

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP DASAR

2.1.1 KONSEP DASAR KEHAMILAN

A. Konsep Kehamilan

Kehamilan didefinisikan sebagai *fertilasi* atau *spermatozoa* dan *ovum* serta dilanjutkan dengan *nidasi* atau *implantasi*. Bila dihitung dari saat fertilasi hingga bayi baru lahir, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 1 bulan lunar atau 8 bulan menurut kalender internasional (Prawirohardjo, 2007).

Masa kehamilan di mulai dari konsepsi sampai sampai masa lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) di hitung dari haid pertama haid terakhir. Kehamilan di bagi dalam 3 triwulan pertama dimulai dari hasil konsepsi sampai 3 bulan (12 minggu), triwulan kedua dimulai dari bulan keempat sampai 6 bulan (13 minggu-27 minggu), triwulan ketiga dimulai dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (28-40 minggu) (Prawirohardjo, 2007).

B. Etiologi Kehamilan

Proses kehamilan harus ada spermatozoa, ovum, pembuahan ovum (konsepsi) dan nidasi implantasi. Hasil konsepsi. Ovum yang dilepas ke arah ovarium disapu ke arah ostium tuba abdominalis,

dan disalurkan terus ke arah medial. Kemudian jutaan spermatozoa ditumpahkan di fornix vagina dan sekitar persio pada waktu koitus. Tapi hanya satu spermatozoa yang mempunyai kemampuan untuk membuahi.

Fertilisasi (pembuahan) adalah penyatuan antara sel telur dengan sel sperma yang distimulasi oleh hormone ekstrogen ini terjadi dituba falopi. Pada saat ovulasi, ovum akan didorong keluar dari volikel ke Graf dan kemudian ditangkap oleh frimbriae.

Pembuahan akan dimulai dengan terbentuknya zigot. Setelah itu terjadi persaingan sperma, dimana hanya dibutuhkan 1 sel sperma untuk membuahi ovum. Ovum yang sudah dibuahi zigot memerlukan waktu 6-8 hari untuk berjalan ke uterus. Selama perjalanan tersebut, zigot berkembang melalui pembelahan sel yang sederhana setiap 12 – 15 sekali, namun ukurannya tidak berubah. Ketika mencapai uterus, zigot yang merupakan masa sel disebut morulla kemudian terpisah menjadi dua lapisan yaitu massa sel luar dan massa sel dalam yang disebut blaskokist (Hutahaeen, 2013).

C. Tanda dan Gejala Kehamilan

Tanda-tanda menurut (Sari dkk, 2014), yaitu :

1. Tanda Tidak Pasti Kehamilan

Tanda tidak pasti kehamilan terdiri dari:

a) *Amenorea* (berhentinya menstruasi)

Konsepsi dan *nidasi* menyebabkan tidak terjadi pembentukan *folikel degraf* dan ovulasi. Dengan mengetahui hari pertama haid terakhir menggunakan rumus Neagle, dapat ditentukan perkiraan persalinan.

b) Mual (nausea) dan muntah (emesis)

Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pengeluaran asam lambung yang berlebihan, mual dan muntah terutama di pagi hari disebut *morning sickness*. Dalam batas fisiologi, keadaan ini dapat diatasi. Akibat mual dan muntah, nafsu makan berkurang.

c) Syncope (pingsan)

Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat menimbulkan sinkope atau pingsan. Keadaan ini menghilang setelah usia kehamilan 16 minggu.

d) Payudara tegang

Pengaruh estrogen-progesteron dan somatotroin menimbulkan deposit lemak, air, dan garam pada payudara. Payudara membesar dan tegang, ujung syaraf tertekan menyebabkan rasa sakit terutama pada hamil pertama.

e) Sering miksi

Desakan Rahim ke depan menyebabkan kandug kemih terasa penuh dan sering *miksi*. Pada triwulan kedua, gejala ini sudah menghilang.

f) Konstipasi atau okstopasi

Pengaruh progesterone dapat menghambat peristaltic usus, menyebabkan kesulitan untuk buang air besar.

g) Ngidam

Wanita hamil sering makan makanan tertentu, karena keinginan yang demikian disebut dengan ngidam.

h) Pigmentasi kulit

Keluarnya *melanophore stimulating hormone* dan pengaruh hipofisis anterior menyebabkan pigmentasi kulit disekitar pipi (*Cloasma gravidarum*), pada dundung perut (*Strie livide, striae nugrae, linea alba* makin hitam), serta sekitar payudara (*hyperpigmentasi aerola mammae*), Putingsusu semakin menonjol, pembuluh darah menifes sekitar payudara.

i) Varises atau penampakan pembuluh darah (Prawirohardjo, 2011).

2. Tanda Pasti Kehamilan

- a. Teraba gerakan janin dalam rahim
- b. Terdengar denyut jantung janin

Dapat didengar dengan *stetoskop leanec* pada minggu ke 17-18. Pada orang gemuk lebih lambat. Dengan *stetoskop ultrasonic (Doppler)*, denyut jantung janin dapat didengarkan lebih awal lagi sekitar minggu ke-12. *Auskultasi* pada janin dilakukan dengan mengidentifikasi bunyi-bunyi yang lain seperti bising usus tali pusat, bising uterus, dan nadi ibu.

c. Teraba bagian-bagian jani dan pada pemeriksaan USG terlihat bagian janin (Manuaba, 2010).

3. Janin dapat dilihat dengan foto rontgen.

a. Menentukan usia periode kehamilan

Menentukan usia periode kehamilan dapat dilakukan dengan berbagai cara diantaranya:

1) Rumus naegele

Untuk menentukan Hari Perkiraan Lahir (HPL), berlaku untuk wanita dengan siklus 28 hari sehingga ovulasi terjadi pada hari ke 14. Cara menghitung Hari Perkiraan Lahir yaitu dengan tanggal pertama haid terakhir ditambah tujuh dan bulan dikurangi tiga.

2) Berdasarkan tinggi fundus uteri

Cara mengukur tinggi fundus uteri menggunakan alat ukur panjang mulai dari tepi atas simpisis pubis sampai fundus uteri atau sebaliknya.

Beberapa prinsip yang harus diperhatikan dalam mengukur tinggi fundus uteri dengan teknik McDonald adalah:.

- (a) Saat melakukan pengukuran tinggi fundus uteri, kandung kemih ibu dikosongkan.
- (b) Posisi ibu saat diukur setengah duduk untuk menghindari terjadinya gangguan peredaran darah baik pada ibu maupun pada janin.

3) Quickening (persepsi gerakan janin pertama)

Gerakan pertama biasanya dirasakan primigravida pada umur kehamilan 18 minggu dan multigravida pada umur 16 minggu.

4) Ultrasonografi (USG)

Menentukan umur kehamilan dengan USG menggunakan 3 cara yaitu:

- (a) Dengan mengukur diameter kantung kehamilan (GS=Gestational Sac) untuk kehamilan 6-12 minggu.
- (b) Dengan mengukur jarak kepada-bokong (GRI=Groun Rump Length) untuk kehamilan 7-14 minggu.
- (c) Dengan mengukur (BPD atau diameter bipateral) untuk kehamilan lebih dari 12 minggu.

D. Proses Kehamilan

1. Konsepsi

Merupakan pertemuan antara sperma dan sel telur yang menandai kehamilan. Peristiwa ini merupakan rangkaian kejadian yang meliputi pembentukan gamet dan implantasi embrio didalam uterus (Romauli, 2011).

a) Spermatozoa

Pada setiap hubungan seksual dikeluarkan sekitar 3 cc sperma yang mengandung 40 sampai 60 juta spermatozoa setiap cc, dan hanya beberapa ratus yang dapat mencapai tuba falopi. Spermatozoa yang masuk kedalam alat genitalia wanita dapat hidup selama tiga hari. Sehingga cukup waktu untuk mengadakan konsepsi (Manuaba, 2010)

b) Ovum

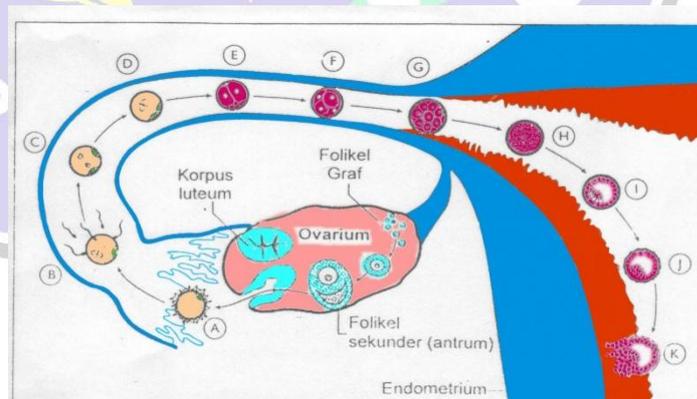
Ovum mempunyai diameter (0,1 mm), ditengah-tengahnya dijumpai nucleus yang terapung-apung dalam sitoplasma yang kekuning-kuningan yaitu vitelus. Vitelus ini mengandung banyak zat karbohidrat dan asam amino.

Ovum dilingkari oleh zona pelusida, diluar pelusida di temukan sel-sel korona radiate (Saifudin, 2009). Tiap bulan satu folikel akan keluar. Kadang-kadang 2 folikel, yang dalam perkembangannya akan menjadi folikel de

Graff (Saifudin, 2009). Selama pertumbuhan menjadi folikel de draff, ovarium mengeluarkan hormon ekstrogen yang mempengaruhi gerak tuba makin mendekati ovarium. Dengan pengaruh LH yang semakin besar dan fluktuasi yang mendadak, Terjadi proses pelepasan ovum yang disebut ovulasi (Manuaba, 2010).

c) Fertilisasi

Pembuahan atau fertilisasi adalah penyatuan ovum (oosit sekunder) dan spermatozoa yang biasanya berlangsung diampula tuba. Untuk mencapai ovum spermatozoa harus melewati korona radiata (lapisan sel diluar ovum) dan zona pelusida (suatu bentuk glikoprotein ekstreaseluler), yaitu lapisan yang menutupi dan mencegah ovum mengalami vertilisai lebih dari satu spermatozoa(Saifuddin,2009).



Gambar 2.1
Perkembangan ovum dan perjalanan menuju kavum uteri
Suber: Kumalasari, 2015

d) Nidasi

Setelah pertemuan kedua inti ovum dan spermatozoa, terbentuk zigot yang dalam beberapa jam telah mampu membelah dirinya menjadi dua dan seterusnya. Bersama dengan pembelahan inti, hasil konsepsi terus berjalan menuju uterus. Hasil pembelahan sel memenuhi seluruh ruangan dalam ovum dan disebut stadium morula. Pembelahan berjalan terus dan didalam morula terbentuk ruangan yang mengandung cairan yang disebut blastula. Perkembangan dan pertumbuhan berlangsung, blastula dengan vili korealisnya yang dilapisi sel trofoblas telah siap untuk mengadakan nidasi. Sel trofoblas yang meliputi “primer fali korealis” melakukan destruksi enzimatik-proteolitik sehingga dapat menanamkan diri dlan endometrium. Nidasi atau implantasi terjadi pada hari ke-6 sampai ke-7 setelah konsepsi (Manuaba, 2010).

Perkembangan ovum dan perjalanannya menuju kavum uteri, melalui tuba valopi digambarkan secara skematis.

Ovum yang belum terpecah, fertilasi, pembentukan pranukleus, pemecahan gabungan pertama, tingkat dua sel, tingkat empat sel, tingkat bentuk delapan sel, bentuk morula dan pembentukan blastosis, zona pelusida hilang dan mulai berlangsung implantasi (Manuaba, 2010).

e) Pembentukan plasenta

Plasentasi adalah proses pembentukan struktur an jenis plasenta. Pada manusia plasentasi terjadi 12-18 minggu setelah fertilisasi. Tiga minggu pasca dimulai pembentukan vili korealis. Vili korealis ini akan bertumbuh menjadi suatu masa jaringan yaitu plasenta (Saifudin, 2009). Vili korealis menghancurkan desidua sampai pembuluh darah, mulai konsepsi sehingga sejak saat itu embrio mendapat tambahan nutrisi dari darah ibu secara langsung. Selanjutnya vili korealis menghancurkan pembuluh darah arteri sehingga terjadilah aliran darah pertama retroplasenter pada hari ke 14 sampai hari ke 15 setelah konsepsi. Bagian desidua yang tidak dihancurkan membagi plasenta menjadi sekitar 15-20 kotiledon maternal. Pada janin plasenta akan dibagi menjadi 200 kotiledon fetus (Manuaba, 2010).

f) Perkembangan janin

Embrio akan berkembang sejak usia 3 minggu hasil konsepsi. Secara klinik pada usia gestasi 4 minggu dengan USG akan tampak sebagai kantong gestasi berdiameter 1 cm, tetapi embrio belum tampak. Pada minggu ke 6 dari haid terakhir-usia konsepsi 4 minggu, embrio berukuran 5 mm, kantong gestasi berukuran 2-3 cm. pada saat itu akan

tampak denyut jantung secara USG. Pada akhir usia 6 minggu usia gestasi 6 minggu usia embrio berukuran 22-24 mm dimana akan tampak kepala yang relative besar dan tonjolan jari (Saifudin, 2011).

E. Pertumbuhan dan Perkembangan Janin

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

3. Embrio Usia 8-11 Minggu

- a) Pembentukan organ dan penampilan semakin bertambah jelas, seperti mulut, kelopak mata, kaki, jantung mulai memompa darah.

- b) Leher lebih panjang sehingga dagu tidak menyentuh tubuh
- c) Insersi funiculus umbilicus sangat rendah pada abdomen.

Apabila perut ibu diraba terlalu keras maka fetus akan bergerak menjauh.

4. Embrio Usia 12-15 Minggu

- a) Panjang tubuh kira-kira 9 cm dan berat 14 gram
- b) Usus lengkap, genitalia dan anus sudah terbentuk, terdapat reflek menghisap dan menelan
- c) Menggerakkan anggota badan, mengedipkan mata, mengerutkan dahi, dan mulut terbuka
- d) Genitalia eksterna telah tampak dan dapat ditetapkan jenis kelaminnya

5. Embrio Usia 16-25 Minggu

- a) Kecepatan pertumbuhan mulai berkurang
- b) Kepala sekarang tegak dan merupakan separuh panjang badan
- c) Gambaran wajah telah nyata, dengan telinga yang terletak pada tempatnya yang normal
- d) Kelopak mata, alis mata dan kuku telah tumbuh dengan sempurna
- e) Tungkai mempunyai prospektif relative yang baik terhadap tubuh

- f) Skeleton terlihat pada pemeriksaan sinar-x (walaupun sinar-x tidak digunakan untuk keperluan diagnosis)
- g) Kelenjar minyak telaj aktif dan vernix caseosa (zat seperti salep) akan melapisi tubuh vetus dan janin
- h) Gerakan fetus dapat dirasakan oleh ibu primigravida 20-22 minggu multigravida 18 minggu
- i) Jantung vetus dapat didengar dengan stetoskop/doopler
- j) Traktus renalis mulai berfungsi, dan sebanya 7-17 ml urine dikeluarkan setiap 24 jam.

6. Janin Usia 24-27 Minggu

- a) Kerangka berkembang dengan cepat karena aktifitas pembentukan tulang meningkat
- b) Mata terbuka, alis dan bulu mata telah berkembang dengan baik
- c) Rambut menutupi kepala
- d) Lebih banyak deposit lemak subkutan yang menyebabkan kerutan kulit berkurang
- e) Testis mengalami penurunan dari abdomen kedalam scrotum pada minggu ke-28

- f) Fetus lahir pada akhir masa ini mempunyai angka kematian atau mortalitas yang tinggi karena gangguan pernapasan atau respirasi.

7. Janin Usia 28-33 Minggu

- a) Janin dapat bernafas, menelan, dan mengatur suhu
- b) Surfaktan terbentuk di dalam paru-paru
- c) Mata mulai membuka dan menutup
- d) Ukuran janin 2/3 saat lahir
- e) Lanugo berkurang

8. Janin Usia 32-35 Minggu

- a) Simpanan lemak coklat 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
- d) Kuku jari tangan dan kaki mencapai ujung jari

9. Janin Usia 36-40 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
- c) Sejak usia kehamilan 38 minggu kehamilan disebut aterm, dimana bayi akan meliputi seluruh uterus.
- d) Penulangan/osifikasi tulang tengkorak masih belum sempurna, tetapi keadaan ini merupakan keuntungan dan kemudahan lewatnya fetus melalui jalan lahir.

- e) Air ketuban mulai berkurang, tetapi masih dalam batas normal (Saifudin, 2011).



Gambar 2.2
Proses pertumbuhan janin
sumber Kumalasari, 2015

F. Perubahan Anatomi Fisiologis Pada Ibu Hamil

Perubahan anatomi dan fisiologi pada sistem reproduksi dan payudara adalah sebagai berikut:

1. Sistem Reproduksi

a) Trimester 1

1) Uterus

Pembesaran uterus meliputi peregangan dan penebalan sel-sel otot sementara produksi meosit yang baru sangat terbatas. Bersamaan dengan hal itu terjadi akumulasi jaringan ikat dan elastik, terutama pada lapisan otot luar. Kerja sama tersebut akan meningkatkan kekuatan dinding uterus. Daerah korpus pada bulan-bulan pertama akan menebal, tetapi seiring

dengan bertambahnya usia kehamilan akan menipis pada akhir kehamilan ketebalannya hanya sekitar 1,5 cm bahkan kurang.

Pada awal kehamilan penebalan uterus distimulasi terutama oleh hormon estrogen dan sedikit oleh progesterone. Akan tetapi, setelah kehamilan 12 minggu lebih penambahan ukuran uterus didominasi oleh desakan dari hasil konsepsi. Pada awal kehamilan tuba fallopi, ovarium, dan ligamentum rotundum berada sedikit dibawah apeks fundus, sementara pada akhir kehamilan akan berada sedikit di atas pertengahan uterus. Posisi plasenta juga mempengaruhi penebalan sel-sel otot uterus, dimana bagian uterus yang mengelilingi implantasi plasenta akan bertambah besar lebih cepat dibandingkan bagian lainnya. Sehingga akan menyebabkan uterus tidak rata (tanda piscaseck).

2) Serviks

Serviks menjadi lunak (soft) yang disebut dengan tanda Goodell, banyak jaringan ikat yang mengandung kolagen, kelenjar servikal membesar dan mengeluarkan banyak cairan mukus karna penambahan dan pelebaran

pembuluh darah, warnanya menjadi livid yang disebut tanda Chadwick.

3) Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan. Dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesteron dalam jumlah yang relatif minimal.

4) Vagina dan Vulva

Minggu ke-8 terjadi hipervaskularisasi sehingga vagina tampak merah dan kebiruan (tanda Chadwick). Mengalami deskuamasi/pelepasan elemen epitel pada sel-sel vagina akibat stimulasi estrogen membentuk rabas vagina disebut leukore (keputihan). Hormon kehamilan mempersiapkan vagina supaya distensi selama persalinan dengan produksi mukosa vagina yang tebal, jaringan ikat longgar, hipertropi otot polos dan pemanjangan vagina.

b) Trimester II

1) Uterus

Bentuk uterus pada kehamilan empat bulan berbentuk bulat sedangkan pada akhir kehamilan berbentuk bujur telur. Pada kehamilan lima bulan, rahim teraba seperti

berisi cairan ketuban dan dinding rahim terasa tipis.

Posisi rahim antara lain:

- (a) Pada empat bulan kehamilan, rahim tetap berada pada rongga pelvis.
- (b) Setelah itu, mulai memasuki rongga perut yang dalam pembesarannya dapat mencapai batas hati.
- (c) Rahim yang hamil biasanya mobilitasnya, lebih mengisi rongga abdomen kanan atau kiri.

Pada kehamilan 16 minggu, kavum uteri seluruhnya diisi oleh amion dimana desidua kapsularis dan desidua vera (parietalis) telah menjadi satu. Tinggi TFU terletak antara pertengahan simpisis pusat. Placenta telah terbentuk seluruhnya. Pada kehamilan 20 minggu, TFU terletak 2-3 jari di bawah pusat. Pada kehamilan 24 minggu, TFU terletak setinggi pusat.

2) Serviks

Serviks bertambah dan menjadi lunak (soft) yang disebut dengan tanda Goodell. Kelenjar endoservikal membesar dan mengeluarkan cairan mukus. Oleh karena pertumbuhan dan pelebaran pembuluh darah, warnanya menjadi lipid yang disebut tanda Chandwick.

3) Ovarium

Saat ovulasi terhenti masih terdapat korpus luteum graviditas sampai terbentuknya plasenta yang mengambil pengeluaran estrogen dan progesteron (kira-kira pada kehamilan 16 minggu dan korpus luteum graviditas berdiameter kurang lebih 3 cm).

4) Vagina dan vulva

Terjadi peningkatan vaskularisasi vagina dan peningkatan sensitifitas yang menyolok serta meningkatkan libido.

c) Trimester III

1) Uterus

Berat uterus naik secara luar biasa dari 30 gram-1000 gram pada akhir kehamilan empat puluh minggu. Pada kehamilan 28 minggu, TFU (Tinggi Fundus Uteri) terletak 2-3 jari diatas pusat, Pada kehamilan 36 minggu tinggi TFU satu jari dibawah Prosesus xifoideus. Dan pada kehamilan 40 minggu TFU berada tiga jari dibawah Prosesus xifoideus. Pada trimester III , istmus uteri lebih nyata menjadi corpus uteri dan berkembang menjadi segmen bawah uterus atau segmen bawah rahim. Pada kehamilan tua, kontraksi otot-otot bagian atas uterus

menyebabkan segmen bawah rahim menjadi lebih lebar dan tipis.

2) Serviks

Serviks uteri pada kehamilan juga mengalami perubahan karena hormon estrogen. Akibat kadar estrogen yang meningkat dan dengan adanya hipervaskularisasi, maka konsistensi serviks menjadi lunak. Serviks uteri lebih banyak mengandung jaringan ikat yang terdiri atas kolagen. Karena serviks terdiri atas jaringan ikat dan hanya sedikit mengandung jaringan otot, maka serviks tidak mempunyai fungsi sebagai spinkter, sehingga pada saat partus serviks akan membuka saja mengikuti tarikan-tarikan corpus uteri keatas dan tekanan bagian bawah janin kebawah . Sesudah partus, serviks akan tampak berlipat-lipat dan tidak menutup seperti spinkter. Kelenjar-kelenjar di serviks akan berfungsi lebih dan akan mengeluarkan sekresi lebih banyak. Kadang-kadang wanita yang sedang hamil mengeluh mengeluarkan cairan pervaginam lebih banyak. Pada keadaan ini sampai batas tertentu masih merupakan keadaan fisiologi, karena peningkatan hormon progesteron. Selain itu prostaglandin bekerja pada serabut kolagen, terutama pada minggu-minggu akhir

kehamilan. Serviks menjadi lunak dan lebih mudah berdilatasi pada waktu persalinan.

3) Ovarium

Ovulasi terhenti, fungsi pengeluaran hormon estrogen dan progesteron di ambil alih oleh plasenta.

4) Vagina dan Vulva

Vagina dan vulva mengalami perubahan karena pengaruh estrogen akibat dari hipervaskularisasi, vagina dan vulva terlihat lebih merah atau kebiruan. Warna livid pada vagina atau portio serviks di sebut tanda Chadwick (Sukarmi, dkk, 2013).

2. Payudara

a) Trimester I

Payudara (mamae) akan membesar dan tegang akibat hormon somatomotropin, estrogen dan progesteron, akan tetapi belum mengeluarkan ASI. Estrogen menimbulkan hipertropi sistem saluran, sedangkan progesteron menambah sel-sel asinus pada mammae. Somatomotropin mempengaruhi pertumbuhan sel-sel asinus pula dan menimbulkan perubahan dalam sel-sel sehingga terjadi pembuatan kasein, laktralbumun dan laktoglobulin. Dengan demikian mammae dipersiapkan untuk laktasi. Disamping itu dibawah pengaruh progesteron

dan somatomotropin terbentuk lemak sekitar alveolua-alveolus, sehingga mammae menjadi lebih besar. Papilla mammae akan membesar, lebih tegang dan tambah lebih hitam, seperti seluruh areola mammae karena hiperpigmentasi. Hipertropi kelenjar sebacea (lemak) yang mungul di areola primer dan disebut tuberkel Montgomery.

Rasa penuh, peningkatan sensitivitas, rasa geli, dan rasa berat di payudara mulai timbul sejak minggu keenam gestasi. Perubahan payudara ini adalah tanda mungkin hamil. Sensivitas payudara bervariasi dari rasa geli ringan sampai nyeri tajam. Peningkatan suplai darah membuat pembuluh darah dibawah kulit berdilatasi. Pembuluh darah yang sebelumnya tidak terlihat, sekarang terlihat, seringkali tampak sebagai jalinan jaringan biru dibawah permukaan kulit. Kongesti vena di payudara lebih jelas terlihat pada primigravida. Striae dapat terlihat dibagian luar payudara.

b) Trimester II

Kolostrum mulai muncul, warnanya bening kekuning-kuningan. Pertumbuhan payudara pun lebih besar lagi karena dipengaruhi oleh kelenjar mammae, dan berakhir pada usia kehamilan 20 minggu.

c) Trimester III

Mammae semakin tegang dan membesar sebagai persiapan untuk laktasi akibat pengaruh somatotropin, estrogen dan progesteron. Pada payudara wanita terdapat striae karena adanya peregangan lapisan kulit. Hal ini terjadi pada 50 % wanita hamil. Selama trimester ini pula sebagian wanita mengeluarkan kolostrum secara periodic (Rukiyah, 2009).

Tabel 2.1
Tinggi Fundus Uteri Selama Kehamilan

Umur Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
12 minggu	Tiga jari di atas pusat
20 minggu	Tiga jari di bawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	Tiga jari diatas pusat
32 minggu	pertengahan pusat dengan prosesus xifoid
36 minggu	Setinggi prosesus xifoid
40 minggu	Dua jari dibawah prosesus xifoid

Sumber: Kumalasari, 2015

G. Perubahan psikologis pada Ibu hamil

Menurut (Marmi 2014), Trimester ketiga ini sering disebut periode penantian penuh dengan kewaspadaan. Ibu mulai menyadari kehadiran bayi makhluk terpisah, sehingga ia tidak sabar menantikan kelahiran sang bayi. Dalam trimester ini

merupakan waktu persiapan yang aktif menantikan kelahiran bayinya. Hal ini membuat ibu berjaga-jagadan menunggu tanda gejala persalinan. Sejumlah ketakutan muncul dalam trimester ini yaitu merasa cemas dengan kehidupan bayinya dan dirinya sendiri, seperti apakah bayinya nanti akan keluar abnormal, terkait dengan persalinan dan kelahiran (nyeri, kehilangan kendali dan hal-hal lain yang tidak diketahui) apakah ibu akan menyadari bahwa ia akan bersalin, atau bayinya tidak mampu keluar karena perutnya sudah luar biasa besar, atau apakah organ vitalnya akan mengalami cedera akibat tendangan bayi.

