Kriteria: Menurut Manuaba (2012:114) adalah sebagai berikut:

1. Keadaan Umum: kesadaran composmentis.

2. Kontraksi uterus baik (bundar dan keras).

3. Tanda-tanda vital:

TD: 110/70-130/90 mmHg N: 60-80 x/menit

S : 36-37,5°C

R: 16-24 x/menit

(Sulistyawati, 2009:123)

4. Laktasi normal

ASI dibedakan menjadi 3 yaitu:

a) Kolostrum merupakan cairan pertama kali disekresi oleh kelenjar payudara dari hari pertama sampai ketiga atau keempat pasca persalinan. Kolostrum berwarna kekuning-kuningan, viskositas kental, lengket. Mengandung tinggi protein, mineral, garam, vitamin A, nitrogen, sel darah putih, dan anti bodi yang tinggi.

b) ASI transisi atau peralihan diproduksi pada hari keempat sampai kesepuluh, warna putih jernih.

Kadar imunoglobulin dan protein menurun, sedangkan lemak dan laktosa meningkat.

- c) ASI matur merupakan ASI yang disekresi pada hari kesepuluh sampai seterusnya, berwarna putih. Kandungan ASI matur relative konstan tidal menggumpal bila dipanaskan.

(Sulistyawati,2009:123)

5. Involusi uterus normal

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus (Ambarwati, 2008:183).

Tabel 2.21
Involusi Uterus

Involusi uterus	Tinggi fundus	Berat uterus	Diameter uterus	Palpasi serviks
Plasenta Lahir	Setinggi pusat	1000 gr	12,5 cm	Lembut atau lunak
7 hari (1 minggu)	Pertengahan pusat dan simfisis	500 gr	7,5 cm	2 cm
14 hari (2 minggu)	Tidak teraba	350 gr	5 cm	1 cm
6 minggu	Normal	60 gr	2,5 cm	Menyempit

Sumber: Ambarwati dkk, 2010:112)

6. Lochea normal

Lochea rubra (kurenta) keluar dari hari ke-1 sampai ke-3, berwarna merah kehitaman. Lochea sanguinolenta, keluar dari hari ke-4 sampai ke-7, berwarna putih

bercampur merah. Lochea serosa, keluar dari hari ke-7 sampai ke-14, berwarna kekuningan. Lochea alba, keluar setelah hari ke-14, berwarna putih (Manuaba, 2010:201).

Intervensi menurut Suherni (2009:120):

1. Lakukan pemeriksaan KU, TTV, laktasi, involusi, dan lochea.

R/ menilai status ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi (Saifuddin, 2009:123).

2. Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya.

R/ menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap substansi/zat dari makanan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan (Saifuddin, 2009:337).

3. Jelaskan pada ibu mengenai senam pasca persalinan (senam nifas).

R/ latihan yang tepat untuk memulihkan/mengembalikan keadaan tubuh menjadi indah dan langsing seperti semula (Mochtar, 2012:176).

4. Beri konseling ibu tentang KB pascasalin.

R/ untuk menjarangkan kehamilan (Mochtar, 2012:89).

5. Anjurkan ibu untuk mengimunitasikan bayinya.

R/ untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan (Marmi, 2012:395).

Masalah 1: Gangguan eliminasi

Tujuan : Masalah eliminasi teratasi

Kriteria : Ibu bisa BAB dan BAK dengan lancar

Intervensi menurut Sulistyawati (2009:101) antara lain:

1. Berikan penjelasan kepada pasien mengenai pentingnya BAB dan BAK sedini mungkin setelah melahirkan.

R/ pasien tidak akan menahan untuk BAK maupun BAB jika terasa.

2. Yakinkan pasien bahwa jongkok dan mengejan ketika BAB tidak akan menimbulkan kerusakan pada luka jahitan.

R/ menghilangkan rasa takut pada pasien untuk melakukan BAB.

3. Anjurkan pasien untuk banyak minum air putih serta makan sayur dan buah.

R/ membantu memperlancar eliminasi.

Masalah 2: 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 Sulistyawati (2009:134) antara lain:

1. Observasi luka jahitan perineum.

R/ untuk mengkaji jahitan perineum dan mengetahui adanya infeksi atau tidak.

2. Ajarkan ibu tentang perawatan perineum yang benar.

R/ ibu bisa melakukan perawatan perineum secara benar dan mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.

3. Beri analgesic oral (paracetamol 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu).

R/ mengurangi rasa nyeri pada luka jahitan perineum.

Masalah 3: *after pain* atau kram perut

Tujuan : Masalah kram perut teratasi

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu

Intervensi menurut Suherni (2009:123-124) antara lain:

1. Anjurkan ibu untuk 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. Berikan analgesic jika perlu (paracetamol, asam mefenamat).

R/ mengurangi rasa nyeri.

Masalah 4: pembengkakan payudara

Tujuan : 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 Manuaba (2010:420) 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 satunya menjadi bengkak.

3. Anjurkan ibu untuk memberikan kompres hangat pada payudara, dengan menempelkan kain atau handuk yang hangat pada payudara.

R/ air hangat dapat merelaksasi otot payudara supaya tidak tegang.

4. Anjurkan ibu untuk menggunakan bra yang kuat untuk menyangga dan tidak menekan payudara.

R/ bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah pembengkakan dan nyeri yang dialami.

5. Anjurkan ibu untuk memberikan kompres dingin pada payudara diantara waktu menyusui.

R/ kompres dingin dapat membuat otot-otot payudara berkontraksi sehingga rasa nyeri dapat berkurang.

6. Lakukan pengeluaran ASI secara manual jika payudara masih terasa penuh.

R/ pengosongan payudara secara manual dapat membantu mengurangi pembengkakan payudara.

7. Berikan terapi paracetamol 500 mg per oral setiap 4 jam bila diperlukan.

R/ dapat mengurangi nyeri.