Menurut (Romaulli, 2011), Perubahan psikologis yang terjadi pada kehamilan trimester III adalah sebagai berikut:

1. Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik.
2. Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu.
3. Takut akan rasisakit dan bahaya fisik yang timbul saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
4. Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirkannya.
5. Merasa sedih karena terpisah dengan bayinya.
6. Merasa kehilangan perhatian
7. Perasaan sudah terluka (Sensitif)
8. Libido menurun

H. Kebutuhan Fisikologis dan Psikologis Ibu Hamil

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

1. Kebutuhan Fisiologis

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 metabolik 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.

Table 2.2

Table angka kecukupan gizi rata-rata AKG yang dianjurkan (per orang per hari) bagi ibu hamil usia 19-29 tahun dengan BB/tb 52kg/56 cm dan ibu hamil usia 30-49 tahun dengan BB/TB 55kg/156 cm

Zat gizi	Dewasa		Saat hamil		
	19-29 tahun	30-49 tahun	TM I	TM II	TM III
Energi (kkal)	1900	1800	+180	+300	+300
Protein (g)	50	50	+17	+17	+17
Vitamin A (RE)	600	500	+300	+300	+300
Vitamin D (ug)	5	5	+0	+0	+0
Vitamin E (mg)	15	15	+0	+0	+0
Vitamin K (ug)	55	55	+0	+0	+0
Tiamin (mg)	1.1	1	+0.3	+0.3	+0.3
Riboflavin (mg)	1	1.1	+0.3	+0.3	+0.3
Niasin (mg)	14	14	+0.4	+0.4	+0.4
Asam folat (ug)	400	400	200	200	200
Piridoksin (mg)	1.2	1.3	+0.4	+0.4	+0.4
Vitamin B12 (ug)	2.4	2.4	+0.2	+0.2	+0.2
Vitamin C (mg)	75	75	+10	+10	+10
Kalsium (mg)	1000	800	+150	+150	+150
Fosfor (mg)	1000	600	+0	+0	+0
Magnesium (mg)	240	240	+30	+30	+30
Besi (mg)	26	26	+1	+1	+1
Yodium (ug)	150	150	+50	+50	+50
Seng (mg)	9.3	9.8	+1.7	+1.7	+1.7
Selenium (ug)	30	30	+5	+5	+5
Mangan (mg)	1.8	1.8	+0.2	+0.2	+0.2
Flour (mg)	2.5	2.7	+0.2	+0.2	+0.2

Sumber: saifudin, 2012

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.

f) Istirahat

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 (Kuswanti, 2014).

2. Kebutuhan Psikologis

a. Support Keluarga

Dukungan selama masa kehamilan sangat dibutuhkan bagi seorang wanita yang sedang hamil, terutama dari orang terdekat dan bagi ibu yang baru pertama kali hamil. Seorang wanita akan merasa tenang dan nyaman dengan adanya dukungan dan perhatian dari orang – orang terdekat.

b. Suami

Dukungan dan peran serta suami dalam masa kehamilan terbukti meningkatkan kesiapan ibu hamil dalam menghadapi kehamilan dan proses persalinan, bahkan juga memicu produksi ASI.

c. Keluarga

Lingkungan keluarga yang harmonis ataupun lingkungan tempat tinggal yang kondusif sangat berpengaruh terhadap keadaan emosi ibu hamil. Wanita hamil sering kali mempunyai ketergantungan terhadap orang lain disekitarnya terutama pada ibu primigravida. Keluarga harus menjadi bagian dalam mempersiapkan pasangan menjadi orang tua.

d. Support dari Tenaga Kesehatan

Mempelajari keadaan lingkungan ibu hamil. Bidan harus melakukan pengkajian termasuk keadaan lingkungan sehingga mempermudah dalam melakukan asuhan kebidanan. Selain itu Bidan dapat memberi dukungan mental dan penjelasan tentang kebahagiaan akan mempunyai anak yang diinginkan dan dinantikan.

e. Persiapan menjadi Orang Tua

Kehamilan dan peran sebagai orang tua dapat dianggap sebagai masa transisi atau peralihan. Terlihat

adanya peralihan yang sangat besar akibat kelahiran dan peran yang baru (Astuti, 2012).

I. Kunjungan Antenatal Care

1. Timbang berat badan
2. Ukur tekanan darah
3. Ukur tinggi fundus uteri
4. Pemberian imunisasi TT (tetanus toksoid) lengkap
5. Pemberian tablet zat besi, minimum 90 tablet selama kehamilan
6. Tes terhadap penyakit menular seksual
7. Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan (Prawirohardjo, 2009).

Menurut Depkes RI 2009, standar asuhan kehamilan dibagi menjadi 10 bagian yang disebut 10T yaitu:

1. (Timbang) berat badan dan tinggi badan
2. Ukur (Tekanan) darah
3. Ukur (Tinggi) fundus uteri
4. Pemberian imunisasi (Tetanus Toksoid) lengkap
5. Pemberian (Tablet) zat besi, minimum 90 tablet selama kehamilan
6. (Tes) terhadap penyakit menular seksual
7. (Temu) wicara dalam rangka persiapan rujukan
8. (Tata) laksana laboratorium

9. (Tentukan) presentasi
10. (Tentukan) status gizi LILA

J. Deteksi Dini Terhadap Komplikasi Ibu dan Janin

1. Tanda-tanda bahaya dalam masa kehamilan muda
 - a) Perdarahan pervaginam

Pendarahan pervaginam pada kehamilan muda dapat disebabkan oleh abortus dan kehamilan ektopik atau mola hidatidosa.

1). Abortus

Abortus adalah berakhirnya suatu kehamilan atau sebelum kehamilan berusia 22 minggu atau buah kehamilan belum mampu hidup diluar kandungan. Abortus spontan adalah abortus yang terjadi secara alamiah tanpa intervensi luar (buatan) untuk mengakhiri kehamilan tersebut. Abortus buatan adalah abortus yang terjadi akibat intervensi tertentu yang bertujuan untuk mengakhiri proses kehamilan. Terminasi untuk keadaan ini adalah pengguguran, aborsi atau abortus provocatus.

Jenis-jenis abortus ada beberapa macam yaitu:

- (a) Abortus imminens yaitu keguguran membakat dan akan terjadi jika ditemukan pada kehamilan muda, namun pada tes kehamilan masih menunjukkan hasil

yang positif. Dalam kasus ini keluarnya janin masih bisa dicegah dengan memberikan terapi hormonal dan atipasmodic serta istirahat.

(b) Abortus insipiens yaitu terjadi apabila ditentukan adanya perdarahan pada kehamilan muda disertai dengan membukanya ostium uteri terabanya selaput ketuban.

(c) Abortus inkompletus yaitu pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan seama sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa tertinggal dalam uterus.

(d) Abortus kompletus yaitu semua hasil konsepsi (janin) yang telah dikeluarkan. Pada abortus ini akan ditemukan perdarahan pervaginam disertai dengan pengeluaran seluruh hasil konsepsi sehingga janin dlam keadaan kosong.

(e) Abortus tertunda yaitu apabila buah kehamilan yang tertahan dalam rahim selama 8 minggu atau lebih. Sekitar kematian janin kadang-kadang ada perdarahan pervaginam sedikit sehingga enimbulkan gambaran abortus imminens. Selanjutya rahim tidak membesar bahkan mengecil karena absorpsi air ketuban dan maserasi janin.

(f) Abortus habitualis yaitu abortus spontan yang terjadi selama 3 kali berturut-turut atau lebih. Etiologi abortus ini adalah kelainan genetic hormonal, dan kelainan anatomis.

(g) Abortus febrilis yaitu abortus yang disertai rasa nyeri atau febris kenaikan suhu kurang dari normal.

2) Kehamilan Mola

Disebut kehamilan anggur yaitu adanya jojol korion(chorionic villi) yang tumbuh ganda berupa gelembung-gelembung kecil yang mengandung banyak cairan sehingga menyerupai anggur atau mata ikan.

3). Kehamilan ektopik

Dinamakan kehamilan jika kehamilan dengan hasil konsepsi tidak berada didalam endometrium uterus.keadaan ini akan meningkat menjadi kehamilan dengan hasil ektopik terganggu pada usia kehamilan lebih dari 10 minggu. Sehingga terjadi pada kehamilan yang terletak di tuba (Romauli, 2011).

4). Hipertensi gravidarum

(a) Hipertensi kronik yaitu hipertensi yang menetap oleh sebab apapun yang sudah ditemukan sejak usia kehamilan kurang dari 20 minggu, hipertensi yang menetap setelah 6 minggu pasca persalinan.

(b) Superimposed preeklamsi yaitu hipertensi yang sudah ada sebelum kehamilan dan diperberat oleh kehamilan.

2. Tanda-tanda bahaya dalam masa kehamilan lanjut

a) Perdarahan pervaginam

Perdarahan antepartum atau pada usia lanjut adalah perdarahan pada trimester III dalam kehamilan sampai bayi dilahirkan.

Jenis-jenis perdarahan antepartum adalah:

- 1) Plasenta previa yaitu plasenta yang berimplantasi rendah sehingga menutupi seluruh ostium uteri internum atau perdarahan tanpa rasa nyeri.
- 2) Solusio plasenta yaitu lepasnya plasenta sebelum waktunya atau perdarahan disertai nyeri.

b. Sakit kepala hebat

Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah adalah sakit kepala yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat.

c. Penglihatan kabur

Perubahan penglihatan ini mungkin disertai dengan sakit kepala hebat dan mungkin menandakan preeklamsia.

d. Bengkak diwajah dan jari-jari tangan

Bengkak bisa menunjukkan masalah yang serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang dengan istirahat, dan

disertai dengan keluhan fisik lain, hal ini dapat merupakan tanda anemia, gagal jantung atau preeklamsia.

e. Keluar cairan pervaginam

Normalnya selaput ketuban pecah pada akhir kala I atau pada awal kala.

f. Gerakan janin tidak terasa

Normalnya ibu merasakan gerakan janin selama bulan ke 5 atau ke 6 beberapa ibu dapat merasakannya lebih awal.

g. Nyeri perut yang hebat

Hal ini berarti appendicitis, kehamilan ektopik, radang panggul, persalinan preterm, gastritis, penyakit atau infeksi lain (Romauli, 2011).

3. Kehamilan Resiko Tinggi

a) Definisi Kehamilan Resiko Tinggi

Kehamilan risiko tinggi adalah keadaan yang dapat mempengaruhi keadaan optimalisasi ibu maupun janin pada kehamilan yang dihadapi (Manuaba, 2010). Menurut Rustam 2011 kehamilan resiko tinggi adalah beberapa situasi dan kondisi serta keadaan umum seorang selama kehamilan, persalinan, nifas, akan memberikan ancaman pada kesehatan jiwa ibu maupun janin yang dikandungnya.

b) Faktor Resiko

Secara garis besar, kelangsungan suatu kehamilan sangat tergantung pada keadaan dan kesehatan ibu, plasenta dan keadaan janin. Jika ibu sehat dan didalam darahnya terdapat zat-zat makanan dan buah-buahan organik dalam jumlah yang cukup, maka pertumbuhan, dan perkembangan bayi dalam kandungan akan berjalan dengan baik. Sebelum hamil, seorang wanita bisa memiliki suatu keadaan yang menyebabkan meningkatnya resiko selama kehamilan. Selain itu, jika seorang wanita mengalami masalah pada kehamilan yang lalu, maka risikonya untuk mengalami hal yang sama pada kehamilan yang akan datang adalah lebih besar. Untuk menentukan suatu kehamilan resiko tinggi, dilakukan penilaian terhadap wanita hamil untuk menentukan apakah dia memiliki keadaan yang menyebabkan dia ataupun janinnya lebih rentan terhadap penyakit atau kematian. Faktor ini bisa digolongkan menjadi 2 faktor, yaitu faktor medis dan faktor non medis.

Faktor medis meliputi usia, paritas, graviditas, jarak kehamilan, riwayat kehamilan, dan persalinan dan faktor non medis adalah pengawasan antenatal (Manuaba, 2010).

Menurut (Romauli, 2011) faktor non medis dan medis yang dapat mempengaruhi kehamilan adalah:

1) Faktor non medis

Status gizi buruk, sosial ekonomi yang rendah, kemiskinan, ketidaktahuan, adatm tradisi, kepercayaan, kebersihan lingkungan, kesadaran untuk memeriksakan kehamilan secara teratur, fasilitator dan sarana kesehatan yang serba kekurangan merupakan faktor non medis yang banyak terjadi terutama dinegara-negara berkembang yang berdasarkan penelitian ternyata sangat mempengaruhi morbiditas dan mortalitas.

2) Faktor medis

Penyakit-penyakit ibu dan janin, kelainan obtetrik, gangguan plasenta, gangguan tali pusat, komplikasi persalinan.

c) Cara Menentukan Kehamilan Resiko Tinggi

Criteria kehamilan beresiko yaitu primi muda, primi tua sekunder, tinggi badan kurang dari 145, grandemulti, riwayat persalinan buruk, bekas seksio sesarea, pre-eklamsi, hamil serotinus, perdarahan antepartum, kelainan letak, kelainan medis (Rochjati, 2008).

Batasan faktor risiko pada ibu hamil ada 3 kelompok yaitu:

- 1) Kelompok faktor resiko I (ada potensi gawat obstetric) seperti primipara muda terlalu muda yaitu umur kurang dari 20 tahun, primi tua terlalu tua yaitu hamil pertama umur 35 tahun atau lebih, primi tua sekunder yaitu terlalu lama punya anak lagi, terkecil 10 tahun lebih, anak terkecil kurang 2 tahun, grande multi, hamil umur 35 tahun atau lebih, tinggi badan kurang dari 145 cm, riwayat persalinan yang buruk, pernah keguguran, pernah perselainan prematur, riwayat persalinan dengan tindakan (ekstensi vakum, ekstrasi forcep, operasi).
- 2) Kelompok faktor resiko II (ada gawat obstetri) ibu hamil dengan penyakit, pre-eklamsia/eklamsia, hamil kembar atau gemelli, kembar air/hidramnion, bayi mati dalam kandungan, kehamilan dengan kelainan letak, serta hamil lewat bulan. Pada kelompok faktor resiko II ada kemungkinan masih membutuhkan pemeriksaan dengan alat yang lebih canggih (USG) oleh dokter Spesialis di Rumah Sakit.

3) Kelompok faktor risiko III (ada gawat obsterti) perdarahan sebelum bayi lahir, pre-eklamsia berat atau eklamsia. Pada kelompok faktor risiko III, ini harus segera dirujuk ke rumah sakit sebelum kondisi ibu dan janin bertambah buruk yang membutuhkan penanganan dan tindakan pada waktu itu juga dalam upaya menyelamatkan nyawa ibu dan bayinya yang terancam.

d) Dampak kehamilan resiko tinggi pada usia muda antara lain:

- 1) Keguguran
- 2) Persalinan prematur, berat badan lahir rendah (BBLR) dan kelainan bawaan.
- 3) Mudah terjadi infeksi.
- 4) Anemia kehamilan atau kekurangan zat besi.
- 5) Keracunan kehamilan (gestosis).
- 6) Kematian ibu yang tinggi.

Adapun akibat resiko tinggi kehamilan dibawah usia 20 tahun antara lain:

(a) Resiko bagi ibunya.

(a) mengalami perdarahan

pada saat melahirkan antara lain disebabkan karena otot rahim yang terlalu lemah dalam

proses infolusi. Selain itu juga disebabkan selaput ketuban stasel (bekuan darah yang tertinggal didalam rahim). Kemudian proses pembekuan darah yang terlambat dan juga dipengaruhi oleh adanya sobekan pada jalan lahir.

(b) Kemungkinan keguguran atau abortus.

Pada saat hamil seorang ibu sangat memungkinkan terjadi keguguran. Hal ini disebabkan oleh faktor-faktor alamiah dan juga abortus yang disengaja, baik dengan obat-obatan ataupun memakai alat.

(c) Persalinan yang lama dan sulit

Adalah persalinan yang disertai komplikasi ibu maupun janin. Penyebab dari persalinan lama dipengaruhi oleh kelainan letak janin, kelainan panggul, kelainan kekuatan his dan mengejan serta pimpinan persalinan yang salah.

(d) Kematian ibu

Kematian pada saat melahirkan yang disebabkan oleh perdarahan dan infeksi.

(a) Dari bayinya.

(1) Kemungkinan lahir belum cukup usia kehamilan. Adalah kelahiran premature yang kurang dari 37 minggu (259 hari). Hal ini terjadi karena pada saat pertumbuhan janin zat yang diperlukan berkurang.

a. Berat badan lahir rendah (BBLR) yaitu bayi yang lahir dengan berat badan yang kurang dari 2500 gram. Kebanyakan hal ini dipengaruhi kurangnya gizi saat hamil. Umur ibu saat hamil kurang dari 20 tahun, dapat juga dipengaruhi penyakit menahun yang diderita oleh ibu hamil.

b. Cacat bawaan

Merupakan kelainan pertumbuhan struktur organ janin sejak saat pertumbuhan. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya kelainan genetic dan kromosom, infeksi, virus rubella serta faktor gizi dan kelainan hormon.

c. Kematian bayi

Kematian bayi yang masih berumur 7 hari pertama hidupnya atau kematian perinatal

yang disebabkan berat badan kurang dari 2500 gram, kehamilan kurang dari 37 minggu (259 hari), kelahiran congenital serta lahir dengan asfiksia (Manuaba, 2010).

(2) Paritas

Paritas tinggi juga berhubungan dengan makin sering timbulnya kelainan-kelainan ginekologis seperti *prolapsus uteri*, *cervicitis*, *erosi cervik* dan *carcinoma cervik*. Demikian juga masalah kesehatan yang sifatnya *non obstetric* (Rochjati, 2010).

Klasifikasi paritas adalah sebagai berikut:

a. Primipara

Adalah seorang yang telah melahirkan seorang anak matur atau premature.

b. Multipara

Adalah seorang wanita yang telah melahirkan lebih dari satu anak.

c. Grandemulti

Adalah seorang wanita yang telah melahirkan 5 orang anak atau lebih. Pada keadaan ini sering kali ditemukan perdarahan sesudah

persalinan akibat dari kemunduran kemampuan kontraksi uterus. Kontraksi uterus diperlukan untuk menghentikan perdarahan sesudah persalinan. Sering pula ditemukan inersia uteri (tidak cukupnya tenaga/ HIS untuk mengeluarkan janin).

Penyulit lainnya yang juga sering ditemukan yaitu kecenderungan untuk terjadinya kelainan letak janin, kelainan plasenta serta kelaianan pada perlekatan plasenta pada dinding uterus.

(3) Jarak kehamilan

Jarak 2 kehamilan yang terlalu dekat jug menjadi faktor predisposisi terjadinya kelahiran premature, perdarahan antepartum, dan hipertensi (Wiknjosastro, 2009). Jarak persalinan terakhir dengan awal kehamilan sekarang sebaiknya diatas 2 tahun karena bila kurang dari dua tahun akan berpengaruh pada kehamilan dan persalinan (Depkes RI, 2009).

Jarak adalah masa antara dua kejadian yang berkaitan. Kehamilan adalah keadaan dimana terjadi proses pertumbuhan dan perkembangan

janin di dalam rahim mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan.

a. Kehamilan dengan jarak kurang dari 3 tahun. Pada kehamilan dengan jarak kurang dari 3 tahun keadaan endometrium mengalami perubahan, perubahan ini berkaitan dengan persalinan sebelumnya yaitu timbulnya trombus, degenerasi dan nekrosis ditempat implantasi plasenta.

b. Kehamilan dengan jarak lebih dari 3 tahun. Pada kehamilan dengan jarak lebih dari 3 tahun keadaan endometrium yang semula mengalami trombus dan nekrosis karena pelapisan plasenta dan dinding endometrium telah mengalami pertumbuhan dan kemajuan. Dinding-dinding endometrium mulai regenerasi dan sel epitel kelenjar-kelenjar endometrium mulai berkembang, bila pada saat ini terjadi kehamilan endometrium telah siap menerima sel-sel memberikan nutrisi bagi pertumbuhan sel telur.

c. Kehamilan dengan jarak lebih dari 4 tahun

Pada kehamilan dengan jarak lebih dari 4 tahun sel telur yang dihasilkan sudah tidak baik, sehingga bisa menimbulkan kelainan-kelainan bawaan seperti sindrom down, saat persalinan pun beresiko terjadi perdarahan post partum. Hal ini disebabkan oleh otak-otak rahim tidak selentur dulu, hingga saat harus mengkerut kembali bisa terjadi gangguan yang beresiko terjadi hemoragic post partem (HPP), beresiko terjadi pre-eklamsia dan eklamsia yang juga sangat besar karena terjadi kerusakan sel-sel endotel.

(4) Riwayat Obstetri

- a. Bekas luka dalam pada alat-alat kandungan, ataupun jalan lahir yang ditimbulkan oleh persalinan terdahulu akan memberikan akibat buruk pada kehamilan sekarang.
- b. Pernah mengalami abortus, bila mengalami abortus ulangan, makin besar kemungkinan terjadi pada kehamilan berikut dan kemungkinan perdarahan.

- c. Pernah mengalami gangguan organik daerah panggul seperti adanya peradangan, tumor ataupun kista,
- d. Pernah mengalami penyulit kehamilan seperti hiperemesis gravidarum, kematian janin, pre-eklamsia atau eklamsia, hidramnion, kelainan letak janin, kelainan janin bawaan, gemelli.
- e. Pernah mengalami penyakit seperti gangguan endokrin (diabetes militus, hyperthyroid), penyakit jantung, penyakit paru (asma, TBC), penyakit ginjal, penyakit hati, sendi dan penyakit kelamin seperti syphilis serta infeksi lainnya baik oleh virus, bakteri maupun parasit.
- f. Pernah mengalami persalinan dengan tindakan seperti ekstraksi forcep ataupun vacuum, seksio sesar, pengeluaran plasenta dengan tangan (plasenta manual).

(5) Penatalaksanaan Kehamilan Resiko Tinggi

Pemeriksaan kehamilan secara teratur yang bermanfaat untuk memonitor kesehatan ibu hamil dan bayinya, sehingga bila terdapat

permasalahan dapat diketahui secepatnya dan diatasi sedini mungkin. Kehamilan resiko tinggi dapat dicegah dengan pemeriksaan dan pengawasan kehamilan yaitu deteksi dini ibu hamil resiko tinggi atau komplikasi kebidanan yang lebih difokuskan pada keadaan yang menyebabkan kematian ibu. Pengawasan antenatal menyertai kehamilan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dalam persiapan persalinan. Pengawasan antenatal sebaiknya dilakukan secara teratur minimal 4 kali dengan 1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II, dan 2 kali pada trimester III selama hamil. Tujuannya adalah melakukan pengawasan yang lebih intensif, memberikan pengobatan sehingga risikonya dapat dikendalikan, melakukan rujukan untuk mendapatkan tindakan yang adekuat dan menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu (Manuaba, 2010).

(6) Upaya Pencegahan Kehamilan Resiko Tinggi

Usaha untuk pencegahan penyakit kehamilan dan persalinan tergantung pada berbagai faktor

dan tidak semata-mata tergantung dari sudut medis atau kesehatan.

Faktor ekonomi juga sangat berpengaruh, secara garis besar usaha untuk pencegahan penyulir pada kehamilan dan persalinan yaitu:

- a. Asuhan antenatal yang baik dan bermutu bagi setiap ibu hamil
- b. Peningkatan pelayanan, jaringan pelayanan dan sistem rujukan
- c. Peningkatan pelayanan gawat darurat
- d. Peningkatan status wanita baik dalam pendidikan, gizi, masalah kesehatan wanita dan reproduksi serta status sosial ekonomi
- e. Menurunkan tingkat fertilitas yang tinggi melalui program keluarga berencana.

K. Penyesuaian Kehamilan

Penyesuaian psikologis ibu hamil menurut (Megasari dkk, 2014) yaitu:

1. Trimester 1

Memahami dan menerima kebingungan dan perasaan negatif dengan bantuan dari orang terdekat, nasehat yang diberikan. Meerima kehamilan dan menjalani dengan penuh sabar, menghilangkan pikiran-pikiran negatif tentang kehamilan.

Konsultasi rutin untuk memastikan keamanan dan percaya dengan kehamilannya.

Memahami semua keprihatinnya merupakan hal yang normal pada trimester 1 dan mendapat pengetahuan untuk menanggulangi masalah ketidaknyamanan. Contoh: mual saat konsultasi kita akan diberi anti muntah, pada saat makan obat dibantu dengan makanan pendukung, makan sedikit tapi sering, dan bisa makan roti, biscuit agar menjaga lambung tetap terisi.

2. Trimester II

Mengevaluasi identitas ibunya yang positif saja. Menghindari potensi yang pernah terjadi pada ibu hamil. Peran orang disekita wanita, ibu tidak menakut-nakuti anaknya, tetapi memberikan semangat. Menikmati perhatian, kasih sayang yang bersifat positif yang diberikan oleh ibu kita.

3. Trimester III

Aktifitas yang menunjang persiapan persalinan (penyuluhan, konsultasi) bersifat mental dan fisiologis, siap menjadi orang tua, menerima potensi-potensi yang terjadi dan (perubahan-perubahan fisik, rasa sakit, memahami bayi adalah bagian akhir dirinya, dan itu sangat berarti dan membahagiakan.

2.1.2 KONSEP DASAR PERSALINAN

A. Konsep Persalinan

Persalinan dan kela hiran 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, 2008).

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 tabpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Sulistyawati, 2010).

Berdasarkan proses berlangsungnya persalinan dibedakan sebagai berikut:

1. Persalinan Spontan

Persalinan dikaitkan spontan yaitu 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 (Prawirohardjo,2007).

B. Teori-Teori Penyebab Persalinan

1. 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.

2. Teori plasenta menjadi tua

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

3. Teori distensi rahim

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

4. Teori iritasi mekanik

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

5. Teori oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior. Perubahan keseimbangan estrogen 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.

6. 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.

7. Teori prostaglandin

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

C. Tanda-tanda persalinan

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

1. Rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur.
2. Keluar ledir bercampur darah
3. Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya.
4. Pemeriksaan dalam : servik mendatar dan pembukaan telah ada.

D. Proses Persalinan

1. Tahapan persalinan
 - a) Persalinan kala I

Dikatakan dalam tahap persalinan kala 1, jika sudah terjadi pembukaan serviks dan kontraksi terjadi teratur minimal 2 kali dalam 10 menit selama 40 detik. Kala 1 adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0-10 cm atau sampai dengan pembukaan lengkap (Sulistyawati, 2010).

Proses ini berlangsung kurang lebih 18-24 jam, yang terbagi menjadi 2 fase:

1) Fase laten (8 jam) : pembukaan 0 cm sampai pembukaan 3 cm.

2) Fase aktif (7 jam) : pembukaan serviks 3 cm sampai pembukaan 10 cm.

Fase aktif di bagi menjadi 3 fase yaitu:

(a) Fase akselerasi : pembukaan 3 cm menjadi 4 cm, berlangsung 2 jam.

(b) Fase dilatasi maksimal : pembukaan berlangsung sangat cepat dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm, berlangsung 2 jam.

(c) Fase deselerasi : pembukaan menjadi lambat 9 cm menjadi 10 cm, berlangsung 2 jam (Rohani, 2011).

Perbedaan antara primigravida dan multigravida, yaitu:

(a) Primi : pembukaan 1 cm / jam dan Mekanisme membukanya serviks berbeda antara primigravida dan multigravida. Pada primi yang pertama OUI (ostium Uteri Internum) akan membuka lebih dahulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis. Baru kemudian OUE (Ostium Uteri Eksternum) membuka.

(b) Multi : pembukaan 2 cm / jam, pada fase laten, fase aktif dan fase eselerasi terjadi lebih pendek. Pada multigravida OUI sudah sedikit terbuka. OUI dan OUE serta penipisan dan pendataran servik terjadi dalam saat yang sama (Rohani, 2011).

b) Kala II

Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida (Saifuddin, 2008). Diagnosis kala

II ditegakan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm.

Gejala utama kala II adala sebagai berikut:

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

b) Menjelang akhir kala 1, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.

c) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan meneran karena tertekannya fleksus frankenhouser.

d) Dua kekuatan yaitu his Dn mwnwran akan mendorong kepala bayi sehingga kepala membuka pintu : sub oksiput bertindak sebagai hipomochlion, berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka serta kepala seluruhnya.

e) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti putar paksi luar yaitu penyesuaian kepala pada paunggung.

f) Setelah putaran paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan jalan berikut:

1) Pegang kepala pada tulang oksiput dan bagian bawah dagu, kemudian ditarik curam kebawah untuk

2) melahirkan bahu depan, dan curam atas untuk melahirkan bahu belakang.

3) Setelah kedua bahu bayi lahir, telusuri bahu sampai dengan kaki.

4) Bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban.

g) Lamanya kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit (Sulistyawati, 2010).

c) Kala III (Pelepasan Plasenta)

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit.

Pengeluaran plasenta disertai pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc.

Sebab-sebab terlepasnya plasenta:

Saat bayi dilahirkan, rahim sangat mengecil dan setelah bayi lahir uterus merupakan dengan dinding yang tebal dan rongganya hampir tidak ada. Posisi fundus uterus

turun sedikit dibawah pusat, karena terjadi pengecilan uterus maka tempat perlekatan plasenta juga sangat mengecil. Plasenta harus mengikuti proses pengecilan ini

hingga tebalnya menjadi dua kali lipat daripada permulaan persalinan, dan karena pengecilan tempat perlekatannya maka plasenta menjadi berlipat-lipat pada bagian yang terlepas dari dinding rahim karena tidak dapat mengikuti

pegecilan dari dasarnya. Ditempat pelepasan plasenta yaitu antara plasenta dan deidua basalis terjadi perdarahan, karena hematoma ini membesar maka seolah-olah plasenta terangkat dari dasarnya sehingga pelepasan hematoma meluas (Wiknjosastro, 2008).

d) KALA IV

Kala IV mulai dari lahirnya plasenta selama 1-2 jam. Pada kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan pascapersalinan, paling sering terjadi perdarahan yaitu pada 2 jam pertama.

Observasi yang dilakukan yaitu sebagai berikut:

- a) Tingkat kesadaran pasien
- b) Pemeriksaan TTV : tekanan darah, nadi dan pernapasan.
- c) Kontraksi uterus.
- d) Terjadinya perdarahan (normal jika perdarahannya tidak melebihi 500cc).

E. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

1. *Passage* (jalan lahir)

Jalan lahir merupakan komponen yang sangat penting dalam proses persalinan yang terdiri dari jalan lahir tulang dan jalan lahir lunak. Proses persalinan merupakan proses mekanisme yang melibatkan 3 faktor, yaitu jalan lahir,

kekuatan yang mendorong dan akhirnya janin yang di dorong dalam satu mekanisme terpadu. Jalan lunak pada keadaan tertentu tidak akan membahayakan janin dan sangat menentukan proses persalinan (Manuaba, 2010).

1) Panggul tulang koksigis

1) Tulang ilium (tulang usus)

Merupakan tulang terbesar dari panggul yang membentuk bagian atas dan belakang panggul, bagian atas merupakan penebalan tulang yang disebut kista iliaka, ujung depan dan belakang Krista iliaka yang menonjol yaitu spina iliaka anterosuperior dan spina iliaka postesuperior, dan terdapat tonjolan tulang memanjang dibagian dalam tulang ilium yang membagi pelvis mayor dan minor disebut inominata (linea terminalis).

2) Tulang ishium (tulang duduk)

Terdapat disebelah bawah tulang usus, pinggir belakangnya menonjol yaitu spina ischiadika, pinggir bawah tulang duduk sangat tebal (tuber ischiadikum) berfungsi menopang badan saat duduk.

3) Tulang pubis

Terdapat disebelah bawah dan depan tulang ilium, dengan tulang duduk dibatasi oleh foramen obturatorium,

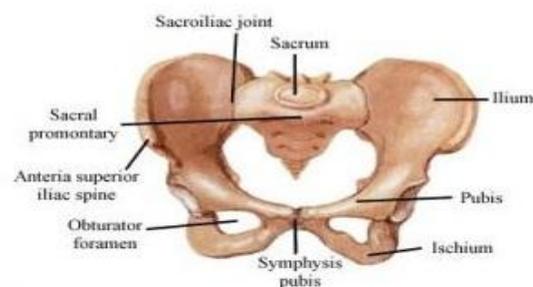
tungkai tulang kemaluan yang berhubungan dengan tulang usus disebut rumus superior tulang pubis, didepan kedu tulang ini berhubungan melalui artikulasi (sumbangan) yang disebut simpisis.

4) Tulang sacrum (tulang belakang)

Tulang ini berbentuk segitiga dengan lebar dibagian atas dan mengecil dibagian bawah. Tulang kelangkang terletak antara kedua tulang pangkal paha.

5) Tulang koksigis

Berbentuk segitiga dengan ruas 3-5 buah yang menyatu, terdapat hubunan antara tulang sacrum dengan tulang koksigis yang disebut artikulasi sacro-koksigis, diluar kehamilan artikulasi hanya memungkinkan mengalami sedikit pergeseran tetapi pada kehamilan dan persalinan dapat mengalami pergeseran yang cukup longgar bahkan ujung tulang koksigis dapat bergerak ke belakang sampai sejauh 2,5 cm pada proses persalinan.



Gambar 2.3

Tulang panggul

Sumber: Harry Oxorn, 2003

b) Pintu Atas Panggul (PAP)

Merupakan bagian dari pelvis minor yang terbentuk dari promotorium, tulang sakrii, linea terminalis, dan pinggir atas simpisis. Jarak antara simpisis ke promotorium kurang lebih 11 cm yang disebut konjunggata vera. Bila ditarik garis artikulasi sakro-iliaka ke titik pertemuan antara diameter tranversa dan konjunggata vera. Jarak terjauh garis melintang pada PAP adalah 11,5-13 cm yang disebut diameter transvera. Bila ditarik garis artikulasi sakro-iliaka ke titik pertemuan antara diameter transvera dan konjunggata vera kemudian diteruskan ke linea inominata maka akan ditemukan sebuah diameter obliq dengan ukuran 13 cm (Sulistyawati, 2010).

Dalam obstetric dikenal 4 bentuk jenis panggul, yaitu:

1) Jenis ginekoloid

Panggul jenis ini bentuk yang paling baik, karena dengan bentuk panggul yang hampir bulayt seperti ini memungkinkan kepala bayi mengadakan penyesuaian saat proses persalinan. Kurang lebih ditemukan 45% wanita.

2) Jenis android

Cirri jenis ini adalah bentuk pintu atas panggulnya hampir seperti segitiga. Panggul jenis ini pada umumnya

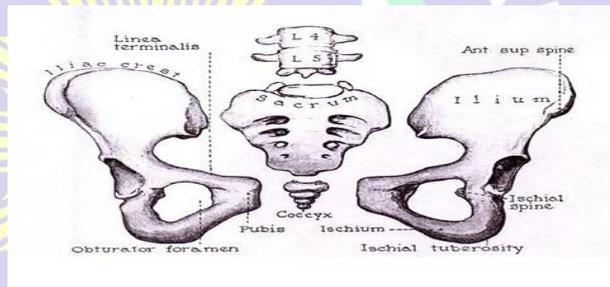
dimiliki pria, namun ada juga wanita yang mempunyai jenis panggul ini 15% wanita

3) Jenis platepoid

Panggul jenis ini seperti panggul jenis ginekoid, hanya mengalami penyempitan pada arah muka belakang. Jenis ini ditemukan pada 5% wanita.

4) jenis antropoid

Panggul jenis ini mempunyai ciri berupa bentuknya yang lonjong seperti telur, panggul jenis ini ditemukan pada 35% wanita (Sulistyawati, 2010).



Gambar 2.4

Pintu Atas Panggul

Sumber Oxorn H., Forte R.W., 2003

2. Bidang Hodge

Bidang-bidang hodge ini dipelajari untuk menentukan sampai dimana bagian terendah janin turun ke panggul pada proses persalinan. Bidang hodge dibagi menjadi 4 yaitu:

- a) Hodge 1: bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simpisis dan promotorium

- b) Hodge II: bidang yang sejajar hodge 1 setinggi bagian bawah simpisis
- c) Hodge III: bidang yang sejajar dengan hodge 1 sejajar dengan spina ischiadika
- d) Hodge IV: bidang yang sejajar dengan hodge 1 setinggi tulang koksigis (Sulistyawati, 2010).

3. *Passanger* (janin)

Pembahasan mengenai janin sebagai *passenger* sebagian besar adalah mengenai tukuran kepala janin, karena kepala adalah bagian terbesar dari janin dan yang paling sulit untuk dilahirkan. Adanya celah antara bagian-bagian kepala janin memungkinkan adanya penyisipan antar bagian tulang sehingga kepala janin dapat mengalami perubahan bentuk dan ukuran. Proses ini disebut molase (Sulistyawati, 2010).

Tabel 2.3

Ukuran diameter penting kepala janin dan presentasi

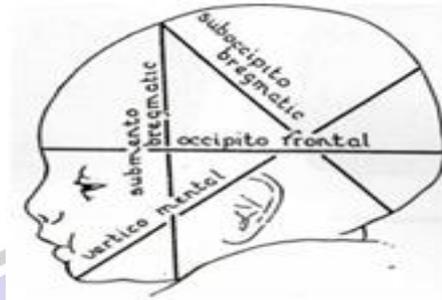
Diameter	Panjang	Presentasi
Suboksipito bregmatika	10 cm	Suboksiput (flekso maksimal)
Suboksipito frontalis	11 cm	Oksiput (fleksi tak maksimal)
Oksipito frontalis	12 cm	Puncak dahi
Mento vertikalisis	13 cm	Dahi
Submento bregmatika	10 cm	Muka (defleksi maksimal)

Sumber: Sulistyawati, 2010.

a) Janin besar

Dikatakan bayi besar adalah bayi memiliki berat badan melebihi 10 pound (4.000 gram) pada saat lahir, karena ukuran yang besar sangat menyulitkan kelahiran. Implikasi makrosomia bagi ibu melibatkan distensi uterus, yang menyebabkan peregangan yang berlebihan pada serat-serat uterus, menyebabkan disfungsi persalinan, kemungkinan rupture uterus, dan peningkatan insiden perdarahan post partum. Persalinan dapat menjadi lebih lama dan tindakan operasi pada saat melahirkan menjadi lebih memungkinkan. Pada janin besar, faktor keturunan memegang peranan sangat penting dijumpai pada wanita hamil dengan diabetes militus, pada postmaturitas dan pada grandemultipara. Kesukaran yang ditimbulkan dalam persalinan adalah karena besarnya kepala atau kepala yang lebih keras tidak dapat memasuki pintu atas panggul, atau karena bahu yang lebar sulit melalui rongga panggul (Wiknjastro, 2008). Pada makrosomia (berat badan janin lahir ≥ 4000 gram) menyebabkan distosia bahu di mana terjadi kegagalan bahu untuk melipat ke dalam panggul disebabkan oleh fase aktif dan persalinan kala II yang pendek pada multipara sehingga penurunan kepala yang

terlalu cepat menyebabkan bahu tidak melipat pada saat melalui jalan lahir (Saifuddin, 2008) .



Gambar 2.5

Ukuran diameter kepala janin

Sumber: Hanifa Prawirohardjo, 2002

1) Berat Badan Janin Normal

Berat badan janin dapat mempengaruhi proses persalinan kala II. Berat neonatus pada umumnya < 4000 gram dan jarang melebihi 5000 gram

(a) Kriteria janin cukup bulan yang lama kandungannya 40 pekan mempunyai panjang 48-50 cm dan berat badan 2750-3000 gram.

(b) Pada persalinan cukup bulan (*aterm*) dengan lama kehamilan 37-42 memiliki berat anak > 2500

(c) Bayi normal yaitu bayi yang mempunyai berat badan 2500-4000 gram, bayi berat lahir cukup dengan berat lahir > 2500 gram

(d) Pada janin yang mempunyai berat lebih dari 4000 gram memiliki kesukaran yang ditimbulkan dalam persalinan adalah karena besarnya kepala atau

besarnya bahu. Bagian paling keras dan besar dari janin adalah kepala, sehingga besarnya kepala janin mempengaruhi berat badan janin. Oleh karena itu sebagian ukuran kepala digunakan Berat Badan (BB) janin

(e) Berat badan janin normal adalah 2500-4000 gram.

2) Kelainan letak, presentasi atau posisi

(a) Presentasi dahi

Keadaan dimana kedudukan kepala berada di antara fleksi maksimal dan defleksi maksimal, sehingga dahi merupakan bagian terendah. Pada dasarnya merupakan kedudukan yang bersifat sementara, dan sebagian besar akan berubah menjadi presentasi muka atau presentasi belakang kepala. Pada pemeriksaan dalam dapat diraba sutura frontalis, yang bila diikuti pada ujung yang satu diraba ubun-ubun besar dan pada ujung lain teraba pangkal hidung dan lingkaran orbita. Pada presentasi dahi ini mulut dan dagu tidak dapat diraba. Pada proses persalinan membutuhkan waktu lama dan hanya 15% berlangsung spontan (Wiknjosastro, 2008).

(b) Presentasi muka

Presentasi muka adalah keadaan di mana kepala dalam kedudukan defleksi maksimal, sehingga oksiput tertekan pada punggung dan muka merupakan bagian terendah menghadap ke bawah, dikatakan presentasi muka sekunder bila baru terjadi pada waktu persalinan. Pada pemeriksaan dalam bila muka sudah masuk ke dalam rongga panggul, jari pemeriksa dapat meraba dagu, mulut, hidung dan pinggir orbita. Presentasi ini dapat ditemukan pada panggul sempit atau pada janin besar, multiparitas dan perut gantung. Kesulitan kelahiran pada presentasi muka dengan posisi mento posterior ini disebabkan karena kepala sudah berada dalam defleksi maksimal dan tidak mungkin menambah defleksinya lagi, sehingga kepala dan bahu terjepit dalam panggul dan persalinan tidak akan maju. Kesulitan persalinan dapat terjadi karena adanya kesempitan panggul dan janin yang besar yang menyebabkan presentasi muka (Wiknjosastro, 2008).

(c) Posisi oksiput posterior persistens

Posisi oksiput posterior persistens adalah keadaan dimana ubun-ubun kecil tidak berputar ke depan, sehingga tetap di belakang. Penyebabnya ialah usaha penyesuaian kepala terhadap bentuk dan ukuran panggul. Contohnya otot-otot dasar panggul yang sudah lembek pada multipara sehingga tidak ada paksaan pada belakang kepala janin untuk memutar ke depan atau pada panggul android yang diameter anteroposterior panggul lebih panjang dari diameter transversa atau segmen depan menyempit seperti pada panggul android maka ubun-ubun kecil akan mengalami kesulitan memutar ke depan (Wiknjastro, 2008).

4. *Power*

a) His (kontraksi uterus)

His adalah kontraksi uterus (*uterine contraction*) selama atau pada saat persalinan. His yang sempurna mempunyai kekuatan paling tinggi di fundus uteri pada kala II his menjadi lebih efektif, terkoordinasi, simetris dengan fundal dominan, kuat dan lebih lama 60-90 detik. Pada akhir kala I atau kala II, jumlah kontraksi adalah 3-4 kali tiap 10 menit

(2-3 menit sekali) dengan intensitas 50-60 mmHg (Siswosudarmo, 2008).

Sifat-sifat his yang efektif adalah :

- 1) Kontraksi otot rahim dimulai dari daerah tuba dan ligamentum rotundum kemudian menjalar ke seluruh bagian uterus
- 2) Gelombang kontraksi simetris dan terkordinasi
- 3) Didominasi oleh fundus kemudian menjalar keseluruhan otot rahim
- 4) Kekuatan seperti mechanism memeras isi rahim
- 5) Otot rahi yang telah kontraksi tidak kembali kepanjang semula sehingga terjadi retraksi dan terjadi pembentukan segmen bawah rahim.

His yang tidak normal dalam kekuatan dan sifatnya menyebabkan rintangan pada jalan lahir saat persalinan, tidak dapat diatasi sehingga persalinan mengalami hambatan atau kemacetan. Menurut (Sulistiyawati, 2010).

secara teoritis kelainan his dibagi menjadi :

- 1) Inersia uteri primer

Adalah kontraksi uterus lebih lama, singkat dan jarang dari pada biasa. Keadaan penderita biasanya baik dan rasa nyeri tidak seberapa. Selama ketuban masih utuh umumnya tidak banyak bahaya, baik bagi ibu maupun

bagi janin, kecuali jika persalinan berlangsung terlalu lama, hal ini meningkatkan morbiditas dan mortalitas janin.

2) Inersia uteri sekunder

Adalah timbul setelah berlangsungnya his kuat untuk waktu lama. Ditemukan pada wanita yang tidak diberi pengawasan baik waktu persalinan. Inersia uteri menyebabkan persalinan akan berlangsung lama dengan akibatnya pada ibu dan janin

3) Incoordinate *uterine action*

Adalah his berubah, tonus otot uterus meningkat di luar his dan kontraksinya tidak berlangsung seperti biasa karena tidak adanya sinkronasi antara kontraksi bagian-bagiannya. Tidak adanya koordinasi antara kontraksi bagian atas, tengah dan bawah menyebabkan his tidak efisien dalam mengadakan pembukaan. Kadang-kadang persalinan lama dengan ketuban yang sudah lama pecah, menyebabkan penyempitan kavum uteri yaitu pada lingkaran kontraksi. Dapat diketahui dengan pemeriksaan dalam dan pembukaan yang sudah lengkap. Menyebabkan persalinan tidak maju karena distosia servikalis. Pada primigravida kala I. menjadi

lebih lama, menyebabkan terjadinya lingkaran kekejangan yang mengakibatkan persalinan tidak maju.

(b) Umur Ibu

Dalam kurun reproduksi sehat dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia di bawah 20 tahun ternyata 2-5 kali lebih tinggi dari pada kematian maternal yang terjadi pada usia 20-29 tahun. Kematian maternal meningkat kembali sesudah usia 30-35 tahun (Wiknjastro, 2008). Di bawah 16 tahun atau diatas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia dibawah 16 tahun insiden preeklampsia sedangkan usia diatas 35 tahun meningkatkan insiden hipertensi kronis dan persalinan yang lama pada multiipara (Varney, 2007).

(c) Paritas

Adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi yang dapat hidup (Wiknjastro, 2008). Paritas mempengaruhi durasi persalinan dan insiden komplikasi. Pada multipara dominasi fundus uteri lebih besar dengan kontraksi uterus lebih besar

dengan kontraksi lebih kuat dan dasar panggul yang lebih rileks sehingga bayi lebih mudah melalui jalan lahir dan mengurangi lama persalinan. Namun pada grand multipara, semakin semakin banyak jumlah janin, persalinan secara progresif lebih lama. Hal ini diduga akibat kelelahan pada otot-otot uterus .

Semakin tinggi paritas insiden plasenta previa, perdarahan, mortalitas ibu dan mortalitas perinatal juga meningkat (Varney, 2007).

5. Penolong persalinan

Peran petugas kesehatan adalah memantau dengan seksama dan memberikan dukungan serta kenyamanan pada ibu, baik segi emosi atau perasaan maupun fisik (Saifuddin, 2008). Salah satu faktor yang sangat mempengaruhi terjadinya kematian ibu adalah kemampuan dan keterampilan penolong persalinan. Penolong persalinan dalam hal ini adalah bidan. Jenis asuhan yang akan diberikan dapat disesuaikan dengan kondisi dan tempat persalinan sepanjang dapat memenuhi kebutuhan spesifik.

Pada kasus yang ditangani oleh dukun atau tenaga paramedis yang tidak kompeten, sering kali penderita disuruh mengejan walaupun pembukaan belum lengkap. Akibatnya serviks menjadi edema dan menghambat pembukaan lebih lanjut, ibu mengalami kelelahan sehingga persalinan

berlangsung lama. Pada kala II ibu sudah tidak dapat mengejan menyebabkan kala II tidak maju atau kala II lama. Batas waktu kala II pada nulipara adalah 2 jam (3 jam pada kasus dengan anestesi regional) dan multipara adalah 1 jam (2 jam pada kasus dengan anestesi regional) (Siswosudarmo, 2008).

a) Posisi

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

1) 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.

2) Jongkok atau berdiri

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

3) Posisi merangkak

Posisi merangkak sering kali membantu ibu mengurangi rasa nyeri punggung saat persalinan. Posisi berbaring miring kiri mempermudah ibu untuk beristirahat diantara kontraksi jika mengalami

kelelahan dan juga dapat mengurangi resiko laserasi perineum.

4) 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 *uteroplasenter* sehingga akan menyebabkan hipoksia pada janin. Berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif.

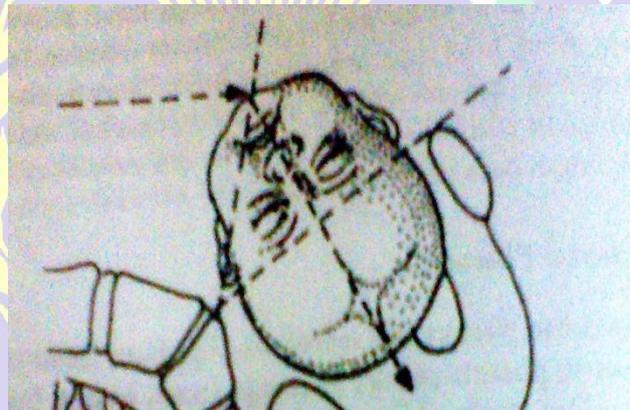
b) Psikis ibu

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

F. Mekanisme Persalinan

1. Enggament

Engagement atau desensus terjadi sebelum inpartu dan tidak berlanjut sampai awal kala II. pada multipara engagemen berlangsung bersamaan dengan dilatasi servik. Penyebab terjadinya engagemen atau desensus yaitu tekanan cairan amnion, tekanan langsung oleh fundus uteri pada bokong, usaha meneran ibu, gerakan ekstensi tubuh janin (tubuh janin menjadi lurus). Faktor lain yang menentukan terjadinya desensus adalah Ukuran dan bentuk panggul, posisi bagian terendah janin.



Gambar 2.6
Kepala Masuk PAP
Sumber: Wiknjosastro,dkk. 2009

2. Penurunan Kepala Janin

Pada primigravida, masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul biasanya sudah terjadi pada bulan terakhir dari kehamilan, tetapi pada multigravida biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan. Masuknya kepala ke dalam PAP, biasanya dengan

sutura sagitalis melintang dan dengan fleksi yang ringan. Masuknya kepala melewati pintu atas panggul (PAP), dapat dalam keadaan asinklitismus yaitu bila sutura sagitalis terdapat di tengah-tengah jalan lahir tepat di antara simpisis dan promontorium. Hal ini disebabkan karena adanya kontraksi dan retraksi dari segmen atas rahim, yang menyebabkan tekanan langsung fundus pada bokong janin. Dalam waktu yang bersamaan terjadi relaksasi dari segmen bawah rahim, sehingga terjadi penipisan dan dilatasi servik. Keadaan ini menyebabkan bayi terdorong ke dalam jalan lahir.

3. Fleksi

Dengan majunya kepala biasanya fleksi juga bertambah. Pada pergerakan ini dagu dibawa lebih dekat ke arah dada janin sehingga ubun-ubun kecil lebih rendah dari ubun-ubun besar hal ini disebabkan karena adanya tahanan dari dinding serviks, dinding pelvis dan lantai pelvis. Dengan adanya fleksi, diameter suboccipito bregmatika (9,5cm) menggantikan diameter suboccipito frontalis (11 cm). Sampai di dasar panggul, biasanya kepala janin berada dalam keadaan fleksi maksimal (Marmi, 2011).

4. Putaran Paksi Dalam

Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan janin memutar ke depan ke bawah simpisis. Pada presentasi belakang kepala bagian yang terendah ialah daerah ubun-ubun kecil dan bagian inilah yang akan memutar ke depan ke arah simpisis. Rotasi dalam penting untuk menyelesaikan persalinan, karena rotasi dalam merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bidang tengah dan pintu bawah panggul (Marmi, 2011).

5. Ekstensi Kepala

Sesudah kepala janin sampai di dasar panggul dan ubun-ubun kecil berada di bawah simpisis, maka terjadilah ekstensi dari kepala janin. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan dan ke atas sehingga kepala harus mengadakan fleksi untuk melewatinya. Kalau kepala yang fleksi penuh pada waktu mencapai dasar panggul tidak melakukan ekstensi maka kepala akan tertekan pada perineum dan dapat menembusnya. Subocciput yang tertahan pada pinggir bawah simpisis akan menjadi pusat pemutaran (*hypomochlion*), maka lahirlah berturut-turut pada pinggir atas perineum: ubun-

ubun besar, dahi, hidung, mulut dan dagu bayi dengan gerakan ekstensi (Marmi, 2011).

6. Putaran Paksi Luar

Kepala yang sudah lahir selanjutnya mengalami restitusi yaitu kepala bayi memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Bahu melintasi pintu dalam keadaan miring. Di dalam rongga panggul bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya, sehingga di dasar panggul setelah kepala bayi lahir, bahu mengalami putaran dalam dimana ukuran bahu (diameter bisa kromial) menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu bawah panggul. Bersamaan dengan itu kepala bayi juga melanjutkan putaran hingga belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadikum sepihak (Marmi, 2011).

7. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai di bawah simpisis dan menjadi hipomochlion untuk kelahiran bahu belakang. Setelah kedua bahu bayi lahir, selanjutnya seluruh badan bayi dilahirkan searah dengan sumbu jalan lahir (Widiatun, 2012).

G. Perubahan fisiologis pada persalinan

1. 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.

2. Detak jantung

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

3. 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%.

4. 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.

5. 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 1 persalinan.

6. Suhu Tubuh

Suhu tubuh sedikit meningkat karena adanya peningkatan metabolisme selama persalinan, peningkatan suhu normalnya yaitu peningkatan suhu yang tidak lebih dari $0,5-1^{\circ}\text{C}$.

7. 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.

8. Sistem perkemihan

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

9. Perubahan endokrin

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

10. 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.

11. 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).