8. Anjurkan ibu untuk melakukan perawatan payudara.

R/ dapat melancarkan keluarnya ASI

Masalah 5: pembendungan ASI

Tujuan : masalah pembendungan ASI teratasi

Kriteria : payudara tidak nyeri, tidak terasa penuh dan tidak keras Intervensi menurut Manuaba (2010:422) antara lain:

1. Anjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin atau 2-3 jam sekali.

R/ sering menyusui dapat mengurangi pembendungan ASI

2. Anjurkan ibu untuk memberikan kompres hangat pada payudara sebelum menyusui bayinya , dengan menempelkan kain atau handuk yang hangat pada payudara.

R/ air hangat dapat merelaksasi otot payudara supaya tidak tegang..

3. Anjurkan ibu untuk memberikan kompres dingin pada payudara diantara waktu menyusui.

R/ kompres dingin dapat membuat otot-otot payudara berkontraksi sehingga rasa nyeri dapat berkurang.

4. Lakukan pengeluaran ASI secara manual jika payudara masih terasa penuh.

R/ pengosongan payudara secara manual dapat membantu mengurangi pembengkakan payudara.

5. Anjurkan ibu untuk melakukan perawatan payudara.

R/ dapat melancarkan keluarnya ASI

D. Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada atau pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Depkes RI, 2008).

E. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi segera setelah selesai melakukan asuhan kepada klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada

klien atau keluarganya. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien. Menurut Depkes RI (2008:77).

F. Dokumentasi

ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP sebagai berikut:

S: Data Subjektif, mencatat hasil anamnesa.

O: Data Objektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A: Hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P: Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang suda dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, dan rujukan. Depkes RI (2008:78).

2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Neonatus

A. Pengkajian data

1. Data Subyektif

a) Identitas bayi dan orang tua

Identitas sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepas sampai penyerahan bayi (Manuaba, 2012: 205).

b) Keluhan utama

Keluhan utama pada neonatus adalah bayi gelisah, tidak ada keinginan untuk menghisap ASI, bayi lapar, tidak sabar untuk menghisap puting (Manuaba, 2010: 205).

Terjadi seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, *oral*

truch (moniliasis/sariawan), *diaper rash* (Marmi, 2012: 207).

c) Riwayat antenatal

Bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu kelahiran. Jumlah kunjungan prenatal dicatat bersama setiap masalah prenatal yang ada. Semua hasil laboratorium dan pengujian prenatal termasuk laporan ultrasonografi, harus ditinjau. Kondisi prenatal dan kondisi intrapartum yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan bayi baru lahir (Varney, 2007: 916).

d) Riwayat natal

Usia gestasi pada waktu kelahiran, lama persalinan, presentasi janin dan rute kelahiran harus ditinjau ulang. Pecah ketuban lama, demam pada ibu, dan cairan amnion yang berbau adalah faktor risiko signifikan untuk atau predictor infeksi neonatal. Cairan amnion berwarna mekonium meningkatkan risiko penyakit pernapasan. Medikasi selama persalinan seperti analgesic, anestetik, magnesium sulfat dan glukosa dapat mempengaruhi perilaku dan metabolisme bayi baru lahir. Abnormalitas plasenta dan kedua pembuluh darah tali pusat dikaitkan dengan peningkatan insiden anomaly neonatus (Wals, 2012: 368).

e) Riwayat post natal

Riwayat baru sejak lahir harus ditinjau ulang, termasuk pola menyusui, berkemih, defekasi, tidur dan menangis. Tanda vital, medikasi yang diberikan pada bayi baru lahir dan hasil laboratorium (Walsh, 2012: 368). Meninjau catatan kelahiran bayi tentang tanda-tanda vital dan perilaku bayi baru lahir .perilaku mengkhawatirkan bayi meliputi letargi , aktivitas menghisap yang buruk atau tidak ada , dan tangisan yang abnormal. (Varney,2008:917)

f) Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Kebutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuha selama dua bulan pertama adalah sekita 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energi sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marmi, 2012: 379)

Table 2.22
Kebutuhan Dasar Cairan dan Kalori neonatus

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

Sumber : Saifudin, 2009;380)

2) Eliminasi

(a) Buang air kecil (BAK)

BAK bayi normalnya mengalami berkemih 7 sampai 10 kali per hari. Untuk menjaga bayi agar tetap bersih

, hangat dan kering maka setelah BAK harus diganti popoknya. Biasanya terdapat urine dalam jumlah yang kecil pada kandung kemih bayi saat lahir, tetapi ada kemungkinan urine tidak dikeluarkan selama 12-24 jam.

(b) Buang air besar (BAB)

Bayi yang pencernaannya normal akan BAB pada 24 jam pertama dan dalam 4 hari. BAB pertama ini disebut mekonium. Feses pertama ini biasanya berwarna hijau kehitaman dan lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel (Marmi, 2012: 77).

3) Pola tidur

Bayi baru lahir biasanya akan tidur pada sebagian besar waktu diantara waktu makan, namun akan waspada dan beraksi ketika terjaga, ini adalah hal yang normal dalam 2 minggu pertama. Perlahan bayi sering terjaga diantara waktu menyusui (Dewi, 2011: 26).

Tabel 2.23
Perubahan pola tidur bayi

Usia	Lama Tidur
1 minggu	16,5 jam
1 tahun	14 jam
2 tahun	13 jam
5 tahun	11 jam
9 tahun	10 jam

Sumber : (Dewi, 2011: 29)

4) Aktivitas

Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampa sebanyak banyaknya 2 jam perhari, tergantung pada tempramen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidknyamanan karena popok basah dan stimulasi berlebihan (Walsh, 2007: 368).