H. 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 tetap 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 opioid (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 pemeriksaan, melakukan usaha untuk pengurangan rasa takut akan menurunkan nyeri akibat tegangan dari rasa sakit serta menjelaskan tentang prosedur dan adanya pembatasan (Rohani, 2011).

I. Pencegahan infeksi

1. Beberapa definisi dalam pencegahan infeksi antara lain:

- a) Dekontaminasi adalah tindakan yang dilakukan untuk dilakukan untuk memastikan bahwa petugas kesehatan dapat menangani secara aman berbagai benda yang terkontaminasi darah dan cairan tubuh .
- b) Sterilisasi adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme (bakteri, benda, parasit dan virus) termasuk endospora bakteri dari benda-benda mati atau instrument.
- c) Antisepsis adalah usaha mencegah infeksi dengan cara membunuh atau menghambat pertumbuhan mikroorganisme pada kulit atau jaringan tubuh lainnya.
- d) Aseptic adalah semua usaha yang dilakukan dalam mencegah masuknya mikroorganisme pada kulit, jaringan dan benda-benda mati hingga tingkat aman.

e) Desinfeksi adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan hampir semua mikroorganisme penyebab penyakit pada benda-benda mati atau instrument.

f) Desinfeksi tingkat tinggi adalah suatu proses yang menghilangkan mikroorganisme kecuali beberapa endospora bakteri pada benda mati dengan merebus, mengukus atau penggunaan desinfektan kimia.

g) Mencuci dan membilas adalah suatu proses menghilangkan semua debu, kotoran, darah dan bagian tubuh lain yang tampak pada obyek mati dan membuang sejumlah besar mikroorganisme untuk mengurangi resiko bagi mereka yang menyentuh kulit atau mengenai benda tersebut (proses ini terdiri dari pencucian dengan sabun atau detergen dan air, pembilasan dengan air bersih dan pengeringan dengan seksama).

2. Prinsip-prinsip pencegahan infeksi yang efektif berdasarkan:

a) Setiap orang (ibu, bayi baru lahir, penolong persalinan) harus dianggap bersifat simtomatik (tanda gejala)

b) Setiap orang harus beresiko terkena infeksi

c) Permukaan benda sekitar kita, peralatan dan benda-benda lainnya yang akan dan telah bersentuhan dengan permukaan kulit yang tak utuh, lecet selaput mukosa atau darah

dianggap harus dianggap terkontaminasi hingga setelah digunakan harus diproses secara benar.

d) Jika tidak diketahui apakah permukaan, peralatan dan benda asing lainnya diproses dengan benar maka semua itu harus dianggap masih terkontaminasi.

e) Resiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total, tapi dapat dikurangi hingga sekecil mungkin dengan menerapkan tindakan-tindakan Pencegahan Infeksi secara benar dan konsisten.

1) Tindakan-Tindakan Pencegahan Infeksi

- (a) Cuci Tangan
- (b) Memakai sarung tangan
- (c) Memakai perlengkapan pelindung
- (d) Menggunakan aseptis atau teknik aseptik
- (e) Memproses alat bekas pakai
- (f) Menangani peralatan tajam dengan aman
- (g) Menjaga kebersihan dan kerapian lingkungan serta pembuangan sampah secara teratur.

2) Pengendalian infeksi

- (a) Mencuci tangan
- (b) Perlindungan mata
- (c) Menggunakan masker
- (d) Memakai sarung tangan steril

3) Pemrosesan alat bekas pakai

(a) Dekontaminasi

Dekontaminasi adalah langkah pertama dalam menangani peralatan, perlengkapan sarung tangan dan benda-benda lainnya yang terkontaminasi. Segera setelah digunakan masukan benda-benda yang telah terkontaminasi kedalam larutan klorin 0.5% selama 10 menit. Ini akan dengan cepat mematikan virus hepatitis B dan HIV/AIDS. Pastikan bahwa benda-benda yang terkontaminasi telah terendam seluruhnya dalam larutan klorin.

(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).

(2) Rumus membuat larutan klorin dari serbuk kering

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 (Wiknjosastro, 2014).

2) Pencucian dan pembilasan

Pencucian adalah sebuah cara yang efektif untuk menghilangkan sebagian besar mikroorganisme pada peralatan dan instrument yang kotor atau sudah digunakan. Baik sterilisasi maupun desinfeksi tingkat tinggi menjadi kurang efektif tanpa proses pencucian sebelumnya.

(1) Perlengkapan atau bahan-bahan untuk mencuci peralatan

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

- b. Sikat halus (boleh menggunakan sikat gigi)
- c. Tabung suntik (minimal ukuran 10 ml : untuk membilas bagian dalam kateter, termasuk kateter penghisab lendir).
- d. Wadah plastic atau baja anti karet (stainless steel).
- e. Air bersih
- f. Sabun atau deterjen.

(2) Tahap-tahap pencucian dan pembilasan

- a. Gunakan sarung tangan yang tebal pada kedua tangan
- b. Ambil peralatan bekas pakai yang sudah didekontaminasi (hati-hati bila memegang peralatan yang tajam, seperti gunting dan jarum jahit)
- c. Agar tidak merusak benda-benda yang terbuat dari plastic atau karet, jangan dicuci secara bersamaan dengan peralatan yang terbuat dari bahan logam.
- d. Cuci setiap benda tajam secara terpisah dan hati-hati, gunakan sikat dengan air dan sabun untuk menghilangkan sisa

darah dan kotoran, buka engsel gantung dan klem, sikat dengan seksama terutama bagian sambungan pojok peralatan, pastikan tidak ada sisa darah dan kotoran yang tertinggal.

- e. Ulangi prosedur tersebut dengan air bersih
- f. Jika peralatan akan didisinfeksi tingkat tinggi secara kimiawi (misalnya dalam larutan klorin 0,5%) tempatkan peralatan dalam wadah yang bersih dan biarkan kering sebelum memulai proses DTT.
- g. Peralatan yang akan didisinfektan tingkat tinggi dengan cara dikukus atau direbus atau diseterilisasi didalam autiklaf atau open panas kering, tidak usah dikeringkan sebelum proses DTT atau sterilisasi dimulai.
- h. Selagi masih memakai sarung tangan, cuci tangan dengan air dan sabun kemudian bilas secara seksama dengan menggunakan air bersih.
- i. Gantungkan sarung tangan dan biarkan dengan cara diangin-anginkan.

(3) Desinfeksi Tingkat Tinggi dan Sterilisasi

Meskipun sterilisasi merupakan cara yang paling efektif membunuh mikroorganisme, sterilisasi tidak perlu memungkinkan dan tidak selalu praktis. DTT adalah satu-satunya alternative untuk situasi tersebut. DTT bisa dicapai dengan cara merebus, mengukus, atau secara kimiawi.

a. DTT dengan cara Merebus

1. Gunakan panci dengan penutup rapat
2. Ganti air setiap kali mendesinfeksi peralatan
3. Rendam peralatan hingga semuanya terendam dalam air
4. Mulai panaskan air
5. Mulai hitung air waktu saat air mulai mendidih
6. Jangan tambahkan benda apapun kedalam air mendidih setelah perhitungan dimulai:

c) Rebus selama 20 menit

d) Catat lama waktu perebusan peralatan didalam buku khusus

- e) Biarkan peralatan kering dengan cara diangin-anginkan sebelum digunakan atau disimpan
- f) Setelah peralatan kering, gunakan segera atau simpan dalam wadah desinfeksi tingkat tinggi dan ditutup. Peralatan bisa disimpan sampai 1 minggu asalkan penutupnya tidak dibuka.

b. DTT dengan mengukus

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

1. Gunakan panci perebus yang memiliki 3 susunan nampan pengukus.
2. Gulung bagian atas sarung tangan sehingga setelah DTT selesai, sarung tangan dapat dipakai tanpa membuat kontaminasi baru.
3. Letakan sarung tangan pada baki atau nampan pengukus yang berlubang dibawahnya, agar mudah dikeluarkan

dari bagian atas panci pengukus. Letakan sarung tangan dengan bagian jarinya ke arah tengah panci. Jangan menumpuk sarung tangan.

4. Ulangi proses tersebut hingga semua nampan pengukus terisi sarung tangan. Susun 3 nampan pengukus yang berisi air, letakan sebuah panci perebus kosong disebelah kompor.

5. Letakan penutup diatas panci pengukus paling atas dan panaskan air hingga mendidih, jika air mendidih perlahan, hanya sedikit uap air yang dihasilkan dan suhunya mungkin tidak cukup tinggi untuk membunuh mikroorganisme, jika air mendidih terlalu cepat, air akan menguap dengan cepat dan bahan bakar akan terbuang.

6. Jika uap mulai keluar dari celah-celah diantara panci pengukus, mulailah perhitungan waktu. Catat lamanya waktu pengukusan dalam buku kusus.

7. Kukus sarung tangan selama 20 menit
8. Angkat nampan pengukus paling atas yang berisi sarung tangan dan goyangkan perlahan-lahan agar air tersisa pada sarung tangan dapat menetes keluar.
9. Letakan nampan pengukus diatas panci perebus yang kosong disebelah kompor.
10. Ulangi langkah tersebut hingga semua nampan pengukus yang berisi sarung tangan tersusun diatas panci perebus yang kosong. Letakan penutup diatasnya hingga sarung tangan menjadi dingin dan kering tanpa terkontaminasi.
11. Biarkan sarung tangan kering dengan cara diangin-anginkan sampai kering didalam panci selama 4-6 jam. Jika diperlukan segera biarkan sarung tangan menjadi dingin selama 5-10 menit dan kemudian digunakan dalam

waktu 30 menit pada saat masih basah atau lembab.

12. Jika sarung tangan tidak akan dipakai segera setelah kering, gunakan pinset desinfeksi tingkat tinggi untuk memindahkan sarung tangan. Letakan sarung tangan lembut dalam wadah desinfeksi tingkat tinggi. Lalu tutup rapat. Sarung tangan lembut bisa digunakan dalam 1 minggu.

c. DTT dengan kimiawi

1. Letakan peralatan yang telah kering sudah didekontaminasi dan sudah dicuci dalam wadah. Kemudian isi wadah tersebut dengan larutan kimia.
2. Pastikan bahwa peralatan terendam semua dalam larutan kimia.
3. Rendam peralatan selama 20 menit
4. Catat lama waktu terendam dalam larutan kimia di buku khusus
5. Bilas peralatan dengan air matang dan diangin-anginkan sampai kering

diwadah desinfeksi tingkat tinggi yang tertutup

6. Setelah kering peralatan dapat digunakan atau disimpan dalam wadah desinfeksi tingkat tinggi yang bersih (Eny, 2011).

J. Lembar Observasi

Pasien dinyatakan inpartu bila ada 2 tanda berikut ini yaitu:

1. Kontraksi uterus (HIS) teratur dengan sekurang-kurangnya terjadi 1 his dalam 10 menit.

2. Perubahan serviks berupa pendataran dan atau dilatasi serviks
Persalinan kala 1 dibagi menjadi dua fase yaitu:

- 1) persalinan kala 1 fase laten

- 1) fase laten dimulai pada awal persalinan dan berakhir pada dilatasi 3 cm. pada primigravida, akhir fase laten ditandai dengan pendataran serviks sempurna. Namun pada multipara, pada akhir fase laten serviks belum mendatar sepenuhnya,. Dilatasi serviks pada fase laten berlangsung perlahan.

- 2) Biasanya fase laten berlangsung dalam waktu 8 jam

- 3) Selama fase laten terjadi kemajuan frekuensi dan durasi his secara progresif

b) Persalinan kala 1 fase aktif

- 1) Fase ini dimulai saat dilatasi serviks mencapai 3 cm dan berakhir setelah dilatasi serviks lengkap
- 2) Selama fase aktif, dilatasi serviks berlangsung semakin progresif
- 3) Kecepatan dilatasi serviks rata-rata selama fase aktif kira-kira 1,5 cm per jam dan pada vulvovagina kira-kira 1 cm per jam. Dengan demikian maka batas terbawah kecepatan dilatasi serviks yaitu diambil adalah 1 cm per jam.

c) Penatalaksanaan awal persalinan kala 1 fase laten

- 1) Bila pasien MKB pada awal persalinan dan pada pemeriksaan semua menunjukkan keadaan normal maka yang harus dilakukan 4 jam kemudian atau lebih cepat bila pasien mengeluhkan his yang terasa nyeri dan mulai teratur. Pasien boleh makan dan minum seperti biasa, disarankan untuk jalan-jalan
- 2) Fase aktif tidak boleh melebihi waktu 8 jam dengan demikian maka diagnose saat awal inpartu harus dipertimbangkan secara hati-hati untuk menghindari keputusan dan tindakan yang berlebih dan tidak perlu.

K. Partograf

Partograf dipakai untuk memantau kemajuan persalinan dan membantu petugas kesehatan dalam menentukan keputusan dalam penatalaksanaa. 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).

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

1. 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).

2. 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).

3. 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).

4. Pembukaan mulut rahim

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

5. Penurunan again 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).

6. 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.

7. 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:

- a) Beri titik-titik dikotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik
- b) Beri garis-garis dikotak yang sesuai untuk menyatakan kontaksi yang lamanya 20-40 detik
- c) Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi lamanya lebih dari 40 detik (Saifuddin, 2010).

8. Oksitosin

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

9. Obat-obatan lain dan cairan

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

10. Nadi, tekanan darah, temperature

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

- a) Cata nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan. Beri tanda titik pada kolom yang sesuai
- b) Catat tekanan darah ibu setiap 4 jam selama fase aktif persalinan. Beri tanda panah pada kolom waktu yang sesuai.
- c) Catat temperature tubuh ibu setiap 2 jam pada kotak yang sesuai.

11. Protein, aseton, dan volume urine

Catat setiap kali ibu berkemih (Saifuddin, 2009).

L. Lima Benang Merah

Ada lima aspek dasar atau lima benang merah, yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan, baik normal maupun patologis.

Lima benang merah adalah:

1. Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah memnentukan asuhan yang

diperlukan oleh pasien. Keputusan itu akurat, komperesif dan aman, baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberikan pertolongan.

Tujuh langkah dalam membuat keputusan klinik:

- a) Pengumpulan data utama dan relevan untuk membuat keputusan
- b) Menginterpretasikan data dan mengidentifikasi masalah
- c) Membuat diagnosis atau menentukan masalah yang terjadi
- d) Menilai adanya kebutuhan dan kesepian intervensi untuk mengatasi masalah
- e) Menyusun rencana pembelian asuhan atau intervensi untuk mengatasi masalah
- f) Melaksanakan asuhan atau intervensi terpilih
- g) Memantau dan mengevaluasi efektifitas asuhan atau intervensi (Wiknjosastro, 2008).

2. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Asuhan sayang ibu adalah sayang yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Cara yang paling mudah membahayakan mengenai asuhan sayang ibu adalah dengan menanyakan pada diri kita sendiri, “seperti inikah asuhan yang aya dapatkan?” atau “apakah asuhan yang seperti ini yang saya inginkan untuk keluarga saya yang sedang hamil”.

Beberapa prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi.

a) Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan

- 1) Panggil ibu sesuai namanya, hargai dan perlakukan ibu sesuai martabatnya.
- 2) Jelaskan semua asuhan dan perawatan kepada ibu sebelum memulai asuhan tersebut.
- 3) Jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarga
- 4) Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir
- 5) Dengarkan dan tanggapilah pertanyaannya dan kekhawatiran ibu
- 6) Berikan dukungan, berdasarkan hatinya dan tentramkan hati ibu beserta anggota keluarganya
- 7) Anjurkan ibu untuk ditemani suami atau anggota keluarga yang lain Selama persalinan dan kelahiran bayinya
- 8) Ajarkan suami dan anggota keluarga mengenai cara-cara bagaimana mereka dapat memperhatikan dan dukungan ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya.
- 9) Secara konsisten lakukan praktik-praktik pencegahan infeksi yang baik

- 10) Hargai privasi ibu
- 11) Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi
- 12) Anjurkan ibu untuk minum dan makan makanan ringan sepanjang Ia mengingikannya
- 13) Hargai dan perbolehkan praktik-praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu
- 14) Hindari tindakan berlebihan dan mungkin membahayakan seperti episiotomi, pencukuran dan klisma.
- 15) Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin
- 16) Membantu memulai pemberian ASI dalam 1 jam pertama setelah bayi lahir
- 17) Siapkan rencana rujukan (bila perlu).
- 18) Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik dan bahan-bahan perlengkapan dan obat-obat an yang diperlukan. Siap untuk melakukan resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelahiran bayi

b) Asuhan sayang ibu dan bayi pada masa pasca persalinan

- 1) Anjurkan ibu untuk selalu berdekatan dengan bayinya (rawat gabung).

- 2) Bantuan ibu untuk mulai membiasakan menyusui dan anjurkan pemberian asi sesuai dengan permintaan
- 3) Ajarkan ibu dan keluarganya tentang nutrisi dan istirahat yang cukup setelah melahirkan.
- 4) Anjurkan suami dan anggota keluarganya untuk memeluk bayi dan mensyukuri kelahiran bayi.
- 5) Anjurkan ibu dan anggota keluarganya tentang gejala dan tanda bahaya yang mungkin terjadi dan ajurkan mereka untuk mencari pertolongan jika timbul masalah atau rasa khawatir (Wiknjosastro, 2008).

3. Pencegahan Infeksi

Tindakan pencegahan infeksi (PI) tidak terpisah dari komponen-komponen lain dalam asuhan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Tindakan ini harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan dan tenaga kesehatan lainnya dengan mengurangi infeksi karena bakteri, virus dan jamur. Dilakukan pula upaya untuk menurunkan resiko penularan penyakit-penyakit berbahaya yang hingga kini belum ditemukannya pengobatan seperti hepatitis dan HIV/AIDS.

4. Pencatatan

Catat semua hasil asuhan yang telah diberikan kepada ibu dan bayinya. Apabila asuhan tidak tercatat, dapat dianggap

bahwa hal tersebut tidak dilakukan. Pencatatan adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik karena kemungkinan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Megkaji 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.

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 dan bayinya ke fasilitas kesehatan 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).

2.1.3 KONSEP DASAR NIFAS

A. Definisi masa nifas

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).

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).

B. Periode Masa Nifas

Menurut (Mochtar, 2015), 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 genetalia yang lamanya 6-8 minggu.
3. Remote puerperium, adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi.

C. Proses 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.

- a) 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.

b) 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).

D. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1. Perubahan Sistem Reproduksi

Menurut (Pitriani, 2014) 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 :

a) Uterus

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

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut :

1) 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.

2) Atrofi Jaringan

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

3) Autolysis

Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi didalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekan 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.

4) 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 2.4

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 pusat symphysis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba diatas symphysis	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar normal	30 gram

Sumber: Mochtar, 2015

5) 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 dinamakan 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 2.5
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

6) Vagina dan Perineum

Selama proses persalihan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan 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 karunkulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan 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.

7) Serviks

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulai dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks berbentuk 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).

2. 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 :

a) Nafsu makan

Pasca melahirkan, biasanya ibu merasa lapar sehingga diperbolehkan untuk mengonsumsi 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.

b) Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anestesia bisa

memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

c) 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 :

- 1) Pemberian diet/makanan yang mengandung serat.
- 2) Pemberian cairan yang cukup.
- 3) Pengetahuan tentang pola eliminasi pasca melahirkan.
- 4) Pengetahuan tentang perawatan luka jalan lahir.
- 5) Bila usaha diatas tidak berhasil dapat dilakukan pemberian huknah atau obat yang lain.

3. 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).

4. 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 persalinaan, 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).

5. Perubahan Sistem Endokrin

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

Hormon-hormon yang berperan dalam proses ini yaitu :

a) 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.

b) 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.

c) 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.

6. Perubahan Tanda-tanda Vital

a) Suhu

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari $37,2^{\circ}\text{C}$. Setelah partus dapat naik kurang lebih $0,5^{\circ}\text{C}$ 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).

b) 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).

c) 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). 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).

7. 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).

8. 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).

E. Tahapan Masa Nifas

Tahapan masa nifas menurut Reva Rubin.

1. Periode Taking In (Hari ke 1-2 setelah melahirkan)

(b) Ibu masih pasif dan tergantung dengan orang lain

(c) Perhatian ibu tertuju pada kekhawatiran perubahan tubuhnya

(d) Ibu akan mengurangi pengalaman-pengalaman waktu melahirkan

(e) Memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembakikan keadaan tubuh ke kondisi normal

(f) Nafsu makan ibu biasanya akan bertambah ketika membutuhkan peningkatan nutrisi. Kurangnya nafsu makan akan menandakan proses pengendalian tubuh tidak terlangsung normal,

2. Periode Teking On/ Teking Hold (hari ke 2-4 setelah melahirkan)

a) Ibu memperhatikan kemampuan jadi orang tua dan meningkatkan tanggung jawab akan bayinya

b) Ibu berusaha untuk menguasai ketrampilan merawat bayinya seperti menggendong, menyusui, memandikan bayi, dan mengganti popok

c) Ibu cenderung terbuka menerima nasihat bidan dan kritikan pribadi

d) Kemungkinan ibu mengalami depresi post partum karena merasa tidak mampu membesarkan bayinya.

3. Periode Leting Go

a) Terjadi setelah ibu pulang kerumah dan dipengaruhi oleh dukungan serta perhatian keluarga

b) Ibu sudah mengambil tanggung jawab dalam merawat bayi dan memahami kebutuhan bayi sehingga bayi akan

mengurangi hak ibu dalam kebebasan dan hubungan seksual.

- c) Depresi post partum sering terjadi pada masa ini (putriani, 2014).

F. Kunjungan Masa Nifas

a) Jadwal Kunjungan Nifas

- a) Kunjungan Pertama (6 jam – 3 hari)
 b) Kunjungan Kedua (4 – 28 hari)
 c) Kunjungan Ketiga (29 – 42 hari)

b) Jenis Pelayanan

- a) Periksa kondisi ibu nifas secara umum
 b) Tenakan darah, suhu, respirasi dan nadi
 c) Perdarahan pervaginam, kondisi perineum, tanda infeksi, kontraksi rahim, tinggi fundus uteri dan memeriksa payudara
 d) Lokea dan perdarahan
 e) Pemeriksaan jalan lahir
 f) Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI

Ekklusif

- g) Pemberian kapsul vitamin A
 h) Pelayanan kontrasepsi pascapersalinan
 i) Penanganan risiko tinggi dan komplikasi pada nifas

- c) Nasehat yang di berikan pada ibu
- a) Makanan-makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur, dan buah-buahan.
 - b) Kebutuhan air minum pada ibu menyusui 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari.
 - c) Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin.
 - d) Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu beristirahat.
 - e) Bagi ibu yang melahirkan dengan cara operasi Caesar maka harus menjaga kebersihan luka bekas operasi.
 - f) Cara menyusui yang benar dan hanya memberikan ASI saja selama 6 bulan.
 - g) Perawatan bayi yang benar.
 - h) Jangan membiarkan bayi menangis terlalu lama, karena membuat bayi stress.
 - i) Lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga.
 - j) Untuk berkonsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan.

(Buku KIA, 2015).

G. 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).

H. Kebutuhan Dasar Pada Ibu Masa Nifas

1. 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).

Ibu yang menyusui harus memenuhi kebutuhan akan nutrisinya sebagai berikut :

- a) Mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari
- b) Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup.
- c) Minum sedikitnya 3 liter setiap hari
- d) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari post partum.
- e) Minum kapsul vitamin A 200.000 unit agar dapat memberikan vitamin A pada bayinya melalui ASI

(Saleha, 2009).

Tabel 2.6
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

2. 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).

Keuntungan ambulasi dini antara lain :

- a) Penderita merasa lebih sehat dan lebih kuat.
- b) Faal usus dan kandung kemih menjadi lebih baik.
- c) Memungkinkan bidan untuk memberikan bimbingan pada ibu mengenai cara merawat bayi.
- d) Lebih sesuai dengan keadaan Indonesia (lebih ekonomis) (Sulistyawati, 2009).

3. Eliminasi

2. 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).

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).

1. 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).

4. 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).

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).

5. 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).

Kurang istirahat bagi ibu postpartum mengakibatkan beberapa kerugian misalnya :

- a) Dapat mengurangi jumlah ASI
- b) Dapat memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan
- c) 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.

6. 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).

7. 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 :

- a) 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.

- b) 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.

c) Tidur terlentang, tangan disamping badan, angkat bokong sambil mengerutkan otot anus selama 5 hitungan. Lakukan gerakan ini sebanyak 15 kali. Rileks selama 10 hitungan.

d) 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.

e) 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° . Gerakkan 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).

1. 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, bacil coli, staphylococcus.

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.

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.

c) *Servicitis*

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.

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 penjarangan.

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*.

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*).

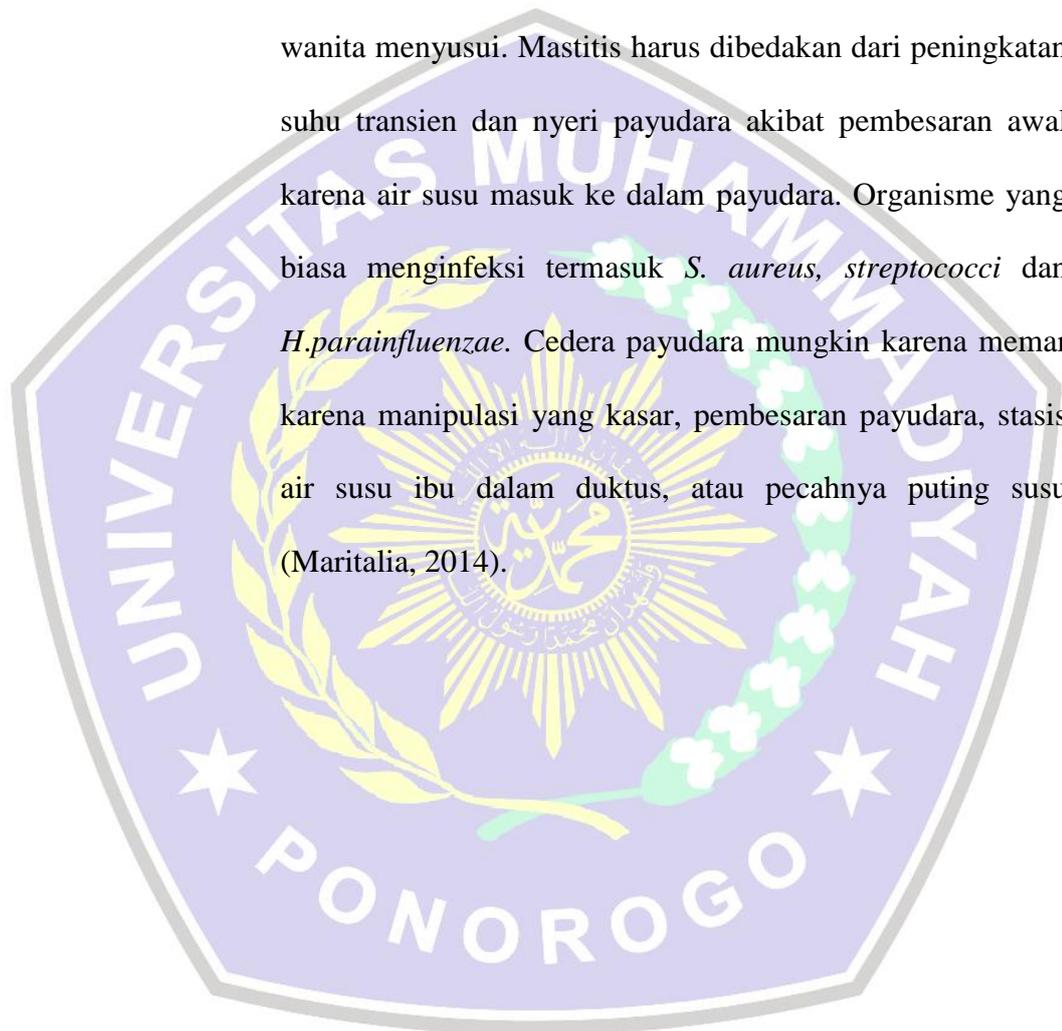
g) *Parametritis (selulitis pelvika)*

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.

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).



2.1.4 KONSEP DASAR BAYI BARU LAHIR

A. Definisi Bayi Baru Lahir

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

Neonatus adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan ekstra uterin. Beralih dari keberhantungan mutlak pada ibu menuju kemandirian fisiologi. Tiga faktor yang mempengaruhi perubahan fungsi dan proses vital neonatus yaitu maturasi, adaptasi dan toleransi. Selain itu pengaruh kehamilan dan proses persalinan mempunyai peran penting dalam morbiditas dan mortalitas bayi. Empat aspek transisi pada bayi baru lahir yang paling dramatis dan cepat berlangsung adalah pada sistem pernapasan, sirkulasi, kemampuan menghasilkan glukosa (Rukiyah, 2013).

B. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir

1. Berat badan 2500 - 4000 gram
2. Panjang badan 48 - 52 cm
3. Lingkar dada 30 - 38 cm
4. Lingkar kepala 33 - 35 cm
5. Frekuensi jantung 120 - 160 kali/menit
6. Pernafasan \pm - 60 kali/menit

7. Kulit kemerah - merahan dan licin karena jaringan sub kutan cukup
8. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
9. Kuku agak panjang dan lemas
10. Genitalia : Perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora sedangkan laki – laki testis sudah turun, skrotum sudah ada
11. Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
12. Reflek morrow atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik
13. Reflek graps atau menggenggam sudah baik
14. Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan (Marmi, 2014).

Bayi baru lahir dikatakan normal jika mempunyai beberapa tanda antara lain: Appearance (warna kulit) seluruh tubuh kemerah-merahan, pulse (frekuensi jantung) normalnya 120-160x/menit, grimace (reaksi terhadap rangsangan) menangis batuk atau bersin, activity (tonus otot) gerakan aktif, respiration (usaha nafas) bayi menangis kuat. Kehangatan tidak terlalu panas (lebih dari 38 c) atau terlalu dingin (kurang dari 36c), warna kuning pada kulit terjadi hari ke2-3 tidak biru, pucat memar, pada saat diberi makanan hisapan kuat tidak mengantuk berlebihan, tidak muntah; tidak terlihat tanda-tanda infeksi pada tali pusat seperti tali pisat

merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah; dapat berkemih selama 24 jam, tinja lembek, sering, hijau tua, tidak ada lendir atau darah pada tinja; bayi tidak menggigil atau tangisan kuat, tidak mudah tersinggung, tidak terdapat tanda: lemas, terlalu mengantuk, lunglai, kejang-kejang halus, tidak tenang, menangis terus-terusan.

C. Proses Bayi Baru Lahir

1. Periode transisi

Karakteristik perilaku terlihat nyata selama jam transisi segera setelah lahir. Masa transisi ini mencerminkan suatu kombinasi respon yang simpatik terhadap tekanan persalinan (*tachypnea*, *tachycardia*) dan respon parasimpatik (sebagai respon yang diberikan oleh kehadiran *mucus*, muntah dan gerak *peristaltik*).

Periode transisi dibagi menjadi 3 yaitu sebagai berikut:

1. Reaktifitas 1 (*The First Period Of Reactivity*)

Dimulai pada masa persalinan dan berakhir setelah 30 menit. Selama periode ini detak jantung cepat dan pulsasi tali pusat jelas. Warna kulit terlihat sementara *sianosis* atau *akrosianosi*. Sekama periode ini mata bayi membuka dan bayi memperlihatkan perilaku siaga. Bayi mungkin menangis terkejut atau terpaku. Selama periode ini setiap usaha harus dibuat untuk memudahkan kontak bayi dan ibu.

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

Berlangsung selama 30 menit selama persalinan. Tingkat tarif pernapasan menjadi lebih lambat. Bayi dalam keadaan tidur, suara usus muncul tapi berkurang. Jika mungkin bayi tidak diganggu untuk pengujian pertama dan jangan dimandikan. Selama masa tidur memberikan kesempatan pada bayi untuk mrmulihkan diri dari proses perslinan dan periode transisi kekehidupan diluar uterin.

3. Peride Reaktifitas II (*The Second Period Of Ractifity*)

Berlangsung selama 2-6 jam setelah persalinan. Jantung bayi labil dan perubahan warna kulit yang berhubungan dengan stimulus lingkungan. Tingkat oernapasan bervariasi tergantung pada aktifitas. Pemberian makan awal penting dalam pencegahan hipoglikemia dan stimulasi pengeluaran kotoran dan pencegahan penyakit kuning, kolonisasi bakteri isi perut yang mengarahkan pembentukan vitamin K oleh *traktus intensial* (Varney et al, 2007).

D. Perubahan Adaptasi Fisiologis Bayi Baru Lahir

Selama dalam uterus, janin mendapatkan oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru – paru.

1. Sistem Pernapasan

Paru-paru berasal dari titik tumbuh yang muncul dari pharynx yang bercangdan kemudian bercabang kembali membentuk struktur percabangan bronkus proses ini terus berlanjut sampai sekitar usia 8 tahun, sampai jumlah bronkus dan alveolusnakan sepenuhnya berkembang, walaupun janin memperlihatkan adanya gerakan napas sepanjang trimester II dan III. Paru-paru yang tidak matang akan mengurangi kelangsungan hidup BBL sebelum usia 24 minggu. Hal ini disebabkan karena keterbatasan permukaan alveolus, ketidakmatangan sistem kapiler paru-paru dan tidak tercukupinya jumlah surfaktan.

Faktor-faktor yang berperan pada rangsangan nafas pertama bayi adalah :

- a) Hipoksia pada akhir persalinan dan rangsangan fisik lingkungan luar rahim yang merangsang pusat pernafasan di otak.
- b) Tekanan terhadap rongga dada, yang terjadi karena kompresi paru - paru selama persalinan, yang merangsang masuknya udara ke dalam paru - paru secara mekanis.
- c) Interaksi antara system pernapasan, kardiovaskuler dan susunan saraf pusat menimbulkan pernapasan yang

teratur dan berkesinambungan serta denyut yang diperlukan untuk kehidupan.

2. Perubahan sirkulasi darah

Setelah lahir darah BBL harus melewati paru untuk mengambil oksigen dan mengadakan sirkulasi melalui tubuh guna mengantarkan oksigen ke jaringan. Untuk membuat sirkulasi yang baik, kehidupan diluar rahim harus terjadi 2 perubahan besar :

- a) Penutupan foramen ovale pada atrium jantung
- b) Perubahan duktus arteriosus antara paru-paru dan aorta.

Perubahan sirkulasi ini terjadi akibat perubahan tekanan pada seluruh sistem pembuluh. Oksigen menyebabkan sistem pembuluh mengubah tekanan dengan cara mengurangi /meningkatkan resistensinya, sehingga mengubah aliran darah (Varney et al, 2007).

3. Perubahan Suhu Tubuh

Bayi baru lahir belum dapat mengatur suhu tubuhnya, sehingga akan mengalami stress dengan adanya perubahan lingkungan dari dalam rahim ibu ke lingkungan luar yang suhunya lebih tinggi. Suhu dingin ini menyebabkan air ketuban menguap lewat kulit, pada lingkungan yang dingin , pembentukan suhu tanpa mekanisme menggigil merupakan usaha utama seorang

bayi untuk mendapatkan kembali panas tubuhnya. Pembentukan suhu tanpa menggigil ini merupakan hasil penggunaan lemak coklat untuk produksi panas. Timbunan lemak coklat terdapat di seluruh tubuh dan mampu meningkatkan panas tubuh sampai 100%. Untuk membakar lemak coklat, sering bayi harus menggunakan glukosa guna mendapatkan energi yang akan mengubah lemak menjadi panas. Lemak coklat tidak dapat diproduksi ulang oleh seorang BBL. Cadangan lemak coklat ini akan habis dalam waktu singkat dengan adanya stress dingin. Semakin lama usia kehamilan semakin banyak persediaan lemak coklat bayi.

Jika seorang bayi kedinginan, dia akan mulai mengalami hipoglikemia, hipoksia dan asidosis. Sehingga upaya pencegahan kehilangan panas merupakan prioritas utama dan bidan berkewajiban untuk meminimalkan kehilangan panas pada bayi baru lahir (Varney et al, 2007).

4. Metabolisme Glukosa

Untuk memfungsikan otak memerlukan glukosa dalam jumlah tertentu. Dengan tindakan penjepitan tali pusat dengan klem pada saat lahir seorang bayi harus mulai mempertahankan kadar glukosa darahnya sendiri. Pada setiap bayi baru lahir, glukosa darah akan turun dalam waktu cepat (1 sampai 2 jam). Koreksi penurunan kadar gula darah dapat

dilakukan dengan 3 cara melalui penggunaan ASI, melalui penggunaan cadangan glikogen, melalui pembuatan glukosa dari sumber lain terutama lemak.

BBL yang tidak mampu mencerna makanan dengan jumlah yang cukup, akan membuat glukosa dari glikogen (glikogenesis). Hal ini hanya terjadi jika bayi mempunyai persediaan glikogen yang cukup. Bayi yang sehat akan menyimpan glukosa dalam bentuk glikogen terutama di hati, selama bulan-bulan terakhir dalam rahim. Bayi yang mengalami hipotermia, pada saat lahir yang mengakibatkan hipoksia akan menggunakan cadangan glikogen dalam jam-jam pertama kelahiran. Keseimbangan glukosa tidak sepenuhnya tercapai dalam 3-4 jam pertama kelahiran pada bayi cukup bulan. Jika semua persediaan glikogen digunakan pada jam pertama, maka otak dalam keadaan berisiko. Bayi yang lahir kurang bulan (prematum), lewat bulan (post matur), bayi yang mengalami hambatan pertumbuhan dalam rahim dan stres janin merupakan risiko utama, karena simpanan energi berkurang (digunakan sebelum lahir). Gejala hipoglikemi dapat tidak jelas dan tidak khas, meliputi; kejang-kejang halus, sianosis,, apneu, tangis lemah, letargi, lunglai dan menolak makanan. Hipoglikemi juga dapat tanpa gejala pada awalnya.

Akibat jangka panjang hipoglikemi adalah kerusakan yang meluas di seluruh di sel-sel otak (Manuaba, 2010).

5. Perubahan sistem Gastrointestinal

Sebelum lahir, janin cukup bulan akan mulai menghisap dan menelan. Reflek gumoh dan reflek batuk yang matang sudah terbentuk baik pada saat lahir. Kemampuan bayi baru lahir cukup bulan untuk menelan dan mencerna makanan (selain susu) masih terbatas. Hubungan antara esofagus bawah dan lambung masih belum sempurna yang mengakibatkan “gumoh” pada bayi baru lahir dan neonatus, kapasitas lambung masih terbatas kurang dari 30 cc untuk bayi baru lahir cukup bulan. Kapasitas lambung ini akan bertambah secara lambat bersamaan dengan tumbuhnya bayi baru lahir. Pengaturan makanan yang sering oleh bayi sendiri penting contohnya memberi ASI (Varney et al, 2007).

6. Perubahan pada sistem imun

Sistem imunitas bayi baru lahir masih belum matang, sehingga menyebabkan neonatus rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. Sistem imunitas yang matang akan memberikan kekebalan alami maupun yang di dapat. Kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang mencegah atau meminimalkan infeksi.

Berikut beberapa contoh kekebalan alami:

- b) Perlindungan oleh kulit membran mukosa
- c) Fungsi saringan saluran napas
- d) pembentukan koloni mikroba oleh kulit dan usus
- e) perlindungan kimia oleh lingkungan asam lambung

Kekebalan alami juga disediakan pada tingkat sel yaitu oleh sel darah yang membantu BBL membunuh mikroorganisme asing. Tetapi pada BBL sel-sel darah ini masih belum matang, artinya BBL tersebut belum mampu melokalisasi dan memerangi infeksi secara efisien. Kekebalan yang didapat akan muncul kemudian. BBL dengan kekebalan pasif mengandung banyak virus dalam tubuh ibunya. Reaksi antibodi keseluruhan terhadap antigen asing masih belum dapat dilakukan sampai awal kehidupan anak. Salah satu tugas utama selama masa bayi dan balita adalah pembentukan sistem kekebalan tubuh. Defisiensi kekebalan alami bayi menyebabkan bayi rentan sekali terjadi infeksi dan reaksi bayi terhadap infeksi masih lemah. Oleh karena itu, pencegahan terhadap mikroba (seperti pada praktek persalinan yang aman dan menyusui ASI dini terutama kolostrum) dan deteksi dini serta pengobatan dini infeksi menjadi sangat penting (Varney et al, 2007).

E. Klasifikasi Bayi Baru Lahir

1. Berdasarkan usia kehamilan

- a) Neonatus kurang bulan (Petterm Infant) : kurang dari 259 hari (37 minggu).
- b) Neonatus cukup bulan (Term Infant) : 259 sampai 294 hari (37-42 minggu).
- c) Neonatus lebih bulan (Posterm infant) lebih dari 294 (42 minggu atau lebih).

2. Berdasarkan berat lahir

- a) Neonatus berat lahir rendah : kurang dari 2500 gram
- b) Neonatus berat lahir cukup : antara 2500 sampai 4000 gram
- c) Neonatus berat lahir lebih : lebih dari 4000 gram (Muslihatun, 2010).

F. Penilaian Bayi Baru Lahir

Keadaan bayi baru lahir dinilai 1 menit setelah lahir dengan penggunaan APGAR. Penilaian ini diperlukan untuk mengetahui apakah bayi menderita asfiksia atau tidak. Yang dinilai adalah frekuensi jantung, usaha nafas. Tonus otot, warna kulit, dan reaksi terhadap rangsangan.

Tabel 2.7
Penilaian apgar score

No	Tanda	NILAI		
		0	1	2
1	Warna	Biru atau pucat	Tubuh kemerahan, ekstermits biru	Seluruh tubuh kemerahan
2	Frekuensi Jantung	Tidak Ada	Kurang dari 100x/menit	Lebih dari 100x/menit
3	Refleks	Tidak Ada	Gerakan Sedikit	Gerakan kuat/melawan
4	Aktivitas atau tonus otot	Lumpuh atau Lemah	Ekstermits Fleksi	Gerakan Aktif
5	Usaha nafas	Tidak ada	Lambat, tidak teratur	Menangis kuat

Sumber: Prawirohardjo, 2007

Apabila nilai APGAR :

7-10: bayi mengalami asfiksia ringan atau dikatakan bayi dalam keadaan normal

4-6 : bayi mengalami asfiksia sedang.

0-3 : bayi mengalami asfiksia berat.

G. Kebutuhan Dasar Bayi Baru Lahir

1. Nutrisi

ASI merupakan makanan yang terbaik bagi bayi. ASI eksklusif selama 6 bulan memberikan banyak manfaat bagi ibu dan bayinya. Inisiasi menyusui dini, dalam waktu satu jam setelah lahir, melindungi bayi baru lahir dari infeksi sehingga

menurunkan angka kematian bayi baru lahir. Risiko kematian akibat diare dan infeksi lain meningkat pada bayi yang tidak mendapat ASI eksklusif atau bayi yang sama sekali tidak mendapat ASI. ASI juga merupakan sumber energi dan nutrisi yang penting bagi bayi baru lahir. ASI diberikan setiap keinginan bayi, biasanya diberikan setiap 2-4 jam. Jangan berikan susu formula sebelum bayi usia 6 bulan (shakina, 2013).

2. Eliminasi

Pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa. Feses pertama berwarna hijau kehitaman, lengket dan mengandung lendir. Sejak hari ketiga hingga kelima kelahiran fese mengalami tahap transisi dan berwarna kuning kecoklatan. Urine pertama dikeluarkan selama 24 jam setelahnya dengan frekuensi yang semakin sering seiring dengan meningkatnya asupan cairan. Urine encer berwarna kuning dan tidak bau (sulistyawati, 2009).

3. Isirahat dan tidur

Bayii baru lahir biasanya 2 minggu setelah lahir sering tidur, Bayi baru lahir tidur 16-18 jam sehari, bayi dapat menangis dan sedikitnya 5 menit perhari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam perhari (Sulistyowati, 2009).

4. Personal hygiene

Personal hygiene atau kebersihan kulit pada bayi perlu benar-bener dijaga. Walaupun mandi dengan membasahi seluruh tubuh tidak harus dilakukan setiap hari , tetapi bagian, bagian seperti muka, bokong dan tali pusat perlu dibersihkan secara teratur. Sebaiknya orang tua maupun orang lain ingin memegang bayi diharuskan untuk mencuci tangan terlebih dahulu (Dewi, 2013).

5. Keamanan

Hal yang harus diperhatikan dalam menjaga keamanan bayi adalah dengan tetap menjaganya jangan sekalipun meninggalkan bayi tanpa ada yang menunggu. Selain itu juga perlu dihindari untuk memberikan apapun kemulut bayi selain ASI, karena bayi bisa bersedak dan jangan menggunakan alat penghangat buatan di tempat tidur bayi (Dewi, 2013).

H. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

1. Nafas megap-megap atau lebih dari 60x/menit, denyut jantung kurang dari 100x/menit, terdapat retraksi dada
2. Suhu tubuh bayi terlalu panas, memar atau sangat kuning terutama pada 24 jam pertama
3. Pemberian ASI sulit sehingga bayi saat menghisap lemah, mengantuk berlebihan dan muntah-muntah.
4. Tali pusat keluar cairan, bengkak dan bernanah

5. Infeksi dengan ditandai suhu tubuh meningkat, bengkak, keluar cairan, bau busuk, pernapasan sulit.
6. Tidak berkemih dalam 24 jam, sering keluar tinja, lembek, dan ada klendir atau darah pada tinja
7. Bayi menyeringai, lemes, mengantuk, lunglai, kejang dan bayi tidak bisa tenang
8. Mengais terus menerus (Sarwono, 2010).

I. Penyuluhan bayi sebelum pulang

1. Perawatan Tali Pusat

Saat dilahirkan, bayi tidak lagi membutuhkan oksigen dari ibunya, karena ia sudah dapat bernapas sendiri melalui hidung. Karena itulah, tali pusat tersebut harus dipotong meski tidak semuanya. Tali pusat yang melekat di perut bayi, akan disisakan beberapa cm. sisanya ini akan dibiarkan hingga pelan-pelan menyusut dan mengering, lalu terlepas dengan sendirinya.

Cara membersihkannya bisa dilakukan sebagai berikut:

- a) Cuci tangan
- b) Gunakan kasa steril atau bersih
- c) Bersihkan tali pusat secara perlahan dengan gerakan memutar menggunakan kasa yang telah diberi air DTT (air yang telah direbus mendidih dan didinginkan). Lakukan hal tersebut sampai benar-benar bersih.

d) Gunakan kasa kering untuk menutupi tali pusat.



Gambar 2.7
perawatan tali pusat
sumber Sarwono, 2010

2. Pemberian ASI

Inisiasi Menyusui Dini atau pemberian ASI sejak dini 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 menyusu 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. Rooming-In (Rawat Gabung) Perawatan bayi dan ibu bayi dapat terus bersama selama 24 jam dinamakan rawat gabung. Sejak dini harus dilakukan rawat gabung dengan baik. Rawat gabung harus dilakukan perawatan ibu dan bayi sejak hari pertama di rumah sakit harus dilakukan dalam satu tempat tidur atau satu ruangan. Jika tidak ada masalah medis, tidak ada alasan untuk memisahkan ibu dari bayinya, meskipun sesaat. Bahkan makin seringnya ibu melakukan kontak fisik langsung dengan bayi akan membantu menstimulasi hormon prolaktin dalam memproduksi ASI.

Karena itu pada tahun 2005, American Academy of Pediatrics (AAP) mengeluarkan kebijakan agar ibu dapat terus bersama bayinya di ruangan yang sama dan mendorong ibu untuk segera menyusui bayinya kapanpun sang bayi menginginkannya. Semua kondisi tsb akan membantu kelancaran dari produksi ASI. Memisahkan bayi dari ibunya sebelum hal tersebut dilakukan akan membuat bayi kehilangan kesempatan besar. Bayi akan mengantuk dan kehilangan minatnya utk menyusu pada ibunya. Akibatnya proses inisiasi menyusu dini mengalami hambatan. Oleh karena itu, pastikan bahwa bayi mendapatkan kesempatan utk melakukan proses

menyusu dini paling tidak satu jam pertama setelah ia lahir. Hal ini akan menunjang proses keberhasilan pemberian ASI di kemudian hari.

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

4. Imunisasi

Setelah bayi lahir, tubuh bayi belum daya tahan yang cukup untuk menangkal berbagai penyakit, selain antibody 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 dirumah sakit setelah lahir:

a) Hepatitis B

Mencegah penyakit hepatitis B yang menyerang hati (liver) berakir menjadi sirosis (hati menciut) dan kanker hati.

Segera setelah lahir, diupayakan dalam 12 jam pertama diberikan minimal 3 kali dalam rentang 6 bulan disuntikan dipaha diberikan tanpa men=mandang status ibu.

b) Polio

Mencegah terkena polio yang menyebabkan anak lumpuh.

Menjelang pulang ditetaskan ke mulut diberikan 3 kali dalam selang waktu 6-8 minggu. Penyakit ini sangat menular dan tidak ada obatnya.

c) BCG

Mencegah penyakit TB (tuberculosis), menjelang pulang disuntikan dilengan atas. Umumnya menyerang paru-paru tapi pada anak-anak, penyakit ini dapat menjalar misalnya ke otak, kelenjar, dan tulang, dan menimbulkan komplikasi

(Sarwono, 2010).

2.1.5 Keluarga Berencana

A. Definisi Keluarga Berencana

Beberapa istilah yang dipergunakan kadang kala dapat membingungkan, terutama bagi masyarakat awam. Berikut ini dikemukakan pengertian beberapa istilah.

Kontrasepsi atau antikonsepsi (*conception control*) adalah cara, alat, atau obat-obatan untuk mencegah terjadinya konsepsi.

Keluarga berencana (*family planning, planned parenthood*) adalah suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan memakai kontrasepsi (Kumalasari, 2015).

Menurut cara pelaksanaannya, kontrasepsi dibagi dua yaitu:

1. Cara temporer (*spacing*)

Yaitu menjarangkan kelahiran selama beberapa tahun sebelum hamil lagi.

2. Cara permanen (kontrasepsi mantap)

Yaitu mengakhiri keuburan dengan cara mencegah kehamilan secara permanen, pada wanita disebut sterilisasi dan pada pria disebut vasektomi.

B. Syarat

Kontrasepsi hendaknya memenuhi syarat-syarat sebagai berikut.

1. Aman pemakaiannya dan dapat dipercaya.
2. Tidak ada efek samping yang merugikan.
3. Lama kerjanya dapat diatur menurut keinginan.

4. Tidak mengganggu hubungan persutubuhan
5. Tidak memerlukan bantuan medik atau kontrol yang ketat selama pemakaiannya.
6. Cara penggunaannya sederhana.
7. Harganya murah supaya dapat dijangkau masyarakat luas.
8. Dapat diterima oleh pasangan suami istri (Affandi, 2012).

C. Jenis- Jenis Kontrasepsi

1. Kontrasepsi Alami

a) Metode Amenore Laktasi

1) Pengertian

MAL adalah kontrasepsi yang mengadakan ASI secara eksklusif, artinya bayi hanya diberikan ASI saja tanpa makanan tambahan atau minuman lainnya. MAL mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif untuk menekan ovulasi. MAL dapat digunakan sebagai kontrasepsi bila: Menyusui secara penuh (*full breast feeding*), lebih efektifitas jika pemberian kurang lebih 8 kali sehari, Belum haidumur bayi kuning dari 6 bulan (Affandi, 2012).

2) Efektifitasnya

Risiko kehamilan tinggi jika ibu tidak menyusui bayinya secara benar, resiko kehamilan kurang dari 1 diantara 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 efektifitas MAL optimal:

- (a) Ibu harus menyusui bayinya secara penuh atau hampir penuh (bayi hanya sesekali diberi 1-2 tegak air atau minuman atau upacara adat atau agama)
- (b) Perdarahan sebelum 56 hari pasca persalinan bisa diabaikan (belum dianggap haid)
- (c) Bayi menghisap payudara secara langsung
- (d) Menyusui dimulai dari setengah sampai satu jam setelah bayi lahir
- (e) Kolostrum diberikan pada bayi
- (f) Pola menyusui on demand (menyusui setiap saat bayi membutuhkan) dan dari kedua payudara.
- (g) Menyusui sesring mungkin selama 24 jam termasuk malam hari
- (h) Hindari jarak antara menyusui lebih dari 4 jam

Untuk mendukung keberhasilan kontrasepsi MAL maka ibu harus mengetahui cara menyusui yang benar meliputi posisi, perlekatan dn menyusui secara efektif (Affandi, 2013).

(1) Posisi bayi yang benar

- a. Kepala, leher, serta tubuh bayi dalam satu garis lurus
- b. Badan bayi menghadap kearah dada ibu
- c. Badan bayi melekatke ibu
- d. Seluruh badan bayi tersangga dengan baik, tidak hanya leher dan bahu saja

(2) Tanda bayi melekat dengan baik

- a. Dagu bayi menempel pada payudara ibu
- b. Mulut bayi terbuka lebar
- c. Bibir bawah membuka lebar, lidah terlihat didalamnya
- d. Areola juga masuk kemulut bayi, tidak hanya outing susu. Areola bagian atas lebih tampak lebih banyak.

(3) Tanda bayi menghisaf dengan efektif

- a. Menghisap secara mendalam dan teratur
- b. Kadang diselingi istirahat
- c. Hanya terdengar suara menelan
- d. Tidak terdengar suara mengecap

(4) Setelah selesai

- a. Bayi melepaskan payudara secara spontan
- b. Bayi tampak tenang dan mengantuk



c. Bayi tampak tidak berminat lagi pada ASI

(5) Tanda bayi mendapat ASI cukup

a. Bayi buang air kecil sebanyak 6x24 jam

b. Buang air besar bayu berwarna kekuningan

c. Bayi tampak puas setelah minum ASI

d. Tidak terdapat aturan ketat mengenai frekuensi bayi menyusui biasanya sebanyak 10-12 kali sehari

e. Payudara kosong setelah menyusui

f. Berat badan bayi bertambah (Affandi, 2012).

b) Senggama Terputus (*coitus interruptus*)

1) Cara kerjanya

Penarikan penis dari vagina sebelum terjadi ejakulasi. Dengan demikian, semen (air mani) sengaja ditumpahkan diluar liang senggama untuk mencegah sel mani memasuki daerah fertilitasi. Cara tersebut didasarkan pada kenyataan bahwa refleks ejakulasi datangnya dapat disadari oleh sebagian besar pria.