5) Personal Hygiene

Kulit bayi baru lahir sangat rentan mengering. Kulit kering yang berlebihan pada bayi menyebabkan ketidaknyamanan dan dermatitis popok (Walsh, 2007: 368).

g) Riwayat psikososial

Kontak awal ibu dengan bayi setelah kelahiran melalui sentuhan, kontak mata, suara, aroma, bioritme akan terbentuk ikatan kasih sayang antara ibu dan orang tua (Marmi, 2011: 207).

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°C (Wiknjastro, 2005: 256). Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan (Saifuddin, 2006: 137).

b) Tanda- tanda Vital

1) Nadi

Frekuensi jantung bayi cepat sekitar 120-160 kali per menit (Marmi, 2014: 114).

2) Suhu

Suhu bayi baru lahir dapat dikaji di berbagai tempat dengan jenis termometer yang berbeda-beda. Dianjurkan bahwa suhu rektal dan aksila tetap dalam rentang $36,5$ - $37,5^{\circ}\text{C}$ dan suhu kulit abdomen dalam rentang 36 - $36,5^{\circ}\text{C}$ (Vrney, 2007: 882).

3) Pernapasan

Bayi baru lahir selama 1 menit penuh dengan mengobservasi gerakan naik turun perut bayi. Pernafasan bayi dapat naik turun, semakin lambat atau semakin cepat dari waktu ke waktu, kondisi ini normal. Pada pernapasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi dan eskpirasi (Saifuddin, 2009: 135). Frekuensi rata-rata

40 kali per menit. Rentang 30-60 kali per menit. Pernapasan merupakan pernapasan diafragma dan abdomen (Varney, 2007: 717).

4) APGAR SCORE

Menurut Novita (2011) nilai APGAR pada umumnya dilaksanakan pada 1 menit dan 5 menit sesudah bayi lahir. Akan tetapi, penilaian bayi harus segera dimulai sesudah bayi lahir. Apabila memerlukan intervensi berdasarkan penilaian pernafasan, denyut jantung atau warna bayi, maka penilaian ini harus segera dilakukan. Nilai APGAR dapat menolong dalam upaya penilaian keadaan bayi dan penilaian efektivitas upaya resusitasi. Apabila nilai APGAR kurang dari 7 maka penilaian tambahan masih diperlukan yaitu 5 menit sampai 20 menit atau sampai dua kali penilaian menunjukkan nilai 8 atau lebih. Penilaian untuk melakukan resusitasi semata-mata ditentukan oleh tiga tanda penting yaitu pernafasan, denyut jantung, dan warna.

Resusitasi yang efektif bertujuan memberikan ventilasi yang adekuat, pemberian oksigen, dan curah jantung yang cukup untuk menyalurkan oksigen ke otak, jantung dan alat vital lainnya (Novita, 2011:145),

Tabel 2.24
Apgar Score

Aspek pengamatan bayi baru lahir	Skor		
	0	1	2
<i>Appearance/</i> warna kulit	Seluruh tubuh bayi berwarna kebiruan	Warna kulit tubuh normal, tetapi tangan dan kaki berwarna kebiruan	Warna kulit seluruh tubuh normal
<i>Pulse /</i> nadi	Denyut jantung tidak ada	Denyut jantung <100 kali per menit	Denyut jantung >100 kali per menit
<i>Grimace/</i> respons reflek	Tidak ada respon terhadap stimulasi	Wajah meringis saat stimulasi	Meringis, menarik, batuk atau bersin saat stimulasi
<i>Activity/</i> tonus otot	Lemah, tidak ada gerakan	Lengan dan kaki dalam posisi fleksi dengan sedikit gerakan	Bergerak aktif dan spontan
<i>Respiratory/</i> pernapasan	Tidak bernapas, pernapasan lambat dan tidak teratur	Menangis lemah, terdengar seperti merintih	Menangis kuat, pernapasan baik dan teratur

Sumber : (Siwi, Elisabeth. 2016)

c) Antropometri

1) Panjang badan

Panjang bayi diukur dari kepala sampai tumit, dengan keyakinan bahwa kaki terekstensi penuh (Walsh, 2008: 368). Menurut Varney (2007: 921) panjang bayi baru lahir paling akurat dikaji jika kepala bayi baru lahir terlentang rata terhadap permukaan yang keras. Kedua tungkai diluruskan dan kertas di meja pemeriksaan diberi tanda. Setelah bayi baru lahir dipindahkan, badan kemudian dapat mengukur panjang bayi dalam satuan sentimeter. Panjang bayi rata-rata 50 cm, dengan kisaran normal 48-52 cm. penambahan panjang yaitu 2 cm per bulan pada 6 bulan pertama (ladewig, 2009:157).

2) Berat badan

Berat badan bayi rata-rata adalah 2500-4000 gram (Marmi, 2014: 214).

3) Ukuran kepala

Ukuran kepala bayi menurut Wirakusumah (2011:70) antara lain:

a) Sirkumferensia suboccipito bregmatika berukuran

32 cm

b) Sirkumferensia fronto oksipitalis berukuran 34

cm

c) Sirkumferensia mento-oksipitalis berukuran 35

cm

d) Pemeriksaan Fisik

1) Kepala

Raba sepanjang garis sutura dan fontanel untuk mengetahui ukuran dan tampilannya normal. Sutura yang berjarak lebar mengindikasikan bayi preterm, moulding yang buruk atau hidrosefalus. Periksa adanya trauma kelahiran misalnya : *caput suksendanum* (ciri-cirinya pada perabaan teraba benjolan lunak, berbatas tidak tegas, tidak berfluktasi tetapi bersifat edema tekan), *sefal hematoma* (ciri-cirinya pada perabaan teraba adanya flukuasi karena merupakan timbunan darah, biasanya tampak di daerah tulang parietal, sifatnya

perlahan lahan tumbuh benjolan biasanya baru tampak jelas setelah bayi lahir dan membesar sampai hari kedua dan ketiga). Perdarahan subaponeurotik atau fraktur tulang tengkorak. Perhatikan adanya kelainan seperti *anansefali*, *mikrosefali*, *kraniotabes* dan sebagainya (Marmi, 2014: 221).

Table 2.25
Perbedaan caput succedaneum dan cepalhematoma

Caput succedaneum	Cepalhematoma
Muncul waktu lahir dan mengecil etelah lahir	Muncul atau ada pada waktu lahir atau sesudah lahir dan dapat membesar setelah lahir
Lunak dan tidak berfluktuasi	Lunak dan tidak berfluktuasi
Melewati batas sutura dan teraba moulase	Batas tidak melampaui sutura
Bias hilang dalam beberapa jam atau 2-5 hari	Hilang lama (beberapa minggu atau bulan)
Berisi cairan getah bening	Berisi darah

Sumber: (Vivian, 2010:35)

2) Wajah

Wajah harus tampak simetris. Terkadang wajah bayi tampak asimetris hal ini dikarenakan posisi bayi di intrauterine. Perhatikan kelainan wajah yang khas seperti sindrom piere robin. Perhatikan juga kelainan wajah akibat trauma lahir seperti laserasi, paresi dan fasialis (Marmi, 2014: 221).

3) Mata

Goyangkan kepala bayi secara perlahan-lahan supaya mata bayi terbuka. Periksa jumlah, posisi atau letak mata. Periksa adanya strabismus yaitu koordinasi mata yang belum sempurna. Periksa

adanya glaukoma kongenital, mulanya akan tampak sebagai pembesaran kemudian sebagai kekeruhan pada kornea. Periksa juga adanya trauma seperti pendarahan konjungtiva. Periksa adanya sekret pada mata, konjungtivitis oleh kuman gonokokus dapat menjadi panoftalmia dan menyebabkan kebutaan (Marmi, 2014: 221-224).

4) Hidung

Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm. Periksa adanya pernapasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernafasan (Marmi, 2014: 224).

5) Mulut

Simetris, tidak ada sumbing (skizis), refleks hisap kuat, saliva berlebihan dikaitan dengan fistula atau atresia trakeosofagus (Walsh, 2007: 370).

6) Telinga

Telinga harus menempel pada titik garis horizontal dari kantung luar mata. Kartilago harus keras dan berkembang baik. Pendengaran harus baik, bayi harus terkejut dengan bunyi keras dan mampu memalingkan perhatian kearah suara yang dikenalnya (Walsh, 2007: 302).

7) Leher

Simetris, tidak teraba massa dan pembesaran thyroid, tidak ada krepitus atau fraktur (Walsh, 2007: 302). Leher bayi biasanya pendek dan diperiksa ke simetrisannya. Pergerakan harus baik. Jika terdapat keterbatasan pergerakan kemungkinan ada kelainan tulang leher. Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhealis (Marmi, 2014: 224).

8) Dada

Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernafas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotpraks, paresis doaphragma atau hernia diafragma. Pernafasan yang normal dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan. Tarikan sternum atau interkostal pada saat bernafas perlu diperhatikan. Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk baik dan tampak simetris (Marmi, 2014: 224).

9) Aksila

Aksila harus dipalpasi, dan nodus kecil dapat terlihat ada beberapa neonatus sehat. Neonatus yang pernah terpajan pada HIV mengalami limfadenopati aksilaris (Walsh, 2007: 335).

10) Abdomen

Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan, jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika. Abdomen membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor lainnya. Dan apabila perut kembung kemungkinan adanya enterokolitis vesikalis, omfalokel atau ductus omfaloentrikus persisten (Marmi, 2014: 226).

11) Punggung

Bayi harus dibalik sehingga pemeriksaan dapat menginfeksi lipatan luteal untuk simetrisitas. Lipatan yang asimetris dapat menunjukkan abnormalitas panggul atau tungkai. Bokong harus diregangkan untuk mengkaji lesung dan sinus yang dapat mengindikasikan anomaly medulla spinalis (Walsh, 2007: 339).

12) Genetalia

(a) Perempuan

Terkadang tampak adanya secret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormone ibu. Pada bayi cukup bulan, labia mayora menutupi labia minora. Lubang uretra

terpisah dengan lubang vagina (Marmi, 2014: 226).

(b) Laki-laki

Pada bayi laki laki panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. Periksa posisi lubang uretra. Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis. Periksa adanya hipospadia dan epispadia (Marmi, 2014: 226).

13) Anus

Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya mekonium plug syndrome megakolom atau obstruksi saluran pencernaan (Marmi, 2014: 235).

14) Ekstremitas

Ukuran setiap tulang harus proporsional untuk ukuran seluruh tungkai dan tubuh secara umum. Tungkai harus simetris harus terdapat 10 jari. Telapak harus terbuka secara penuh untuk memeriksa jari ekstra dan lekukan telapak tangan. Sindaktili adalah penyatuan atau penggabungan jari-jari, dan polidaktili menunjukkan jari ekstra. Kuku jari harus ada pada jari. Panjang tulang pada ekstremitas bawah harus dievaluasi untuk

ketepatannya. Bayi yang lahir dengan presentasi bokong berisiko tinggi untuk mengalami kelainan panggul kongenital (Walsh, 2008: 371-372).