2) Efektifitas

Angka kegagalan (kehamilan) tinggi, yaitu antara 18-38. Sebab kegagalan antara lain adalah:

(a) Adanya pengeluaran cairan pra-ejakulasi (*pre-ejaculatory fluid*) yang mengandung sel mani sebelum penis ditarik keluar, apalagi pada koitus yang berulang.

(b) Terlambat mengeluarkan penis dari liang senggama.

3) Efek samping

Dikatakan dapat menyebabkan penyakit ginekologik, neurologis, kejiwaan, seperti neuratoni, keluhan prostat (Affandi, 2012).

2. Kontrasepsi Hormonal

a) Mini Pil (Kontrasepsi Pil Progestin)

1) Profil :

(1) Cocok untuk perempuan menyusui yang ingin memakai pil KB

(2) Sangat efektif pada masa laktasi

(3) Dosis rendah

(4) Tidak menurunkan produksi ASI

(5) Tidak memberikan efek samping estrogen

(6) Efek samping utama adalah gangguan perdarahan bercak, atau perdarahan tidak teratur

(7) Dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat

2) Jenis minipil :

- (a) Kemasan dengan isi 35 pil : 300 mg levonogastrel atau 350 mg nerotindron
- (b) Kemasan dengan isi 28 pil : 75 mg desogastrel

3) Cara kerja minipil :

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

4) Efektivitas :

Sangat efektif (98,5%). Pada penggunaan minipil jangan sampai terlupa 1-2 tablet atau jangan sampai terjadi gangguan gastrointestinal (muntah, diare), karena akibatnya kemungkinan terjadi kehamilan sangat besar. Penggunaan obat-obatan mukolitik asetilsistein bersamaan dengan minipil perlu dihindari karena mukolitik jenis ini dapat meningkatkan penetrasi sperma sehingga kemampuan kontraseptif dari minipil dapat terganggu.

Agar didapatkan kehandalan yang tinggi, maka jangan sampai ada tablet yang lupa, tablet digunakan pada jam yang sama (malam hari) dan senggama sebaiknya dilakukan 3-20 jam setelah penggunaan pil.

5) Keuntungan kontrasepsi :

- (a) Sangat efektif bila digunakan secara benar
- (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

6) Keuntungan non kontasepsi :

- (a) Mengurangi nyeri haid dan jumlah darah haid
- (b) Menurunkan tingkat anemia
- (c) Mencegah kanker endometrium
- (d) Tidak meningkatkan pembekuan darah
- (e) Dapat diberikan pada endometriosis
- (f) Kurang meyebabkan peningkatan tekanan darah, nyeri kepala dan depresi
- (g) Dapat mengurangi keluhan pre menstruasi syndrome

(h) Sedikit sekali mengganggu metabolisme karbohidrat sehingga relatif aman diberikan pada perempuan pengidap kencing manis yang belum mengalami komplikasi .

7) Keterbatasan

(a) Hampir 30-60% mengalami gangguan haid (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 menjadi lebih besar.

(e) Payudara menjadi tegang, mual, pusing, dermatitis atau jerawat.

(f) Resiko kehamilan ektopik cukup tinggi (4 dari 100 kehamilan), tetapi resiko ini lebih rendah jika dibandingkan dengan perempuan yang tidak menggunakan minipil.

(g) Efektifitasnya menjadi rendah bila digunakan bersamaan dengan obat tuberkulosis atau obat epilepsi.

(h) Tidak melindungi diri dari infeksi menular seksual atau HIV/AIDS

(i) Hisutisme tetapi sangat jarang terjadi

8) Yang boleh menggunakan minipil :

(a) Usia reproduksi

(b) Telah memiliki anak, atau yang belum memiliki anak

(c) Menginginkan suatu metode kontrasepsi yang sangat efektif selama periode menyusui

(d) Pasca persalinan dan tidak menyusui

(e) Pasca keguguran

(f) Mempunyai tekanan darah tinggi

9) Yang tidak boleh menggunakan minipil :

(a) Hamil atau diduga hamil

(b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya

(c) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid

(d) Menggunakan obat tuberkulosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsi (fenitoin atau barbiturat)

(e) Kanker payudara atau riwayat kanker payudara

(f) Sering lupa menggunakan pil

(g) Miom uterus. Progestin memicu pertumbuhan miom uterus

(h) Riwayat stroke. Progestin menyebabkan spasme pembuluh darah

10) Waktu mulai menggunakan minipil :

- (a) Mulai hari 1 - hari ke-5 siklus haid. Tidak diperlukan pencegahan dengan kontrasepsi lain.
- (b) Dapat digunakan setiap saat, asal saja tidak terjadi kehamilan. Bila menggunakannya setelah hari ke-5 siklus haid, jangan melakukan hubungan seksual selama 2 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 2 hari saja.
- (c) Bila klien tidak haid, minipil dapat digunakan setiap saat, asal saja diyakini tidak hamil. Jangan melakukan hubungan seksual selama 2 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 2 hari saja.
- (d) Bila menyusui antara 6 minggu dan 6 bulan pascapersalinan dan tidak haid, minipil dapat dimulai setiap saat. Bila menyusui menyusui penuh, tidak memerlukan metode kontrasepsi tambahan.
- (e) Bila lebih dari 6 minggu pasca persalinan dan klien telah mendapat haid, minipil dapat di mulai pada hari 1-5 siklus haid.
- (f) Minipil dapat diberikan segera pasca keguguran.

(g) Bila klien sebelumnya menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin menggantinya dengan minipil, minipil dapat segera diberikan, bila saja kontrasepsi sebelumnya digunakan dengan benar atau ibu tersebut sedang tidak hamil. Tidak perlu menunggu sampai datangnya haid berikutnya.

(h) Bila kontrasepsi yang sebelumnya adalah kontrasepsi suntikan, minipil diberikan pada jadwal suntikan yang berikutnya. Tidak diperlukan penggunaan metode kontrasepsi yang lain.

(i) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi non hormonal dan ibu tersebut ingin menggantinya dengan minipil, minipil diberikan pada hari 1-5 siklus haid dan tidak memerlukan metode kontrasepsi lainnya.

(j) Bila kontrasepsi sebelumnya yang digunakan adalah AKDR (termasuk AKDR yang mengandung hormon) minipil dapat diberikan pada hari 1-5 siklus haid dilakukan pengangkatan

AKDR (Sukarni, 2013).

b) KB suntik

1) Pengertian KB Suntik

Menurut beberapa pendapat tentang pengertian KB suntik yaitu:

Keluarga berencana suntik merupakan metode yang diberikan melalui suntikan. Metode suntikan telah menjadi bagian gerakan keluarga berencana nasional serta peminatnya makin bertambah. Tingginya peminat suntikan oleh karena aman, sederhana, efektif, tidak menimbulkan gangguan dan dapat dipakai pasca persalinan (Anwar, 2011).

Keluarga berencana suntik merupakan metode kontrasepsi efektif yaitu metode yang dalam penggunaannya mempunyai efektifitas atau tingkat keberlangsungan pemakaian lebih tinggi serta angka kegagalan relative lebih rendah bila dibandingkan dengan alat kontrasepsi sederhana (BKKBN, 2010).

(1) Klasifikasi KB Suntik

1) KB Suntik Kombinasi

Jenis suntik kombinasi adalah 25 mg Depo Medroksiprogesteron Asetat dan 5 mg Estradiol Sipiostat yang diberikan injeksi I.M sebulan sekali,

dan 50 mg Estradiol Valerat yang diberikan injeksi I.M sebulan sekali.

2) KB suntik Progestin

Depo-provera ialah 6-alfa-medroksiprogesteron yang digunakan untuk tujuan kontrasepsi parenteral, mempunyai efek progestagen yang kuat dan sangat efektif, obat ini termasuk obat depot. Noristerat juga termasuk dalam golongan ini.

Tersedia 2 jenis kontrasepsi suntika yang mengandung progestin, yaitu:

(a) Depo Medroksiprogesteron Asetat (Deprovera), mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik I.M

(b) Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat).

Yang mengandung 200 mg Noretisteron Enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik IM

(Affandi, 2012).

3) Cara Kerja KB Suntik

(a) Cara Kerja KB Suntik Kombinasi

(1) Menekan ovulasi

(2) Membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu

(3) Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu

(4) Menghambat transportasi gamet oleh tuba.

(b) Cara Kerja KB Suntik Progestin

(1) Mencegah ovulasi

(2) Mengentalkan lendir servik sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma.

(3) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi

(4) Menghambat transportasi gamet oleh tuba

(Anwar, 2011).

4) Keuntungan KB Suntik

(a) Keuntungan KB Suntik Kombinasi

(1) Resiko terhadap kesehatan kecil

(2) Tidak berpengaruh terhadap hubungan suami istri

(3) Tidak di perlukan pemeriksaan dalam

(4) Jangka panjang

(5) Efek samping sangat kecil

(6) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik

(b) Keuntungan KB Suntik Progestin

(1) Sangat efektif

(2) Pencegahan kehamilan jangka panjang

(3) Tidak berpengaruh terhadap hubungan suami-istri

(4) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, dan gangguan pembekuan darah

(5) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI

(6) Sedikit efek samping

(7) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik

(8) Dapat digunakan oleh perempuan usia > 35 tahun sampai perimenopause

(9) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik

(10) Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul

(11) Menurunkan krisis anemia bulan sabit (sickle cell).

5) Kerugian KB suntik

(a) Kerugian KB Suntik Kombinasi

(1) Perubahan pola haid ; tidak teratur, perdarahan bercak, perdarahan sela sampai 10 hari

- (2) Awal pemakaian : mual, pusing, nyeri payudara dan keluhan ini akan menghilang setelah suntikan kedua atau ketiga.
- (3) Ketergantungan klien pada pelayanan kesehatan. Klien harus kembali setiap 30 hari untuk mendapatkan suntikan.
- (4) Efektivitas turun jika interaksi dengan obat : epilepsy (fentoin, barbiturat) atau obat tuberkulosis (rifampisin).
- (5) Dapat terjadi efek samping yang serius: serangan jantung, stroke, bekuan darah pada paru-paru atau otak, dan kemungkinan timbulnya tumor hati.
- (6) Penambahan berat badan.
- (7) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B virus, atau infeksi virus HIV.
- (8) Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian.

(b) Kerugian KB Suntik Progestin

- (1) Sering ditemukan gangguan haid seperti:
- (2) Siklus haid yang memendek atau memanjang

- (3) Perdarahan yang banyak atau sedikit
- (4) Perdarahan teratur atau perdarahan bercak (spotting)
- (5) Tidak haid sama sekali
- (6) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikut
- (7) Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering
- (8) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B virus, atau infeksi virus HIV
- (9) Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian
- (10) Terlambatnya kembali kesuburan bukan karena terjadinya kerusakan/kelainan pada organ genitalia, melainkan karena belum habisnya pelepasan obat suntikan dari Deponya (Tempat suntikan)
- (11) Terjadi perubahan pada lipid serum pada penggunaan jangka panjang
- (12) Pada penggunaan jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang (densitas)

(13) Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, nervositas, jerawat) (Affandi, 2011).

6) Wanita Yang Diperbolehkan Menggunakan KB Suntik

(a) Wanita Yang Diperbolehkan Menggunakan KB Suntik Kombinasi

- (1) Usia reproduksi
- (2) Telah memiliki anak, ataupun yang belum memiliki anak
- (3) Ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektivitas tinggi
- (4) Menyusui ASI pasca persalinan > 6 bulan
- (5) Pasca persalinan dan tidak menyusui
- (6) Anemia
- (7) Haid teratur
- (8) Riwayat kehamilan ektopik
- (9) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi

(b) Wanita Yang Diperbolehkan Menggunakan KB Suntik Progestin

- (1) Usia reproduksi
- (2) nulipara dan yang telah memiliki anak

- (3) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi
- (4) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai
- (5) Setelah melahirkan dan menyusui
- (6) Setelah abortus atau keguguran
- (7) Telah bnyak anak tetapi belum menghendaki tubektomi
- (8) Tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah gangguan embekuan darah atau ane,ia bulan sabit
- (9) Menggunakan obat untuk epilepsy (fenitoin dan barbiturat) atau obat tuberkulosis (rifampisin).
- (10) Tidak dapat memakai kontrasepsi yang mengandung estrogen
- (11) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi
- (12) Anemia defisiensi besi
- (13) Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi.

7) Wanita Yang Tidak Diperbolehkan Menggunakan KB
Suntik

(a) Wanita Yang Tidak Diperbolehkan Menggunakan
KB Suntik Kombinasi

- (1) Hamil atau diduga hamil
- (2) Menyusui di bawah 6 minggu pasca persalinan
- (3) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
- (4) Penyakit hati akut (virus hepatitis)
- (5) Usia > 35 tahun yang merokok
- (6) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau dengan tekanan darah tinggi (>180/110 mmHg)
- (7) Riwayat kelainan tromboemboli atau dengan kencing manis > 20 tahun
- (8) Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migraine
- (9) Keganasan pada payudara

(b) Wanita Yang Tidak Diperbolehkan Menggunakan
KB Suntik Progestin

- (1) Hamil atau dicurigai hamil (risiko cacat pada janin 7 per 100.000 kelahiran)

- (2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
- (3) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenorea
- (4) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara
- (5) DM disertai komplikasi (Affandi, 2012).

8) Efek Samping Penggunaan KB Suntik

(a) Efek Samping Penggunaan KB Suntik Kombinasi

(1) Amenorea

Singkirkan kehamilan, jika hamil lakukan konseling, bila tidak hamil, sampaikan bahwa darah tidak terkumpul di rahim

(2) Mual / Pusing / Muntah

Pastikan tidak hamil, informasikan hal tersebut bisa terjadi, jika hamil lakukan konseling / rujuk

(3) Spotting

Jelaskan merupakan hal biasa tapi juga bisa berlanjut, jika berlanjut maka anjurkan ganti cara.

(b) Efek Samping Penggunaan KB suntik Progestin

(1) Amenorhea

a. Evaluasi untuk mengetahui apakah ada kehamilan, terutama jika terjadi amenorrhea setelah masa siklus haid yang teratur.

b. Yakinkan ibu bahwa hal itu adalah biasa, bukan merupakan efek samping yang serius.

c. Jika tidak ditemui masalah, jangan berupaya untuk merangsang perdarahan dengan kontrasepsi oral kombinasi

d. Perdarahan hebat atau tidak teratur

(2) Spotting yang berkepanjangan > 8 hari atau perdarahan sedang

a. Yakinkan dan pastikan

b. Periksa apakah ada masalah ginekologis (misal: servicitis)

c. Pengobatan jangka pendek (Kontrasepsi oral kombinasi (30-50 µg EE) selama 1 siklus 1, atau Ibuprofen (hingga 800 mg 3 kali sehari x 5 hari)

(3) Perdarahan yang dua kali atau dua kali lama perdarahan normal

- a. Tinjau riwayat perdarahan secara cermat dan periksa hemoglobin (jika ada)
- b. Periksa apakah ada masalah ginekologis
- c. Pengobatan jangka pendek (Kontrasepsi oral kombinasi (30-50 μ g EE) selama 1 siklus 1, atau Ibuprofen (hingga 800 mg 3 kali sehari x 5 hari)
- d. Jika perdarahn tidak berkurang dalam 3-5 hari, berikan: Dua pil kontrasepsi oral kombinasi per hari selama sisa siklusnya kemudian 1 pil per hari dari kemasan pil yang baru, atau Estrogen dosis tinggi (50 μ g EE COC, atau 1,25 mg yang disatukan dengan estrogen) selama 14-21 hari.
- e. Pertambahan atau pengurangan berat badan (perubahan nafsu makan).

9) Waktu Untuk Penggunaan KB Suntik

(a) Waktu Untuk Penggunaan KB Suntik Kombinasi

(1) Suntikan pertama dapat di berikan dalam waktu 7 hari siklus haid. Tidak di perlukan kontrasepsi tambahan.

(2) Bila suntikan pertama di berikan setelah hari ke 7 siklus haid, klien tidak boleh melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan kontrasepsi yang lain selama masa waktu 7 hari.

(3) Bila klien tidak haid, suntikan pertama dapat di berikan setiap saat, asal saja dapat di pastikan ibu tersebut tidak hamil. Klien tidak boleh melakukan hubungan seksual berikan 7 hari atau menggunakan kontrasepsi yang lain selama masa waktu 7 hari.

(4) Bila klien pascapersalinan 6 bulan, menyusui, serta belum haid, suntikan pertama dapat di berikan

(5) Bila persalinan > 6 bulan menyusui serta belum haid, maka suntikan pertama dapat di berikan pada siklus haid hari 1 dan 7.

(6) Bila pascapersalinan > 6 bulan san menyusui, jangan di beri suntikan kombinasi.

(7) Bila paacapersalinan 3 minggu, dan tidak menyusui, suntikan kombinasi, dapat di beri.

(8) Pasca keguguran, suntikan kombinasi dapat segera di berikan atau dalam waktu 7 hari.

(9) Ibu yang sedang menggunakan metode kontrasepsi hormonal yang lain dan ingin menggantinya dengan kontrasepsi hormonal kombinasi. Selama ibu tersebut menggunakan kontrasepsi sebelumnya secara benar, suntikan kombinasi dapat segera di berikan tanpa perlu menunggu haid. Bila ragu ragu, perlu di lakukan uji kehamilan terlebih dahulu.

(b) Waktu Penggunaan KB Suntik Progestin

(1) Setiap saat selama siklus haid, asal ibu tersebut tidak hamil

(2) Mulai hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid

(3) Pada ibu yang tidak haid, injeksi pertama dapat diberikan setiap saat (asal tidak hamil).

Selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.

10) Cara Penggunaan KB Suntik

(a) Cara penggunaan KB Suntik Kombinasi

- (1) Suntikan diberikan di IM setiap bulan
- (2) Suntikan diulang tiap 4 minggu
- (3) Suntikan ulang dapat diberikan 7 hari lebih awal dengan kemungkinan terjadi gangguan perdarahan.
- (4) Jika suntikan diberikan setelah hari ke 7 tidak dianjurkan hubungan 7 hari kemudian atau gunakan kontrasepsi lain.

(b) Cara penggunaan KB Suntik Progestin

- (1) Kontrasepsi suntikan DMPA diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuskuler dalam di daerah pantat. Apabila suntikan diberikan terlalu dangkal, penyerapan kontrasepsi suntikan akan lambat dan tidak bekerja segera dan efektif. Suntikan diberikan setiap 90hari. Pemberian kontrasepsi suntikan Noristerat untuk 3 injeksi berikutnya diberikan setiap 12 minggu.

(2) Bersihkan kulit yang akan disuntik dengan kapas alcohol yang dibasahi oleh etil/isopropyl alcohol 60-90%. Biarkan kulit kering sebelum disuntik. Setelah kulit kering baru disuntik.

(3) Kocok dengan baik, dan hindarkan terjadinya gelembung-gelembung udara. Kontrasepsi suntik tidak perlu didinginkan. Bila terdapat endapan putih pada dasar ampul, upayakan menghilangkan dengan dihangatkan.

11) Efektifitas penggunaan KB suntik

(a) Efektifitas penggunaan KB suntik kombinasi

Sangat efektif (0,1–0,4 kehamilan per 100 perempuan) selama tahun pertama penggunaan (Saifuddin,2006 MK-34)

(b) Efektifitas penggunaan KB suntik Progestin

Kedua kontrasepsi suntik tersebut memiliki efektivitas yang tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan-tahun, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadual yang telah ditentukan (Saifuddin, 2010).

c) Kontrasepsi Implan

1) Definisi

Kontrasepsi implan adalah batang silastik lembut untuk pencegah kehamilan yang pemakaiannya dilakukan dengan jalan pembedahan minor untuk insersi (pemasangan) dan pencabutan Kontrasepsi implan adalah alat kontrasepsi berbentuk kapsul silastik berisi hormon jenis progestin (progestin sintetik) yang dipasang dibawah kulit (Pinem, 2009).

2) Jenis- jenis Implan

(1) NORPLANT

Berisi 6 batang yang mengandung hormon levonorgestrel, Tiap kapsul : panjangnya 3,4 cm, diameter 2,4 mm,berisi 36 mg levonorgestrel yang efektif mencegah kehamilan selama 5 tahun (Saifudin, 2013).

(2) IMPLANON

Berisi 1 batang putih lentur mengandung 63 mg 3-keto-desogestren., Efektif mencegah kehamilan selama 3 tahun (Saifudin, 2013).

(3) INDOPLANT dan JADENA

Berisi 2 batang, mengandung 75 mg levonorgestrel, Efektif mencegah kehamilan selama 3 tahun (Kumalasari,2015).

3) Mekanisme kerja KB implant

(1) Mengentalkan lendir serviks

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

(2) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi

Levonorgestrel menyebabkan supresi terhadap maturasi siklik endometrium yang diinduksi estradiol, dan akhirnya menyebabkan atrofi. Perubahan ini dapat mencegah implantasi sekalipun terjadi fertilisasi; meskipun demikian, tidak ada bukti mengenai fertilisasi yang dapat dideteksi pada pengguna implant

(3) Mengurangi transportasi sperma

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

(4) Menekan ovulasi karena progesteron menghalangi pelepasan LH

Levonorgestrel menyebabkan supresi terhadap lonjakan luteinizing hormone (LH), baik pada hipotalamus maupun hipofisis, yang penting untuk ovulasi.

4) Indikasi dan kontra indikasi KB implant

(1) Indikasi

- (1) Usia reproduksi
- (2) Nulipara atau multipara
- (3) Menghendaki kontrasepsi dengan efektifitas tinggi
- (4) Tidak menginginkan anak lagi tapi menolak sterilisasi (Kumalasari, 2015).

(2) Kontra indikasi

- (1) Hamil atau diduga hamil
- (2) Perdarahan yang tidak diketahui penyebabnya
- (3) Kanker payudara atau riwayat kanker payudara

(4) Mioma uteri

(5) Gangguan toleransi glukosa (Saifudin, 2013).

5) Waktu mulai menggunakan implan

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

(2) Inseri dapat dilakukan setiap saat, dengan syarat diyakini tidak terjadi kehamilan . Apabila inseri setelah -7 hari siklus haid, klien dianjurkan untuk tidak melakukan hubungan seksual, atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk tujuh hari saja.

(3) Apabila klien tidak haid, inseri dapat dilakukan setiap saat, dengan syarat diyakini tidak terjadi kehamilan, klien dianjurkan tidak melakukan hubungan seksual atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk tujuh hari saja.

(4) Apabila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalinan, inseri dapat dilakukan setiap saat.

(5) Apabila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, inseri dapat dilakukan setiap saat, klien dianjurkan untuk tidak

melakukan hubungan seksual selama tujuh hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk tujuh hari.

(6) Apabila klien menggunakan kontrasepsi hormonal dan ingin menggantinya dengan implan, insersi dapat dilakukan setiap saat, dengan syarat diyakini klien tersebut tidak hamil, atau klien menggunakan kontrasepsi dengan benar.

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

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

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

kontrasepsi lain untuk tujuh hari saja. AKDR segera dicabut.

(10) Pasca keguguran, implan dapat segera di insersikan. (Sulistyawati, 2011).

6) Keuntungan dan kerugian KB implan

(a) Keuntungan

- (1) Daya guna tinggi
- (2) Perlindungan jangka panjang (sampai 5 tahun)
- (3) Pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan
- (4) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
- (5) Bebas dari pengaruh estrogen
- (6) Tidak mengganggu hubungan seksual
- (7) Tidak mengganggu produksi ASI
- (8) Dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan
- (9) Kontrol medis ringan\
- (10) Dapat dilayani didaerah pedesaan
- (11) Penyulit medis tidak terlalu tinggi
- (12) Biaya ringan (Manuaba, 2010).

(2) Kerugian

- (1) Menimbulkan gangguan menstruasi
- (2) Berat badan bertambah

- (3) Menimbulkan acne (jerawat), ketegangan pada payudara
- (4) Membutuhkan tindak pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan.
- (5) Klien tidak dapat menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi ini sesuai dengan keinginannya
- (6) Tidak memberikan perlindungan terhadap Infeksi Menular HIV/AIDS (Manuaba, 2010).

7) Cara pemasangan Implan

- (1) Pastikan klien mencuci dan membilas lengan atas hingga bersih. periksa kembali tidak ada sisa sabun karena dapat menurunkan efektivitas antiseptic tertentu.
- (2) Lapisi tempat penyangga lengan atau meja dengan kain bersih
- (3) Persilahkan klien berbaring dengan lengan atas telah disiapkan, ditempatkan di atas meja penyangga, lengan atas membentuk sudut 30° terhadap bahu dan sendir siku 90° untuk memudahkan petugas melakukan pemasangan

- (4) Tentukan tempat pemasanga yang optimal 8 cm (3 inci) di atas lipatan siku dan reka posisi kapsul dibawah kulit (subdermal)
- (5) Siapkan tempat peralatan dan bahan serta buka bungkus steril tanpa menyentuh peralatan yang ada didalamnya untuk implant-2 plus , kapsul sudah berada dibawah trokar.
- (6) Buka dengan hati-hati kemasan steril. Norplant dengan menarik kedua lapisan pembungkusnya dan jatuhkan seluruh kapsul ke dalam mangkuk steril. Untuk Implan-2 plus kapsul sudah berada ditrokar.
- (7) Lakukan anastesi lokal; intrakutan dan subdermal.
- (8) Pegang scalpel dengan sudut 45^0 , buat insisi dangkal hanya untuk sekedar menembus kulit.
- (9) Trokar harus dipegang dengan ujung yang tajam menghadap ke atas. Tanda 1 dekat dengan pangkal menunjukan batas masuknya trokar sebelum memasukan setiap kapsul. Tanda 2 dekat ujung menunjukan batas pencabutan trokar setelah memasang setiap kapsul.

(10) Dengan trokar dimana posisi angka (implant-2) dan panah (Implan-2 plus) menghadap ke atas masukan ujung trokar pada luka insisi dengan posisi 45^0 (saat memasukkan ujung trokar) kemudian turunkan menjadi 30^0 saat memasuki lapisan subdermal dan sejajar permukaan kulit saat mendorong hingga tanda 1 (3-5 mm dari pangkal trokar

(11) Untuk meletakkan kapsul tepat di bawah kulit, angkat trokar ke atas, sehingga kulit terangkat. Masukan trokar perlahan-lahan dan hati-hati ke arah tanda 1 dekat pangkal. Trokar harus selalu terlihat mengangkat kulit selama pemasangan. Masuknya trokar akan lancer bila berada tepat dibawah kulit.

(12) Saat trokar masuk sampai tanda 1, cabut pendorong dari trokar . untuk implant-2 plus, justru pendorong dimasukan (posisi panah disebelah atas) setelah tanda 1 tercapai dan diputar 180^0 searah jarum jam hingga terbebas dari tahanan karena ujung pendorong memasuki alur kapsul yang ada didalam saluran trokar.