15) Kulit dan kuku

Dalam keadaan normal, kulit berwarna kemerahan kadang-kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan. Pengelupasan yang berlebihan harus dipikirkan kemungkinan adanya kelainan. Waspada timbulnya kulit dengan warna kulit yang tidak rata (*Cutis Marmorata*), telapak tangan, telapak kaki atau kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat atau kuning. Bercak berak besar biru yang sering terdapat di sekitar bokong (*Mongolian Spot*) akan menghilang pada umur 1-5 tahun (Saifuddin, 2006: 137). Kulit bayi baru lahir yang normal tipis, halus dan mudah sekali mengalami trauma akibat desakan, tekanan atau zat yang memiliki Ph berbeda. Rambut halus disebut dengan lanugo, menutupi kulit dan banyak terdapat dibahu, lengan atas dan paha. Warna kulit bayi bergantung pada asal suku, bervariasi mulai dari merah muda dan putih hingga coklat kekuningan atau coklat tua (Fraser, 2009: 709).

e) Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Reflek

Pemeriksaan neurologis merupakan indikator integritas sistem saraf. Baik respons yang menurun (hipo) maupun yang meningkat (hiper) merupakan penyebab masalah (Varney, 2008: 923). Reflek yang dikaji antara lain:

11) Refleks melangkah (*stepping*)

Bayi akan menggerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras (Marmi, 2014: 246).

12) Refleks menelan (*Swallowng Reflex*)

Kumpulan ASI didalam mulut bayi mendesak otot-otot di daerah mulut dan faring untuk mengaktifkan refleks menelan dan mendorong ASI kedalam lambung bayi (Wiknjosastro, 2008: 134).

13) Reflek berkedip (*glabellar reflex*)

Pada saat pangkal hidung diketuk secara perlahan, bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama (Marmi, 2014: 246).

14) Reflek menghisap (*sucking reflex*)

Benda menyentuh bibir disertai refleks menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam

gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat. Dilihat pada waktu bayi menyusu.

15) Reflek mencari (*rooting reflex*)

Ketika pipi atau sudut mulut bayi disentuh, bayi akan menoleh ke arah stimulus dan membuka mulutnya.

16) Refleks menggenggam (*grasping reflex*)

Ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari), respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat (Marmi, 2014: 246).

17) Refleks terkejut (*morro reflex*)

Ketika bayi kaget akan menunjukkan respon berupa memeluk dengan abduksi dan ekstensi dari ekstremitas atas yang cepat dan diikuti dengan aduksi yang lebih lambat dan kemudian timbul fleksi. Refleks ini juga berfungsi untuk mengkaji kondisi umum bayi serta kenormalan sistem syaraf pusatnya.

18) Refleks babinsky

Goreskan telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak tangan kaki. Ketika telapak kaki bayi tergores, bayi akan menunjukkan respon

berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi (Marmi, 2014: 247).

19) Refleks menoleh (*tonikneck reflex*)

Eksremitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi istirahat. Respon ini dapat tidak ada atau lengkap segera setelah lahir (Marmi, 2014: 247).

20) Refleks ekstruksi

Cara mengukurnya dengan sentuh lidah dengan spatel lidah. Pada kondisi normal lidah ekstensi ke arah luar bila disentuh dengan jari atau puting (Marmi, 2014: 72).

B. Diagnosa Kebidanan

Menurut Kemenkes RI (2011) perumusan diagnosa atau masalah kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnose dan masalah kebidanan yang tepat. Kriteria perumusan diagnosa atau masalah adalah :

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

Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir diberikan kepada bayi bayi baru lahir dengan masalah sebagai berikut, hemangioma, ikterik, muntah, gumoh, diaperash, seborrhea, bisulan, miliarasis, diare, obstipasi, infeksi, dan bayi meninggal mendadak (Marmi, 2014: 211).

C. Intervensi

Diagnosa : diagnosa yang dapat ditegakan adalah bayi baru lahir normal, umur, jam, bayi baru lahir tanggal, dengan normal, tangisan kuat, warna kulit merah, tonus otot baik, BB (2500-4000 gram), PB(48-52 cm)

Tujuan : bayi tetap dalam keadaan normal dan bayi tidak mengalami infeksi dan hipotermi

Kriteria :

1. Bayi tampak sehat, kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis kuat, minum ASI (Wiknjosastro, 2006: 174).
2. Nadi 120-160x/menit
3. Suhu bayi 36,5-37,°C
4. Frekuensi pernapasan rata rata 40 kali per menit, rentang 30-60 kali per menit (Varney, 2007).
5. Berat badan 2500-4000 gram

Intervensi :

1. Lakukan inform consent

R/ Inform consent merupakan langkah awal untuk melakukan tindakan lebih lanjut

2. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan
R/ Cuci tangan merupakan prosedur pencegahan kontaminasi silang.
3. Beri identitas bayi
R/ Identitas merupakan cara yang tepat untuk menghindari kekeliruan
4. Bungkus bayi dengan kain kering dan lembut
R/ Membungkus bayi merupakan mencegah hipotermi
5. Rawat tali pusat dan mmebungkus dengan kassa
R/ Tali pusat yang terbungkus merupakan cara mencegah infeksi
6. Timbang berat badan setiap hari setelah dimandikan
R/ Deteksi dini pada pertumbuhan dan kelainan pada bayi
7. Ukur suhu tubuh bayi denyut jantung dan respirasi setiap jam
R/ Deteksi dini terhadap adanya komplikasi
8. Anjurkan ibu untuk mengganti popok bayi setelah BAB/BAK
R/ Segera mengganti popok setelah basah merupakan salah satu cara untuk menghindari bayi dari kehilangan panas
9. Anjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif
R/ ASI adalah makanan terbaik bayi untuk tumbuh kembang dan pertahanan tubuh/kebutuhan nutrisi 60 cc/kg/hari

Masalah I : Risiko Hipotermi

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

Kriteria :

1. Suhu bayi 36.5-37,5°C (Marmi, 2014: 207).
2. Bayi menetek kuat, tidak lesu, akral hangat, denyut jantung bayi 120-160x/menit, kulit tubuh bayi lembab, turgor baik (Saifuddin, 2009: 97-100).

Intervensi menurut Marmi (2012: 302)

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 setres dingin
2. Kaji tanda tanda hipotermi
R/ Selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal yang berakhir dengan kematian
3. Cegah kehilangan panas tubuh bayi melalui konduksi, konveksi, radiasi, evaporasi
R/ Konveksi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi-bayi ditempatkan didekat benda-benda yang mempunyai suhu tubuh lebih rendah dari suhu tubuh bayi. Evaporasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas yang terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas bayi sendiri karena setelah lahir, tubuh bayi tidak segera dikeringkan dan diselimuti.

Masalah 2 : Risiko Hipoglikemi

Tujuan : Hipoglikemi tidak terjadi

Kriteria :

1. Kadar glukosa dalam darah \geq mg/dl
2. Bayi tidak kejang, tidak letargi, pernafasan teratur, kulit kemerahan, tidak pucat, minum ASI adekuat, tangis kuat dan nomotermi.

Intervensi menurut Marmi (2012: 306) :

1. Kaji bayi baru lahir dan cacat setiap faktor risiko
R/ Bayi preterm, bayi dari ibu 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 20-4 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 hipoglikemi.
R/ nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglikemi

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

Masalah 3 : Risiko Ikterik

Tujuan : Ikterik tidak terjadi

Kriteria :

1. Kadar bilirubin serum $\leq 12,9$ mg/dl
2. Timbl pada hari ke-2 dan ke-3 setelah bayi lahir
3. Kulit bayi berwarna kemerahan, mukosa, sklera dan urine tidak berwarna kekuning-kuningan

Intervensi :

1. Mengkaji faktor-faktor risiko
R/ Riwayat prenatal tentang imunisasi Rh inkompatibilitas ABO, penggunaan askrim pada ibu, sulfanodima, atau obat-obatan anti mikroba dan cairan amnion berwarna kuning (indikasi penyakit hemolitik tertentu) merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat
2. Mengkaji tanda dan gejala ikterik
R/ Pola penerimaan ASI buruk, letargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya reflex moro, merupakan tanda-tanda vital enselopati bilirubin (kerniterus).
3. Berikan ASI sesegera mungkin dan lanjutkan 2-4 jam

R/ Kolostrum sebagai pembersih selaput BBL sehingga saluran pencernaan siap untuk menerima makanan

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

Masalah 4 : Sebhorrea

Tujuan : Sebhorrea tidak terjadi

Kriteria :

1. Cuaca dingin
2. Jarang mencuci rambut
3. Pemakaian lotion yang mengandung alkohol

Intervensi menurut Marmi (2012: 221-223):

1. Menyelimuti bayi dan memakaikan baju
R/ Menjaga suhu bayi tetap hangat
2. Memberikan obat-obatan topical seperti sampo yang tidak berbusa
R/ Mengeramasi bayi 2-3 kali seminggu
3. Memberikan krim silanum sulvida/HG presipitatus albus 2 %
R/ Memberikan salep sehari 3 kali sehabis mandi

Masalah 5: Miliariasis

Tujuan :miliariasis teratasi

Kriteria :tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi cairan di seluruh tubuh.

Intervensi menurut (Marmi,2012:201):

1. Mandikan bayi secara teratur 2x sehari

R/ mandi dapat membersihkan tubuh bayidari kotoran serta keringat yang berlebihan.

2. Bila berkeringat, seka tubuhnya sesering mungkin dengan handuk lap kering, atau waslap 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 pakian katun untuk bayi

R/bahan katun dapat menyerap keringat

5. Bawa periksa ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal, luka/lecet , rewel dan sulit tidur

R/penatalaksanaan lebih lanjut

Masalah 6: muntah dan gumoh

Tujuan : bayi tidak muntah dan gumoh setelah minum

Kriteria: a. tidak muntah dan gumoh setelah minum

b. Bayi tidak rewel

Intervensi menurut marmi (2012;207)

1. Sendawakan bayi selesai menyusui

R/bersendawa dapat membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui

2. Hentikan menyusui bila bayi rewel atau menangis

R/mengurangi masuknya udara yang berlebihan

Masalah 7: oral trush

Tujuan : oral trush tidak terjadi

Kriteria : mulut bayi tampak bersih

Intervensi menurut marmi (2012:211)

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 di seduh dengan dengan air mendidih atau direbus hingga mendidih sebelum digunakan

R/mematikan kuman dengan suhu tertentu

3. Bila bayi menyusui ibunya bersihkan puting susu sebelum menyusui

R/ mencegah timbulnya oral trush

Masalah 8: diaper rash

Tujuan : tidak terjadi diaper rash

Kriteria : tidak timbul bintik merah pada kelamin dan bokong bayi

Intervensi menurut marmi (2012:215)

1. Perhatikan daya tampung diaper, bila telah menggantung atau menggelembung ganti dengan yang baru

R/Menjaga kebersihan sekitar genetalia sampai anus bayi

2. Hindari pemakaian diaper terlalu sering. Gunakan diaper disaat yang membutuhkan sekali

R/mencegah terjadinya diaper rash

3. Bersihkan daerah genetalia dan anus bila bayi BAB dan BAK jangan sampai ada sisa urin atau kotoran dikulit bayi

R/kotoran dipantat dan cairan bercampur menghasilkan zat yang menyebabkan peningkatan 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.

D. Implementasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar Asuhan kebidanan, bidan melakukan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya *promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan dengan Kriteria:

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

E. Evaluasi

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

1. Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien

2. Hasil evaluasi segera dicatat dan direkomendasikan kepada klien dan atau keluarga
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standart
4. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai kondisi klien atau pasien

F. Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan dalam memberikan asuhan kebidanan.

Dengan kriteria :

Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.

S adalah data Subjektif, mencatat hasil pemeriksaan

O adalah data Obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A adalah Analisa, mencatat hasil diagnosa dan masalah kebidanan

P adalah Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera komperhensif. Penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan.

2.2.5 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

A. Pengkajian data

1. Data subyektif

a) Biodata

1) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan pelayanan (Ambarwati, 2011: 131)

2) Umur

Wanita usia <20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk menunda kehamilan, usia 20-25 tahun untuk menjarangkan kehamilan, dan usia >35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifuddin, 2013 :9).