(13)Masukan kapsul pertama kedalam trokar,
Gunakan pinset atau klem untuk mengambil kapsul dan memasukan ke dalam trokar. Lekatakan satu tangan dibawah kapsul untuk menangkap bila kapsul tersebut jatuh. Langkah ini tidak dilakukan pada implant-2 plus karena kapsul sudah didalam trokar.

(14)Dorong kapsul sampai seluruhnya masuk kedalam trokar dan masukan kembali pendorong.

(15)Gunakan pendorong untuk mendorong kapsul kearah ujung trokar sampai terasa ada tahanan (jika setengah bagian pendorong masuk kedalam trokar). Untuk implant -2 plus setelah pendorong masuk jalur kapsul maka dorong kapsul hingga terasa tahanan.

(16)Tahan pendorong ditempatnya kemudian tarik trokar dengan menggunakan ibu jari dan telunjuk mendekati pangkal pendorong sampai tanda 2 muncul diluka insisi dan pangkalnya menyentuh pegangan pendorong. Untuk implan-2 plus pangkal trokar tidak akan mencapai pangkal pendorong (tertahan ditengah) karena terhalang oleh ujung pendorong.

(17) Saat pangkal pendorong trokar menyentuh pegangan pendorong tanda 2 harus terlihat ditepi luka insisi dan kapsul saat itu kelua dari trokar tepat berada dibawah kulit. Raba ujung kapsul saat itu keluar dengan jari untuk memastikan kapsul sudah keluar seluruhnya dari trokar.

(18) Tanpa mengeluarkan seluruh trokar, putar ujung dari trokar kearah lateral kanan dan kembalikan lagi ke posisi semula untuk memastikan kapsul pertama bebas. Selanjutnya geser trokar sekitar 30° , mengikuti pola huruf V pada lengan (fiksasi kapsul pertama dengan jari telunjuk) dan masukan kembali trokar mengikuti alur V sampai tanda 1. Bila tanda 1 sudah tercapai, masukan kapsul berikutnya kedalam trokar dan lakukan langkah sebelumnya sampai seluruh kapsul terpasang. untuk implan-2 plus, kapsul kedua ditempatkan setelah trokar didorong kembali mengikuti kaki V sebelahnya hingga tanda 1, kemudian pendorong diputar 180° berlawanan dengan arah jarum jam hingga ujungnya mencapai pangkal kapsul kedua dan trokar ditarik kembali kearah pangkal pendorong.

(19) Pada pemasangan kapsul berikutnya, untuk mengurangi risiko infeksi atau ekspulsi, pastikan bahwa ujung kapsul yang terdekat kurang lebih 5 mm dari tepi luka insisi. juga pastikan jarak antara ujung setiap kapsul yang terdekat dengan tepi luka insisi (dasar huruf V) tidak lebih lebar dari kapsul 1

(20) Saat memasang kedua kapsul satu demi satu, jangan mencabut trokar dari luka insisi untuk mengurangi trauma jaringan, minimalisasi infeksi dan mempersingkat waktu pemasangan

(21) Sebelum mencabut trokar, raba kapsul untuk memastikan kedua kapsul telah terpasang .

(22) Pastikan ujung kedua kapsul harus cukup jauh dari luka insisi, harus dicabut dengan hati-hati dan dipasang kembali ditempat yang tepat.

(23) Setelah kedua kapsul terpasang dan posisi setiap kapsul sudah dipastikan tepat keluarkan trokar pelan-pelan. Tekan tempat insisi dengan jari menggunakan kasa selama 1 menit untuk menghentikan perdarahan. Bersihkan tempat pemasangan dengan kasa steril.

(24) Temukan tepi insisi dan gunakan *band aid* atau plester dengan masa steril untuk menutup luka insisi. luka insisi tidak perlu dijahit karena dapat menimbulkan jaringan parut.

(25) Periksa adanya perdarahan. Tutup daerah pemasangan dengan pembalut untuk hemostatis dan mengurangi memar (perdarahan subkutan).

(26) Sebelum melepas sarung tangan masukan alat-alat ke wadah yang berisi larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi. Dekontaminasi juga jarum dan alat suntik, pendorong dan trokar.

(27) Kain penutup (bila digunakan) harus dicuci sebelum dipakai lagi. Trus didalam container yang kering dan tertutup kemudian bawa ke tempat cucian

(28) Dengan masih memakai sarung tangan, buang bahan-bahan terkontaminasi (kasa, kapas, dan lain-lain) dalam container yang anti bocor dan diberi tanda, atau dalam kantong plastic.

(29) Bila menggunakan sarung tangan sekali pakai, celupkan sebentar sarung tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin, lepaskan sarung tangan secara terbalik kedalam

(30) larutan klorin, kemudian lepaskan sarung tangan secara terbalik dan masukan ke tempat sampah.

(31) Bila menggunakan sarung tangan pakai ulang, celupkan sebentar sarung tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin, lepaskan secara terbalik dan masukan ke dalam larutan klorin 0,5% (rendam selama 10 menit).

(32) Cuci tangan segera dengan sabun dan air.

(33) Buat catatan rekam medic pada tempat pemasangan kapsul dan kejadian tidak umum yang mungkin terjadi selama pemasangan (Gambarkan lokasi pemasangan kapsul pada lengan atas klien)

(34) Amati klien selama 15 sampai 20 menit untuk kemungkinan perdarahan dari luka insisi atau efek lain sebelum memulangkan klien. Beri petunjuk untuk perawatan luka insisi setelah pemasangan, kalau bisa diberikan secara tertulis.

8) Cara pelepasan Implan

(1) Persilahkan klien mencuci seluruh lengan dan tangan dengan sabun dan air yang mengalir, serta membilasnya hingga bersih.

- (2) Beri alas bersih di tempat tidur klien (dan penyangga lengan atau meja samping bila digunakan), dengan kain bersih yang kering.
- (3) Persilahkan klien berbaring dengan lengan atas yang ada kapsul implant-2 diletakan pada lengan penyangga atau meja samping.
- (4) Raba kedua kapsul untuk memastikan lokasinya. untuk menentukan tempat insisi
- (5) Pastikan posisi dari setiap kapsul dengan membuat tanda pada kedua ujung setiap kapsul dengan menggunakan spidol.
- (6) Siapkan tempat alat-alat dan buka bungkus steril tanpa menyentuh alat-alat didalamnya.
- (7) Cuci tangan dengan sabun dan air, keringkan dengan kain bersih.
- (8) Pakai sarung tangan steril atau DTT (ganti sarung tangan untuk setiap klien guna mencegah kontaminasi silang).
- (9) Atur alat dan bahan-bahan sehingga mudah dicapai.
- (10) Oleskan larutan antiseptik pada area kapsul dan sekitarnya. Oleskan dengan gerakan melingkar atas bawah 3-5 inci.

- (11) Fokuskan area pencabutan dengan kertas atau kain (*doek*) berlubang yang steril. Lubang harus cukup lebar untuk memaparkan lokasi kapsul. Beri alas steril pada lengan atas bagian bawah(dorsal)
- (12) Sekali lagi raba seluruh kapsul untuk menentukan lokasinya.
- (13) Lakukan anestesi intrakutan pada tempat insisi, kemudian deositkan 0,3 ml lautan anestesi sehingga timbul gelembung kecil pada kulit. Masukan jarum secara hati-hati ke subdermal di bawah ujung kapsul (1 cm), depositkan anestesi(kira-kira 0,5 ml) untuk mengangkat ujung kapsul.
- (14) Tentukan lokasi insisi yang mempunyai jawak sama dengan ujung bawah semua kapsul (dekat siku), kira-kira 5 mm dari ujung bawah kapsul. Bila jarak tersebut sama maka insisi dibuat pada tempat insisi waktu pemasangan. sebelum menentukan lokasinya, pastikan tidak ada ujung kapsul tempat insisi (untuk mencegah terpotongnya kapsul saat mekalukan insisi).
- (15) Pada lokasi yang sudah dipilih, buat insisi melintang (tranversal) yang kecil lebih kurang 4

mm dengan menggunakan skaipel. Jangan membuat insisi yang besar.

(16) Mulai dengan mencabut kapsul yang mudah diraba dari luar atau yang terdekat tempat insisi.

(17) Dorong ujung kapsul ke arah insisi dengan jari tangan sampai ujung kapsul tampak pada luka insisi.

(18) Saat ujung kapsul tampak pada luka insisi, masukan klem lengkung (*mosquito* atau *crile*) dengan lengkungan klem mengarah ke atas, kemudian jepit ujung kapsul dengan ujung klem tersebut.

(19) Membebaskan kapsul dari jaringan ikat yang melingkarinya, dapat dilakukan dengan jalan mengosok-gosokan kasa steril atau menorehkan belakang bisturi/scalpel pada ujung kapsul. Pastikan ujung kapsul bebas dari jaringan ikat sehingga dapat dijepit dengan pinset atau *pean*.

(20) Jepit ujung kapsul yang terbebas dari jaringan ikat menggunakan klem *pean* atau pinset anatomis sambil mendorongkat jepitan klem pertama pada batang kapsul.

(21) Jepit kapsul bebas jaringan ikat dengan klem kedua.

(22) melepaskan klem (pertama) penjepit kapsul.

(23) Pilih kapsul berikutnya yang tampak paling mudah dicabut. Gunakan teknik yang sama untuk mencabut kapsul berikutnya.

(24) Tunjukkan kedua kapsul tersebut pada klien. Hal ini sangat penting untuk meyakinkan klien (bila klien ingin meneruskan pemakaian implant-2)

METODE PENCABUTAN LAIN;

TEKNIK 'U' KLASIK

klem yang dipakai mencabut kapsul pada teknik 'U' merupakan modifikasi klem yang digunakan vasektomi tanpa pisau yang diameter ujung klem diperkecil dari 3,5 menjadi 2,2 mm

(25) tentukan lokasi insisi pada kulit diantara kapsul 1 dan 2 lebih kurang 3 mm dari ujung kapsul dekat siku

(26) identifikasi lokasi penjepitan batang kapsul disekitar 3 mm dari ujung kapsul (setelah ditampilkan dengan melakukan infiltrasi lidokain 1% pada bagian bawah ujung kapsul) dan lakukan insisi vertical pada kulit 3mm dari ujung kapsul.

- (27) jepit batang kapsul pada 3 mm dari ujung kapsul dengan menggunakan klem 'U' (klem fiksasi) dan pastikan jepitan ini mencakup seluruh lingkaran batang kapsul.
- (28) angkat klem 'U' untuk mempresentasikan ujung kapsul dengan baik, kemudian tusukan ujung klem diseksi pada jaringan ikat yang meliputi ujung kapsul .
- (29) sambil mempertahankan ujung kapsul dengan klem fiksasi, bersihkan jaringan ikat yang melingkupi ujung kapsul sehingga bagian tersebut dapat dibebaskan dan tambah dengan jelas.
- (30) dengan ujung tajam klem diseksi (mengarah ke atas), disisihkan selubung jaringan ikat sehingga ujung kapsul dapat dijepit dengan klem diseksi.
- (31) tarikan keluar ujung kapsul yang dijepit sehingga seluruh batang kapsul.
- (32) tarik keluar ujung kapsul yang dijepit sehingga seluruh batang kapsul dapat dikeluarkan. letakkan kapsul yang sudah dicabut pada mangkok.
- (33) lakukan langkah 26 dan 32 pada kapsul kedua.

- (34) rapatkan bekas diseksi pada kulit, kemudian tutup dengan kasa dan plester.
- (35) tutup plester (luka diseksi) dengan kasa gulung untuk menjaga kebersihan luka dan mencegah hematoma akibat perdarahan bawah kulit.
- (36) persilahkan klien untuk duduk dan turun dari Rajang, kemudian antar ke petugas untuk mendapatkan konseling dan asuhan mandiri pascapemasangan.

TEKNIK 'U' MODIFIKASI

- (37) tentukan lokasi insisi pada kulit di antara kapsul 1 dan 2 kurang 3 mm dari ujung kapsul dekat siku.
- (38) lakukan anestesi infiltrasi dengan lidokain 1% pada kulit dekat ujung kapsul dan depositkan sekitar 2-3 ml lidokain 1% pada sepertiga (distal) bawah batang kapsul.
- (39) buat insisi kecil (3mm) dengan arah sejajar garis lange (horizontal) pada kulit di ujung kapsul menggunakan ujung skapel.
- (40) dorong ujung cranial kapsul kearah luka insisi hingga ujung distalnya dapat ditampilkan kemudian jepit dengan klem 'U' dari sebelah bawah batang kapsul.

(41) bebaskan jaringan ikat yang melingkupi ujung kapsu dengan klem diseksi sehingga bagian tersebut dapat ditampilkan.

(42) gunakan ujung klem diseksi untuk menjepit kapsul yang sudah terbatas dari jaringan ikat sambil melonggarkan jepitan klem 'U' pada batang kapsul.

(43) tarik keluar ujung kapsul melalui luka insisi sehingga kapsul dapat dikeluarkan secara utuh. bila kapsul tidak bisa keluar dengan mudah, bersihkan kembali jaringan ikat yang mengelilinginya dengan menorehkan bagian belakang bisturi/skapel pada jaringan yang menahan ujung kapsul.

(44) letakkan kapsul yang sudah dicabut pada mangkok. ulangi lagi langkah-langkah sebelumnya untuk mencabut kapsul kedua.

pastikan kedua kapsul sudah dicabut. tunjukkan dua kapsul tersebut pada klien bahwa kapsul lama sudah dicabut dan akan dipasang kapsul apabila klien menginginkannya.

TEKNIK 'POP OUT'

untuk menggunakan teknik ini, raba tempat pencabutan secara hati-hati untuk menentukan dan menandai kapsul. selanjutnya cuci tangan dan pakai sarung tangan steril atau DTT. usap lengan dengan larutan antiseptic dan suntikkan obat anestesi local seperti yang telah diuraikan sebelumnya (pesiapan tindakan sebelum pencabutan).

(45) raba ujung-ujung kapsul di daerah dekat siku untuk memilih salah satu kapsul yang lokasinya terletak ditengah-tengah dan mempunyai jarak yang sama dengan ujung kapsul lainnya. dorong ujung bagian atas kapsul (dekat bahu klien) yang telah diilih tadi dengan menggunakan jari.

pada saat ujung bagian bawah kapsul (dekat siku) tampak jelas dibawah kulit, insisi kecil (2-3mm) di atas ujung kapsul dengan menggunakan scalpel.

lakukan penekanan dengan menggunakan ibu jari dan jari tangan lainnya pada bagian bawah kapsul untuk membuat ujung kapsul tersebut tepat berada di bawah tempat insisi

(46) masukkan ujung tajam sklpel ke dalam luka insisi sampai terasa menyentuh ujung kapsul . bila perlu, potong jaringan ikat yang mengelilingi ujung kapsul sambil tetap memegang kapsul dengan ibu jari dan jari telunjuk

(47) tekan jaringan ika yang sudah tepotong tadi dengan kedua ibu jari sehingga ujung bawah kapsul tampil keluar.

(48) tekan sedikit ujung cranial kapsul sehingga memuat (pop out) pada luka insisi dan dengan mudah dapat dipengang dan dicabut.

(49) setelah kapsul pertama berhasil dicabut, kapsul berikutnya akan muncul dengan menggunakan teknik yang sama.

PEMASANGAN SETELAH PENCABUTAN
IMPLAN

(50) bila klien ingin meneruskan memakai implant 2, maka satu set kapsul yang baru dapat segera setelah selesai pencabutan.

TINDAKAN SETELAH PENCABUTAN

Menutup luka insisi

(51) bila klien tidak ingin melanjutkan pemakaian implant 2, bersihkan tempat insisi dan sekitarnya dengan menggunakan kasa berantiseptik. rapatkan tepi luka insisi selama 10 menit sampai 15 detik, kemudian dilanjutkan dengan membalut luka insisi.

(52) tutup luka insisi dengan band-aid/ kasa steril dan plester. luka insisi tidak perlu dijahit. karena kemungkinan dapat menimbulkan jaringan parut. periksa kemungkinan adanya perdarahan. membuat sampah dan limbah

(53) sebelum melepaskan safung tangan masukkan perlatan pakai ujung kedalam larutan klorin 0,5%. rendam selama 10 menit kemudian segera bilas dengan air bersih untuk mencegah terjadinya karat pada alat-alat logam.

(54) bila menggunakan kain penutup harus dicuci digunakan kembali masukkan kain penutup kedalam container yang berpenutup adah anti bocor

(55) bila menggunakan sarung tangan sekali pakai, sebelum melepaskan sarung tangan, celupkan tangan kedalam larutan klorin, lepaskan sarung tangan secara terbalik dan buang ke tempat sampah.

(56) bila menggunakan sarung tangan pakai ulang, sebelum melepaskan tangan ke dalam larutan klorin, lepaskan sarung tangan secara terbalik, dan masukkan kedalam larutan klorin 0,5 selama 10 menit.

(57) cuci tangan dengan sabun

(58) semua sampah yang dibuang harus dibakar atau ditanam.

c) Kontrasepsi Non Hormonal

1) Kondom

(a) Definisi

Kondom merupakan selubung atau sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya karet, plastic, atau bahan alami yang dipasang pada penis saat hubungan seksual. Kondom terbuat dari karet sintesis 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 0,03 mm (Sukarni, 2013). Tipe kondom terdiri dari:

- (1) Kondom biasa
- (2) Kondom berkontur/ bergerigi
- (3) Kondom beraroma
- (4) Kondom tidak beraroma

(b) Mekanisme penggunaan kondom

Menghalangi pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma diujung selubang karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tidak tercurahkedalam saluran reproduksi wanita. Dapat mencegah penularan mikroorganisme (IMS).

(c) Manfaat kontrasepsi

- (1) Efektif bila digunakan secara benar
- (2) Kesehatan klien tidak terganggu
- (3) Tidak mempengaruhi pengaruh sistemik
- (4) Murah dan bisa dibeli secara umum
- (5) Tidak memerlukan resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus

(6) Metode kontrasepsi sementara bila lainnya.

(d) Keterbatasan

- (1) Efektif tidak terlalu tinggi

- (2) Cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi
- (3) Sedikit mengganggu hubungan seksual (mengurangi sentuhan langsung)
- (4) Harus selalu sedia setiap hubungan seksual
- (5) Beberapa klien malu untuk membeli ditempat umum (Affandi, 2011).

2) Kontrasepsi AKDR\

(a) Pengertian

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

(b) Jenis-jenis AKDR

Menurut Handayani 2010 jenis AKDR dibagi menjadi 2 bagian yaitu:

(1) AKDR Non-Hormonal

Pada saat ini AKDR telah memasuki generasi ke-4, karena itu berpuluh-puluh macam AKDR telah dikembangkan. Mulai dari generasi pertama yang terbuat dari benang sutra dan logam sampai generasi plastic baik yang ditambah obat maupun

tidak. Menurut bentuknya AKDR dibagi menjadi 2 :

- a. Bentuk terbuka (oven device): Misalnya : LippesLoop, CUT, Cu-7, Marguiles, Spring Coil, Multiload, Nova-T.
- b. Bentuk tertutup (closed device): Misalnya : Ota-Ring, Atigon dan Graten Berg Ring.

Menurut tambahan atau metal

- a. Copper-T

AKDR berbentuk T, terbuat dari bahan polyethelen di mana pada bagian vertikalnya diberi lilitan kawat tembaga halus. Lilitan kawat tembaga halus ini mempunyai efek antifertilisasi (anti pembuahan) yang cukup baik.

- b. Copper-7

AKDR ini berbentuk angka 7 dengan maksud untuk memudahkan pemasangan. Jenis ini mempunyai ukuran diameter batang vertikal 32 mm dan ditambahkan gulungan kawat tembaga (Cu) yang mempunyai luas permukaan 200 mm²,

fungsinya sama seperti halnya lilitan tembaga halus pada jenis Coper-T.

c. Multi Load

AKDR ini terbuat dari dari plastik (polyethelene) dengan dua tangan kiri dan kanan berbentuk sayap yang fleksibel.

Panjangnya dari ujung atas ke bawah 3,6 cm. Batangnya diberi gulungan kawat tembaga dengan luas permukaan 250 mm² atau 375 mm² untuk menambah efektivitas.

Ada 3 ukuran multi load, yaitu standar, small (kecil), dan mini.

d. Lippes Loop

AKDR ini terbuat dari bahan polyethelene, bentuknya seperti spiral atau huruf S bersambung. Untuk meudahkan kontrol, dipasang benang pada ekornya. Lippes

Loop terdiri dari 4 jenis yang berbeda menurut ukuran panjang bagian atasnya.

Tipe A berukuran 25 mm (benang biru), tipe B 27,5 mm 9 (benang hitam), tipe C berukuran 30 mm (benang kuning), dan 30 mm (tebal, benang putih) untuk tipe D.

Lippes Loop mempunyai angka kegagalan yang rendah. Keuntungan lain dari spiral jenis ini ialah bila terjadi perforasi jarang menyebabkan luka atau penyumbatan usus, sebab terbuat dari bahan plastic (Erfandi, 2008).

(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 insersinya berbentuk lengkung, Daya kerja : 18 bulan, Teknik insersi : plunging (modified withdrawal).

b. LNG-20

Mengandung 46-60 mg Levonorgestrel, dengan pelepasan 20 mcg per hari, sedang ditelit di Firlandia, angka kegagalan / kehamilan angka terendah : <0,5 per 100 wanita per tahun, penghentian pemakaian oleh karena persoalan-persoalan

perdarahan ternyata lebih tinggi dibandingkan IUD lainnya, karena 25% mengalami amenore atau pendarahan haid yang sangat sedikit.

(c) Cara kerja dari alat kontrasepsi IUD/AKDR

(1) Menghambat kemampuan sperma masuk ke tuba fallopi.

(2) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri.

(3) IUD bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu.

(4) IUD membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi. Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus. (Sarwono, 2007).

(d) Indikasi

(1) Usia reproduktif

(2) Keadaan nulipara

(3) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang

(4) Menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi

- (5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui bayinya
 - (6) Setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi Resiko rendah dari IMS
 - (7) Tidak menghendaki metode hormonal
 - (8) Tidak menyukai untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari
 - (9) Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari senggama.
 - (10) Pasca keguguran atau kegagalan kehamilan apabila tidak terlihat adanya infeksi
 - (11) Sedang memakai antibiotika atau antikejut
 - (12) Gemuk ataupun kurus
 - (13) Perokok.
- (e) Kontraindikasi
- (1) Kehamilan.
 - (2) Penyakit kelamin (gonorrhoe, sipilis, AIDS, dsb).
 - (3) Perdarahan dari kemaluan yang tidak diketahui penyebabnya.
 - (4) Tumor jinak atau ganas dalam rahim.
 - (5) Kelainan bawaan rahim.
 - (6) Penyakit gula (diabetes militus).

- (7) Penyakit kurang darah.
- (8) Belum pernah melahirkan.
- (9) Adanya perkiraan hamil.
- (10) Kelainan alat kandungan bagian dalam seperti:

perdarahan yang tidak normal dari alat kemaluan, perdarahan di leher rahim, dan kanker rahim

- (11) Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm.

(f) Keuntungan

- (1) sebagai kontrasepsi, efektifitasnya tinggi.
- (2) IUD (AKDR) dapat efektif segera 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) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil
- (7) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (CuT-380A)
- (8) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI

(9) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi).

j. Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun lebih setelah haid terakhir)

(10) Tidak ada interaksi dengan obat-obat

(11) Membantu mencegah kehamilan ektopik.

(g) Kerugian

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

(2) Haid lebih lama dan banya

(3) Perdarahan (spotting) antara menstruasi,

(4) Saat haid lebih sakit (Handayani, 2010).

(h) Cara pemasangan AKDR

Konseling Awal

(1) Sapa klien

(2) Beri informasi umum KB

(3) Informasi mengenai KB

(4) Jelaskan apa yang diperoleh

Konseling Metode Khusus

(5) Jamin kerahasiaan klien

(6) Kumpulan data klien

(7) Tanya tujuan KB

(8) Tanya agama

(9) Kebutuhan dan Kekhawatiran

(10) Bantu klien memilih KB

(11) Jelaskan efek samping IUD

Konseling Pra Pemasangan dan Konseling

(12) Solusi klien anamnesa

(13) Melakukan pemeriksaan fisik dan panggul

Pemeriksaan Perut – Inspekulo – Bimanual

(14) BAK – Cuci Kemaluan

(15) Pakai pelindung – Cuci Tangan

(16) Bantu klien naik tempat tidur

(17) Palpasi perut

(18) Kenakan penutup

(19) Atur cahaya lampu

(20) Pakai sarung tangan

(21) Atur alat

(22) Inspeksi Alat Genitalia Eksterna

(23) Palpasi Klenjar skene bartholini

(24) Pasang speculum

(25) Inspekuloid

(26) Keluarkan speculum

(27) Periksa bimanual

(28) Periksa vagina

(29) Celup sarung tangan

Tindakan Pra Pemasangan

(30) Jelaskan proses pemasangan

(31) Masukkan lengan IUD

Tindakan Pemasangan

(32) Pakai sarung tangan

(33) Pasang speculum

(34) Usap serviks vagina

(35) Jepit serviks

(36) Masukkan sonde

(37) Ukur uterus keluarkan sonde

(38) Ukur sonde dikemas IUD

(39) Keluarkan IUD dari kemasan

(40) Masukkan IUD posisi horizontal (Tarik
Lembut Tanukulum)

(41) Tahan / pegang tenakulum

(42) Lakukan "WITHDRAWEL"

(43) Keluarkan pendorong, dorong tabung ke partio
sampai batang biru

(44) Keluarkan tabung dan buang ke tempat
sampah

(45) Keluarkan tabung 3-4 cm, gunting benang

(46) Lepas tenakulum

(47) Tekan partio 30-60°

(48) Keluarkan speculum, pasien istirahat 15 menit

Tindakan pasca pemasangan

(49) Rendam alat dekontaminasi

(50) Buang bahan / sampah

(51) Celup sarung tangan

(52) Cuci tangan

(53) Lepas pelindung

(54) Ajari klien

Konseling pasca pemasangan

(55) Ada efek samping- control

(56) Kapan harus control

(57) IUD dalam 5-8 tahun

(58) Boleh control setiap ada keluhan

(59) Minta klien untuk ulangi penjelasan

(60) Dokumentasi

(i) Cara pencabutan AKDR/IUD

Tindakan Pra Pencabutan

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

- (2) Bantu klien ke meja pemeriksaan.
- (3) Cuci tangan dengan air sabun, keringkan dengan air bersih.
- (4) Pakai sarung tangan baru yang telah di DTT.
- (5) Atur peralatan dan bahan-bahan yang akan dipakai dalam wadah steril atau DTT.

Tindakan Pencabutan

- (1) Lakukan pemeriksaan bimanual
- (2) Pastikan gerakan serviks bebas
- (3) Tentukan besar dan posisi uterus
- (4) Pastikan tidak ada infeksi atau tumor pada adneska.
- (5) Pasang speculum vagina untuk melihat serviks.
- (6) Usap vagina dan serviks dengan larutan antiseptik 2 sampai 3 kali.
- (7) Jepit benang yang dekat dengan klem.
- (8) Tarik keluar benang dengan mantap tetapi hati-hati untuk mengeluarkan AKDR.
- (9) Tunjukkan AKDR tersebut tersebut pada klien, kemudian rendam dalam larutan klorin 0,5%.
- (10) Keluarkan speculum dengan hati-hati.