3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Ambarwati, 2011: 132).

4) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontak, suntikan Kb, susuk KB atau alat susuk bawah kulit (AKBK), AKDR (Manuaba, 2012: 592).

5) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak diduga (Mochtar, 2011: 194).

6) Alamat

Wanita yang tinggal ditempat yang terpencil mungkin memilih metode yang tidak mengharuskan mereka berkonsultasi secara teratur dengan petugas keluarga berencana (Walsh, 2007: 10)

b) Keluhan utama

Keluhan utama pada ibu pascasalin menurut Affandi (2012: 9) adalah:

- 1) Usia 20-35 tahun
- 2) Usia > 35 tahun tidak ingin hamil lagi

c) Riwayat kesehatan

- 1) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung,stroke (Affandi, 2012:180).

- 2) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah <180/110 mmHg dengan

masalah pembekuan darah, anemia bulan sabit (sickle cell) (Affandi, 2012:180).

- 3) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin (Affandi, 2012: 181).
- 4) Untuk menurunkan morbilitas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan dan nifas, perlu konseling prakonsepsi dengan memperhatikan resiko masing-masing penyakit. Pasien dengan kelainan jantung derajat 3 dan 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilih cara kontrasepsi AKDR, tubektomi atau vasektomi pada suami (Hanafi, 2011:201).
- 5) Ibu dengan penyakit infeksi alat genitalia (Vaginitis, servisititis), sedang mengalami atau menderita PRP atau abortus septik, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang mempengaruhi kavum uteri, penyakit trofoblas yang ganas, TBC pelvik, kanker alat genitalia tidak diperkenankan menggunakan AKDR dengan progestin (Anwar, 2012:100)

d) Riwayat kebidanan

1) Haid

Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pasca salin insersi implan dapat dilakukan setiap saat. Bila menyusui penuh, klien tidak perlu memakai metode kontrasepsi lain. Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, insersi dapat dilakukan setiap saat tetapi jangan melakukan hubungan seksual selma 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja (Affandi, 2012:101). Pada metode KB MAL, ketika ibu mulai haid lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan metode KB lainnya (Affandi, 2012:101), wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efek estrogen yang rendah (Manuaba, 2010:143).

2) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Pada klien pasca persalinan yang tidak menyusui, masa infertilitasnya rata-rata berlangsung sekitar 6 minggu. Sedangkan pada klien yang menyusui, masa infertilitasnya lebih lama. Namun kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan (Affandi, 2012:103).

Riwayat kehamilan ektopik merupakan kontraindikasi penggunaan kontrasepsi mini pil (Affandi, 2012:103). Pasien yang tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septik tidak boleh menggunakan kontrasepsi kontraindikasi KB IUD (Affandi, 2012:104).

3) Riwayat KB

Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada akseptor, pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implan, IUD) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut. Pasien yang pernah mengalami problem ekspulsi IUD, ketidak mampuan untuk memeriksa sendiri ekor IUD merupakan kontra indikasi untuk KB IUD (Hartanto, 2014:98).

b. Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

DMPA merangsang pusat pengendalian nafsu makan di hipotalamus, yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak dari biasanya (Hartanto, 2013:232).

2) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progesterin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan

kandung kencing karena relaksasi otot (Hartanto, 2013).

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, 2010:256).

4) Seksual

Pada pengguna jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido (Saifuddin, 2010:256).

5) Riwayat ketergantungan

Merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah risiko terjadinya miokard infark, stroke dan kedaan trombo-embolik (Hartanto, 2013:237). Ibu yang menggunakan obat tuberkulosis (Rifampisin), atau tidak boleh menggunakan pil progestin (Affandi, 2012:126).

2. Data obyektif

a) Pemeriksaan umum

1) Tanda- tanda vital

Suntikan progestin dan implan dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah < 180/110 mmHg (Affandi, 2012:135). Pil dapat

menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Fraser, 2009:157).

2) Pemeriksaan antropometri

Umumnya penambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1 kg sampai 5 kg dalam tahun pertama. Penyebab penambahan berat badan tidak jelas. Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh (Hartanto, 2013:238).

Permasalahan berat badan merupakan efek samping penggunaan kontrasepsi hormonal, terjadi peningkatan atau penurunan berat badan (Affandi, 2012:144).

b) Pemeriksaan fisik

1. Kepala

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak, rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli, 2011:173).

b. Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/ bulu berlebih di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Affandi, 2012:145).

c. Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakaian pil progestin (Affandi, 2012:146). Akibat terjadi perdarahan hebat memungkinkan terjadinya anemi (Affandi, 2012).

d. Hidung

Normal tidak ada seret yang dan tidak pernapasan cuping hidung, bentuk simetris (Romauli, 2011:173).

e. Payudara

Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma seperti payudara atau serviks, namun progesteron termasuk DMPA digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2013). Keterbatasan pada pengguna KB progestin dan implan akan timbul nyeri pada payudara (Affandi, 2012). Terdapat benjolan/kanker atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implant(Affandi, 2012: 148).

f. Abdomen

Peringatan khusus bagi pengguna implant bila disertai nyeri perut bagian bawah yang hebat

kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010:259).

g. Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenore (Hartanto, 2013:245). Ibu menggunakan varises di vulva dapat menggunakan AKDR. Efek samping yang umum terjadi dari pengguna AKDR diantaranya mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (Spotting) antar menstruasi, dan komplikasi lain dapat terjadi perdarahan hebat pada waktu haid (Affandi, 2012:154).

h. Ekstremitas

Pada pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan .Ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan AKDR (Affandi, 2012:155).

i. Untuk penggunaan kontrasepsi IUD, selain dilakukan pemeriksaan fisik juga harus dilakukan pemeriksaan inspekulo serta bimanual untuk penapisan. Diantaranya adalah sebagai berikut menurut (Siswishanto 2013: 42) :

1) pemeriksaan inspekulo

pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui apakah ada lesi atau keputihan pada vagina atau tidak. Selain itu juga untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda-tanda kehamilan pada ibu.

2) Pemeriksaan bimanual

Pemeriksaan ini dilakukan diantaranya adalah untuk:

- a) Memastikan gerakan serviks bebas
- b) Memastikan besarnya uterus serta posisi uterus
- c) Memastikan jika tidak ada tanda-tanda kehamilan
- d) Memastikan jika ibu tidak mengalami infeksi atau tumor pada adneksa.

G. Diagnosa kebidanan

PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia..... tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontra indikasi, keadaan umum baik, dengan kemungkinan masalah mual, sakit kepala, *amenorhea*, perdarahan/ bercak, nyeri perut bagian bawah, perdarahan pervaginam, prognosa baik (Saifuddin, 2010:271).

H. Perencanaan

Diagnosa : PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia.... tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontra indikasi, keadaan umum baik, prognosa baik.

Tujuan:

1. Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif.
2. Pengetahuan ibu tentang macam-macam, cara kerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah.
3. Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya.

Kriteria:

1. Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas.
2. Ibu memilih salah satu KB yang sesuai.
3. Ibu terlihat tenang.

Intervensi menurut Saifuddin (2010:274):

1. Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.
R/ menyakinkan 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 kontra indikasi.

R/ penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang dia inginkan.
4. Bantulah klien menentukan pilihannya.

R/ klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

5. Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.

R/ penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien.

6. Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.

R/ penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

7. Pesankan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang.

R/ kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan alat kontrasepsi

Masalah I: *Amenorhea*

Tujuan: setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria: ibu bisa beradaptasi dengan keadaannya.

Intervensi menurut Affandi (2012:165):

1. Kaji pengetahuan pasien tentang *amenorhea*

R/ mengetahui tingkat pengetahuan pasien

2. Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul di dalam rahim.

R/ ibu dapat merasa tenang dengan keadaannya.

3. Bila terjadi kehamilan hentikan penggunaan Kb, bila kehamilan ektopik segera rujuk.

R/ penggunaan KB pada kehamilan dapat mempengaruhi kehamilan dan kehamilan ektopik lebih besar pada penggunaan KB

Masalah 2 : pusing

Tujuan : setelah diberikan asuhan, pusing dapat teratasi dari ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya.

Kriteria: tidak terasa pusing dan mengerti efek samping dari KB hormonal

Intervensi menurut Affandi (2012:169):

1. Kaji keluhan pusing pasien

R/ membantu menengakkan diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya untuk pengobatan.

2. Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara

R/ Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal.

3. Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

R/ Teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri.

Masalah 3 : perdarahan bercak/ *spotting*

Tujuan : setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya.

Kriteria: keluhan ibu terhadap masalah bercak/*spotting* berkurang

Intervensi menurut Affandi (2012;169):

1. Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah dan biasanya tidak memerlukan pengobatan.

R/ klien mampu mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek menggunakan KB hormonal adalah terjadinya perdarahan bercak/ *spotting*.

2. Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya.

Masalah 4 : perdarahan pervaginam yang hebat

Tujuan : setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi penggunaan KB IUD.

Kriteria: perdarahan berkurang dan ibu tidak khawatir dengan kondisinya

Intervensi menurut Dyah (2010:143):

1. Yakinkan klien bahwa jumlah darah haid atau pendarahan diantara haid menjadi lebih banyak pada pengguna AKDR terutama pada beberapa bulan pertama.

R/ proses pemasangan AKDR sedikit melukai porsio, 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 penyebablainnya, beri nesteroidal antiinflamatori (NSAID), seperti ibuprofen selama 5-7 hari.

R/ pemberian NSAID dalam meringankan nyeri dan mencegah perdarahan.

4. Jika perdarahan masih terjadi dan klien merasasingat terganggu tawarkan metode pengganti bila klien ingin menghentikan penggunaan AKDR

R/ memberikan kenyamanan pada pengguna akseptor KB

Masalah 5 : Perubahan berat badan

Tujuan : setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami stress karena perubahan berat badan.

Kriteria: kenaikan berat badan rata-rata setiap tahun bervariasi antara 2,3-2,9 kg. dan berkurang setiap tahun rata-rata antara 1,6-1,9 kg.

Intervensi :

1. Jelaskan sebab terjadinya perubahan berat badan.

R/karena hormone progesteron mempermudah perubahan karbohidrat dan gula menjadi lemak.

2. Peambahan berat badan ini bersifat sementara dan individu.

R/ tidak terjdadi pada semua pemakai suntikan, tergantung reaksi tubuh wanita itu terhadap metabolisme progesterone.

3. Anjurkan untuk melakukan diet rendah kalori dan olahraga yang proporsional bagi berat badan meningkat.

R/ untuk menjaga berat badan

4. Anjurkan untuk melakukan diet tinggi protein dan kalori, serta olahraga yang teratur bagi berat badan menurun.

R/ untuk menjaga berat badan tetap stabil.

(Kumalasari,2015:165)

I. Implementasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar Asuhan kebidanan, bidan melakukan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya *promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan dengan Kriteria:

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
2. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarga (*inform consent*).
3. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*
4. Melibatkan klien/ pasien

5. Menjaga privacy klien/pasien
6. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
7. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
8. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
9. Melaksanakan tindakan sesuai standar.
10. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

J. Evaluasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI nomor 938/Menkes/ SK/VII/ 2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria:

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
4. Hasil evaluasi ditindak lanjut sesuai dengan kondisi klien/pasien.

K. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI No. 133 (2007). 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 seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi atau *follow up* dan rujukan.