Tindakan Pasca Pencabutan

- (1) Rendam semua peralatan yang sudah dipakai dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit untuk dekontaminasi.
 - (2) Buang bahan-bahan yang sudah tidak terpakai lagi (kas, sarung tangan sekali pakai) ke tempat yang sudah disediakan.
 - (3) Celupkan kedua tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, kemudian lepaskan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin tersebut.
 - (4) Cuci tangan dengan air dan sabun.
 - (5) Amati selama 5 menit sebelum memperbolehkan klien pulang.
 - (6) Diskusikan apa yang harus dilakukan bila klien mengalami masalah (seperti perdarahan yang lama atau rasa nyeri pada perut / panggul).
 - (7) Buat rekam medik tentang pencabutan AKDR
- (Tahir, dkk. 2015).

d) Kontrasepsi Mantap

1) Tubektomi

(a) Pengertian

Tubektomi atau ligasi tuba adalah operasi yang memotong dan menutup tuba falopi sehingga menghalangi sperma masuk ke tuba falopi dan membuat sel telur tidak dapat masuk ke dalam rahim. Metode kontrasepsi ini bersifat permanen dan dapat dilakukan kapan saja setelah persalinan normal ataupun sesar.

(b) Efektifitas tubektomi

(1) Kurang dari 1 kehamilan per 100 (5 per 100) perempuan pada tahun pertama gangguan.

(2) Ada 10 tahun penggunaan, terjadi sekitar 2 kehamilan per 100 perempuan (18-19 per 1000 perempuan).

(3) Efektifitas kontraseptif terkait dengan tubektomi (penghambatan atau oklusi tuba) tetapi secara keseluruhan, efektifitas tubektomi cukup tinggi dibandingkan tubektomi minilaparotomi pascapersalinan (Affandi, 2012).

Jarang sekali efek samping ditemukan, 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 dalam anestesi. Penggunaan anestesi local sangat efektif mengurangi resiko yang terkait dengan tindakan anestesi umum (Affandi, 2012).

(c) Indikasi

- (1) Ibu yang berusia lebih dari 26 tahun
- (2) Sudah melahirkan lebih dari 2 anak
- (3) Yakin telah mempunyai besar keluarga sesuai dengan kehendaknya
- (4) Bila hamil lagi akan menimbulkan risiko kesehatan yang serius
- (5) Hubungan suami istri harmonis
- (6) Paham dan secara sukarela setuju dengan prosedur ini.

(d) Kontraindikasi

- (1) Hamil (sudah terdeteksi atau dicurigai).

- (2) Perdarahan vaginal yang belum diketahui penyebabnya (hingga harus dievaluasi).
- (3) Infeksi sistemik atau panggul yang akut (hingga masalah itu disembuhkan atau dikontrol).
- (4) Tidak boleh menjalani proses pembedahan
- (5) Kurang pasti mengenai keinginannya untuk fertilitas masa depan

(e) Manfaat tubektomi

- (1) Sangat efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan)
- (2) Tidak mempengaruhi proses menyusui
- (3) Tidak bergantung pada faktor senggama
- (4) Baik bagi klien apabila kehamilan akan menjadi resiko kesehatan yang serius
- (5) Pembedahan sederhana, bida dilakukan dengan anastesi local
- (6) Tidak ada efek samping dalam jangka panjang
- (7) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual (tidak ada efek pada produksi hormon ovarium)

(Affandi, 2012).

(f) Keterbatasan tubektomi

- (1) Tidak dapat dipulihkan kembali kecuali dengan operasi rekanalisasi

- (2) Klien dapat menyesal dikemudian hari
- (3) Resiko komplikasi kecil
- (4) Rasa sakit atau ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan
- (5) Dilakukan oleh dokterer terlatih
- (6) Tidak melindungi dari IMS, termasuk BBV dan HIV/AIDS.

2) Vasektomi

(a) Pengertian

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

(b) Cara kerja

Saluran vas deferens yang berfungsi mengangkut sperma dipotong dan diikat, sehingga aliran sperma dihambat tanpa mempengaruhi jumlah cairan semen. Jumlah sperma hanya 5% dari 22 cairan ejakulasi. Cairan semen diproduksi dalam vesika seminalis dan prostat sehingga tidak akan terganggu oleh vasektomi.

(c) Indikasi

- (1) Pasangan yang sangat yakin bahwa keluarga mereka sudah lengkap.
- (2) Apabila salah satu dari pasangan memiliki resiko penyakit yang dapat diturunkan.
- (3) Apabila salah satu dari pasangan mengidap sakit kronik yang menjadi kontra indikasi untuk hamil (bagi perempuan) atau akan memengaruhi kemampuan pasangan untuk membesarkan anak

(d) Kontraindikasi

- (1) Infeksi kulit lokal, misalnya scabies.
- (2) Infeksi traktus genitalis.
- (3) Kelainan skrotum dan sekitarnya : Varicocele, Hydrocele besar, Filariasis, Hernia Inguinalis, luka parut bekas operasi hernia, skrotum yang sangat tebal.
- (4) Penyakit sistemik : penyakit-penyakit perdarahan, diabetes mellitus, penyakit jantung koroner yang baru.
- (5) Riwayat perkawinan, psikologi atau seksual yang tidak stabil (Handayani, 2010)
- (6) Apabila pasangan tidak yakin benar bahwa mereka tidak menginginkan anak lagi

(e) Keuntungan

- (1) Angka keberhasilan amat tinggi (99%), angka kegagalan 0-2.2%, umumnya <1%.
- (2) Kegagalan kontap-pria umumnya disebabkan oleh :

- a. Senggama yang tidak terlindungi sebelum semen/ejakulat bebas sama sekali dari spermatozoa.
- b. Rekanalisasi spontan dari vas deferens, umumnya terjadi setelah pembentukan granuloma spermatozoa.
- c. Pematangan dan oklusi struktur jaringan lain selama operasi.
- d. Jarang : duplikasi congenital dari vas deferens (terdapat >1 vas deferens pada satu sisi). (Handayani, 2010).

(f) Vasektomi dianggap gagal bila :

- (1) Pada analisis sperma setelah 3 bulan pasca-vasektomi atau setelah 10-12 kali ejakulasi masih dijumpai spermatozoa.
- (2) Dijumpai spermatozoa setelah sebelumnya azoosperma.
- (3) Istri hamil (Handayani, 2010)

(g) Keuntungan

- (1) Efektif, kemungkinan gagal tidak ada karena dapat di cek kepastian di laboratorium.
- (2) Aman, morbiditas rendah dan tidak ada mortalitas.
- (3) Cepat, hanya memerlukan 5-10 menit dan pasien tidak perlu dirawat di RS.
- (4) Menyenangkan bagi akseptor karena memerlukan anestesi lokal saja.
- (5) Tidak mengganggu hubungan seksual selanjutnya.
- (6) Biaya rendah.
- (7) Secara kultural, sangat dianjurkan di Negara-negara dimana wanita merasa malu untuk ditangani oleh dokter pria atau kurang tersedia dokter wanita dan paramedis wanita.
(Handayani, 2010).
- (8) Air mani tidak mengandung sperma

(h) Kerugian

- (1) Harus dengan tindakan operatif.
- (2) Kemungkinan ada komplikasi seperti perdarahan dan infeksi.

(3) Tidak seperti sterilisasi pada wanita yang langsung menghasilkan steril permanen, pada vasektomi masih harus menunggu beberapa hari, minggu atau bulan sampai sel mani menjadi negatif.

(4) Tidak dapat dilakukan pada orang yang masih ingin mempunyai anak lagi (reversibilitas tidak dijamin).

(5) Pada orang-orang yang mempunyai problem-problem psikologis yang mempengaruhi seks, dapat menjadikan keadaan semakin parah.

(6) Tidak terlindung dari HIV/AIDS atau penyakit menular lainnya.

(7) Metode ini hampir permanen sehingga sulit untuk dipulihkan.

(8) Kadang rasa penyesalannya lebih besar dari pada perempuan karena timbul keinginan untuk memiliki anak lagi dan karena masa kesempatan laki-laki untuk mendapatkan anak sebenarnya sangat panjang (Affandi, 2012).

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Teori

2.2.1 Konsep dasar asuhan kebidanan pada Kehamilan

A. Pengkajian Data

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

1. Data Subjektif

a) Identitas

1) Nama

Menetapkan identitas yang pasti pada pasien karena kemungkinan memiliki namayang sama dengan alamat dan nomor telepon yang berbeda (Manuaba, 2007).

2) Umur

Usia seseorang dapat mempengaruhi keadaan kehamilannya. Apabila wanita tersebut hamil pada masa reproduksi, kecil kemungkinn untuk mengalami komplikasi atau masalah dibandingkan wanita yang hamil dibawah umur ataupun diatas usia reproduksi (Marmi, 2014).

3) Agama

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

4) Pekerjaan

Data ini menggambarkan tingkat sosial ekonomi, pola sosialisasi, dan data pendukung dalam menentukan pola komunikasi yang akan di pilih selama asuhan yang di lakukan. (Sulistyawati A. 2010).

5) Pendidikan

Tingkat pendidikan yang rendah terutama jika berhubungan dengan usia yang muda, berhubungan erat dengan perawatan yang tidak adekuat. (Walsh,2012). Dan memberi gambaran tentang kemampuan klien, sehingga mempermudah kita dalam memberikan informasi atau konseling (Marmi, 2014).

6) Alamat

Selain sebagai data mengenai distribusi lokasi pasien data ini juga memberikan gambaran mengenai jarak dan waktu yang di tempuh pasien menuju ke lokasi pemeriksaan kehamilan. (Sulistyawati A. 2010).

B. Keluhan Utama

Menurut *Varney, at all(2007)*, keluhan pada kehamilan trimester III yaitu antara lain:

1. Hemoroid

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi. Oleh karena itu semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid. Progesteron juga menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Selain itu pembesaran uterus mengakibatkan peningkatan tekanan, secara spesifik juga secara umum pada vena hemoroid. Tekanan ini akan mengganggu sirkulasi vena dan akan mengakibatkan kongesti pada vena panggul (*Varney, at all 2007*).

2. Sering BAK/Nokturia

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

3. Kram tungkai

penyebab kram tungkai yaitu uterus yang membesar memberi tekanan baik pada pembuluh darah panggul, sehingga mengganggu sirkulasi atau pada saraf sementara

saraf ini melewati foramen oburator dalam perjalanan menuju ekstremitas bagian bawah (Varney, *at all* 2007).

4. Konstipasi

Konstipasi diduga terjadi akibat penurunan peristaltis yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron. Pergeseran dan tekanan pada usus akibat pembesaran uterus atau bagian presentasi juga dapat menurunkan motilitas pada saluran gastrointestinal sehingga menyebabkan konstipasi (Varney *et al.* 2007).

5. Sesak nafas

Uterus mengalami pembesaran sehingga terjadi penekanan diafragma. Selain itu diafragma akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm. (Morgan, 2009).

C. Riwayat kebidanan

1. Menstruasi

Menurut *Fraser and Cooper* (2009) riwayat menstruasi dikaji untuk menentukan tanggal taksiran partus (TP) taksiran partus dihitung dengan menambahkan 9 bulan dan 7 hari pada tanggal hari pertama haid terakhir yang dialami ibu.

Metode menstruasi bahwa :

- a) Konsepsi terjadi 14 hari setelah hari pertama haid terakhir, hal ini dianggap benar bahwa hanya jika ibu memiliki siklus menstruasi yang teratur.
- b) Periode perdarahan yang terakhir merupakan menstruasi yang sebenarnya, implantasi ovum dapat menyebabkan sedikit perdarahan.

Menurut Marmi, 2014 gambaran riwayat haid klien yang akurat biasanya membantu penerapan tanggal pemikiran kelahiran. Dengan menggunakan rumus Neagele $h+14$ $b-3$ $th+1$.

Informasi tentang tambahan tentang siklus menstruasi yang harus diperoleh mencakup frekuensi haid dan lama perdarahan. Jika menstruasi lebih pendek atau lebih panjang dari normal, kemungkinan wanita tersebut telah hamil saat terjadi perdarahan, dan tentang haid meliputi:

2. Menarche

Usia pertama kali mengalami menstruasi. Wanita Indonesia umumnya mengalami menarche sekitar 12-16 tahun.

3. Siklus

Jarak antara menstruasi yang dialami dengan menstruasi berikutnya dalam hitungan hari. Biasanya sekitar 23-32 hari.

4. Volume

Data ini menjelaskan beberapa banyak darah menstruasi yang di keluarkan.sebagai acuan biasanya kita gunakan kriteria banyak, sedang, dan sedikit, jawaban yang diberikan oleh pasien biasanya bersifat subyektif, namun kita bisa kaji lebih dalam lagi dengan beberapa pertanyaan misalnya sampai berapa kali mengganti pembalut dalam sehari.

5. Keluhan

Beberapa wanita menyampaikan keluhan yang dirasakan ketika mengalami menstruasi, misalnya nyeri hebat, sakit kepala, sampai pingsan dan jumlah darah yang banyak ada beberapa keluhan yang disampaikan oleh pasien dapat menunjukkan kepada diagnosis tertentu. (Sulistyawati A, 2011).

6. Banyaknya

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

7. Disminorhea

Nyeri haid pernah dinyatakan untuk mengetahui apakah klien menderita atau tidaknya ditiap haidnya. Nyeri haid juga menjadi bahwa kontraksi uterus klien begitu hebat sehingga menimbulkan nyeri haid.

D. Riwayat kesehatan

1. Penyakit yang pernah di alami (sekarang)

a) Hipertensi

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

b) Diabetes militus-tergantung insulin (IDDM)

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

c) Infeksi TORCH

Infeksi TORCH meliputi : rubella, sitomegalovirus, toksoplasmosis, herpes simpleks dapat menimbulkan kelainan kongenital dalam bentuk yang hampir sama :

kutulan , abortus, mikrosefalus, prematuritas, dan pertumbuhan janin terlambat.(Manuaba, 2010).

d) Penyakit jantung

Kehamilan yang disertai penyakit jantung selalu saling mempengaruhi karena kehamilan memberatkan penyakit jantung dan penyakit jantung dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin (Marmi, 2014).

e) Penyakit paru

1) Bronkitis dan influenza

Bronkitis dan influenza pada kehamilan dijumpai ringan sehingga tidak membahayakan jiwa ibu maupun janin. Dengan pengobatan biasa sebagian besar sembuh sehingga kehamilan dapat berlangsung (Manuaba, 2010).

2) Asma

Penyakit asma dan kehamilan kadang-kadang bertambah berat atau malah berkurang. Dalam batas yang wajar, penyakit asma tidak banyak mempengaruhi kelamin. Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan tukaran O₂ dan CO₂. (Manuaba, 2010).

3) Tuberkolusis

Apabila bidan menjumpai penyakit tuberkolusis aktif dengan kehamilan sebaiknya merujuk ke tempat yang memiliki fasilitas yang cukup (Manuaba, 2010).

f) HIV / AIDS

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

g) Gonore

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

h) Anemia

Anemia pada kehamilan didefinisikan sebagai penurunan sel darah merah atau penurunan konsentrasi hemoglobin didalam sirkulasi darah. Definisi anemia yang diterima secara umum adalah kadar Hb kurang dari 12,0 gram per 100 mililiter (12 gram/desiliter) (Manuaba, 2010).

2. Penyakit yang pernah di alami yang lalu

Ibu yang mempunyai riwayat kesehatan yang buruk atau ibu dengan komplikasi kehamilan sebelumnya, penyakit yang diderita ibu dapat mempengaruhi kehamilannya. Sebagai contoh penyakit yang akan mempengaruhi dan dapat memicu adanya kehamilan adalah penyakit jantung, DM , PMS, hipertensi, dan anemia. (Marmi, 2014).

3. Riwayat kesehatan keluarga

Informasi keluarga klien sangat penting untuk mengidentifikasi ibu yang berisiko menderita penyakit genetik yang dapat mempengaruhi hasil akhir kehamilan atau berisiko memiliki bayi yang menderita penyakit genetik.(Marmi, 2011). Kejadian kehamilan ganda juga di pengaruhi oleh faktor genetic atau keturunan. (Saifuddin,2009).

4. Riwayat kehamilan yang lalu

Riwayat ini mencakup jumlah kehamilan, usia gestasi saat kehamilan berakhir, tipe kehamilan, lama persalinan, berat lahir ketika persalinan terjadi dipertengahan masa hamil, jenis kelamin anak, komplikasi, riwayat kesehatab anak terakhir dan lingkungan yang menyebabkan keguguran.

5. Riwayat Persalinan yang lalu

Riwayat ini mencakup tipe persalinan apakah spontan, forsep, ekstraksi vakum, atau bedah sesar, lama persalinan, penolong persalinan, aterm atau premature, berat lahir, jenis kelamin serta komplikasi-komplikasi yang menyertai persalinan (Marmi, 2011).

6. Riwayat nifas yang lalu

Masa nifas yang lalu tidak ada komplikasi seperti perdarahan post partum dan infeksi pada masa nifas. Maka diharapkan masa nifas sekarang juga tidak terjadi komplikasi. (Manuaba, 2010).

7. Keluarga Berencana

Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi *Estimated Date of Delivery* (EDD), dan karena penggunaan metode lain dapat membantu mengenali kehamilan. riwayat penggunaan IUD terdahulu meningkatnya resiko kehamilan ektopik, dan tanyakan kepada klien lamanya pemakain alat kontrasepsi dan jenis kontrasepsi yang digunakan serta keluhan yang dirasakan (Marmi, 2014).

E. Pola Kebutuhan Sehari-hari

1. Nutrisi

Dikaji untuk mengetahui seorang wanita hamil sudah memuaskan atau belum dalam tuntutan kehamikannya. Dengan bertanya kita akan menemukan setiap variasi dan kondisi idealnya dan wanita yang beresiko dapat dirujuk ke bagian gizi/diet (Ferrer, 2008).

Pada ibu hamil peningkatan konsumsi makanan hingga 300 kalori per hari, mengkonsumsi makanan yang mengandung protein , zat besi, minum cukup cairan (menu seimbang) (Saifuddin, 2010).

Menurut Saifuddin 2010, nutrisi yang perlu ditambahkan pada saat kehamilan yaitu:

a) Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari. Sumber protein tersebut dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan misalnya : kacang-kacangan atau hewani misalnya ikan, keju, susu, telur , ayam. (Varney *et al*,2008).

b) Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otot dan rangka. Sumber

kalsium dapat diperoleh dari , keju, yogurt, susu, kalsium bikarbonat. (Saifuddin, 2010).

c) 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. (Saifuddin, 2010).

Tabel 2.8
Tambahan kebutuhan nutrisi ibu hamil

Nutrisi	Kebutuhan tidak hamil/hari	Tambahan kebutuhan hamil/hari
Kalori	2000-2200 kalori	300-500 kalori
Protin	75 gr	8-12 gr
Lemak	180 gr	Tetap
Fe	28 gr	2-4 gr
Ca	500 gr	600 gr
Vit A	3500 IU	500 IU
Vit C	75 gr	30 mg
Asam folat		400 mg

Sumber : Sukarni, 2013

d) Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2.500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas dan hal ini

merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya preeklamsia. Jumlah penambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil.(Saifuddin, 2010).

2. Eliminasi

a) Buang Air Kecil (BAK)

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

b) Buang Air Besar (BAB)

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

Konstipasi juga dapat terjadi sebagai akibat dari efek samping penggunaan zat besi. (Marmi, 2014).

3. Pola istirahat

Istirahat sangat diperlukan ibu hamil, maka dari itu bidan perlu mengenali kebiasaan istirahat ibu supaya diketahui hambatan yang mungkin muncul jika didapatkan data yang senjang tentang pemenuhan kebutuhan istirahat. Bidan dapat

menyanyakan tentang berapa lama ibu tidur di malam hari dan siang hari. Istirahat pada malam hari yang normal kurang lebih dari 8 jam setiap istirahat dan pada siang hari kurang lebih 1 jam (Sulistyawati,A. 2011).

4. Aktifitas

Senam hamil bertujuan mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat dimanfaatkan untuk berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Senam hamil dimulai pada usia kehamilan sekitar 24-28 minggu. Beberapa aktivitas yang dapat dianggap sebagai senam hamil adalah jalan-jalan saat hamil terutama pada pagi hari (Manuaba, 2012).

5. Personal Hygiene

Personal hygiene diperlukan selama kehamilan, karena kebersihan badan mengurangi kemungkinan infeksi. Menurut Marmi (2011).

Kebersihan yang perlu diperhatikan antara lain:

a) Perawatan gigi

Paling tidak dibutuhkan dua kali pemeriksaan gigi selama kehamilan yaitu pada trimester 1 dan 3.

Dianjurkan untuk gosok gigi setelah makan karena ibu hamil sangat rentan terhadap terjadinya caries dan gingivitis. (Saifuddin, 2011).

b) Kebersihan tubuh dan pakaian

Kebersihan tubuh harus dijaga selama kehamilan. Perubahan anatomi pada perut, area genitalia atau lipat paha, dan payudara menyebabkan lipatan-lipatan kulit menjadi lebih lembab dan mudah terinfeksi oleh mikroorganisme. Gunakan pakaian longgar, bersih dan aman, dan hindarkan sepatu bertongkat tinggi dan alas kaki yang keras serta korset penahan perut. (Saifuddin, 2010).

c) Perawatan payudara

Bersihkan setiap hari areola dan puting susu secara pelan-pelan akan dapat mengurangi retak dan lecet pada area tersebut. Untuk sekresi yang mengering pada puting susu, lakukan pembersihan dengan menggunakan campuran gliserin dan alkohol. (Saifuddin, 2011:286).

6. Aktifitas Seksual

Walaupun ini hal yang sangat privasi bagi pasien namun bidan harus menggali dari kebiasaan ini. Karena terjadi beberapa kasus keluhan dalam aktifitas seksual yang cukup mengganggu pasien namun ia tidak tau kemana harus konsultasi. Dengan teknik komunikasi yang nyaman mungkin, bidan menanyakan hal-hal yang berkaitan dengan aktifitas seksual melalui pertanyaan sebagai berikut :

a) Frekuensi

Kita tanyakan berapa kali melakukan hubungan seksual dalam seminggu.

b) Gangguan

Kita tanyakan apakah pasien mengalami gangguan ketika melakukan hubungan seksual, misalnya nyeri pada saat melakukan hubungan, adanya ketidakpuasan dengan suami, kurangnya keinginan untuk melakukan hubungan seksual. (Sulistyawati A, 2011).

7. Riwayat ketergantungan

a) Rokok

Wanita yang merokok pada masa kehamilan pertama dan melahirkan bayi sehat mungkin tidak percaya bahwa merokok membawa resiko (Marmi, 2014:156). Merokok selama kehamilan berkaitan dengan keguguran, perdarahan vagina, kelainan prematur, BBLR (2500 gram lebih ringan dari bayi yang tidak merokok). (Romauli, 2011).

b) Alkohol

Tetarogen dan sindrom alkohol janin *fetal alcohol syndrome* (FAS), digunakan untuk menggambarkan malformasi kongenital yang berhubungan dengan asupan alkohol yang berlebihan. (Fraser *et al*, 2009).

8. Latar belakang sosial budaya

Adapun kepercayaan yang ada dalam masyarakat misalnya ibu hamil harus pantang terhadap makanan yang berasal dari ikan, telur, daging, dan goreng-gorengan karena kepercayaan ini akan menyebabkan kelainan pada janin. Adat ini sangat merugikan pasien dan janin karena hal tersebut akan membuat pertumbuhan janin yang tidak optimal dan pemulihan kesehatannya akan lambat. (Romauli, 2011).

9. Dukungan situasional

Dukungan selama masa kehamilan sangatlah dibutuhkan bagi ibu hamil, terutama dari suami apalagi ibu yang baru pertama kali hamil. Seorang ibu akan merasa tenang dan nyaman dengan adanya dukungan dan perhatian dari suami dan keluarga (Marmi, 2011).

2. Data Obyektif

Setelah data subjektif kita dapatkan, untuk melengkapinya data kita dalam menegakkan diagnosis, maka kita harus melakukan pengkajian data objektif melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi yang dilakukan secara berurutan.

Langkah-langkah pemeriksaan sebagai berikut :

a) Keadaan Umum

Untuk mengetahui data ini kita cukup dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan kita laporkan dengan kriteria sebagai berikut:

1) Baik

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

2) Lemah

Pasien dimasukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan sendiri (Sulistyawati, 2011).

b) Tanda-tanda vital (TTV)

1) Tekanan darah

Tekanan darah pada ibu hamil tidak boleh mencapai 140 mmHg sistolik atau 90 mmHg diastolik.

Perubahan 30 mmHg sistolik dan 15 mmHg diastolik di atas tekanan darah sebelum hamil, menandakan toxemia gravidarum (keracunan kehamilan). (Hani dkk,2010)

2) Nadi

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

3) Pernapasan

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

4) Suhu

Peningkatan suhu menunjukkan proses infeksi atau dehidrasi.(Varney,2007). Suhu tubuh yang normal adalah 36-37,5°C. Bila suhu tubuh lebih dari 37°C perlu diwaspadai adanya infeksi (Romauli,2011).

c) Antropometri

1) Tinggi Badan (TB)

Tinggi badan kurang dari rata-rata merupakan faktor resiko bagi ibu hamil/ibu bersalin, jika tinggi badan kurang dari 145 cm kemungkinan sang ibu memiliki panggul sempit. Tujuan pemeriksaan tinggi badan adalah untuk mengetahui tinggi badan ibu sehingga bisa mendeteksi faktor resiko. Faktor resiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan

tinggi badan adalah keadaan rongga panggul. Sering dijumpai pada ibu yang pendek, rongga panggulnya sempit. Ada juga ibu hamil yang pendek tapi rongga panggulnya normal. (Mandriawati, 2008).

2) Berat Badan (BB)

Penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian payudara, volume darah, dan cairan ekstraseluler. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg (Saifuddin, 2010). Menurut Cunningham dalam Saifuddin (2011) rekomendasi penambahan berat badan selama kehamilan berdasarkan indeks massa tubuh yaitu dapat dilihat dalam tabel :

Tabel 2.9

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
Abesitas	>29	≥7
Gemeli		16-20,5

Sumber : Saifuddin, 2011

3) 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). Selain itu merupakan indikator kuat status gizi ibu yang kurang/ buruk, sehingga beresiko untuk melahirkan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR). Dengan demikian bila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan, petugas dapat memotivasi ibu agar lebih memperhatikan kesehatannya serta jumlah dan kualitas makanannya (Romauli, 2011).

d) Pemeriksaan fisik

1) Rambut

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

2) Muka

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

3) Mata

Bengkak atau tidak (apabila kelopak mata sudah bengkak kemungkinan terjadi pre eklamsi berat), conjungtiva merah muda atau pucat, sclera putih/kuning (Beaty, 2012).

4) Hidung

Simetris, ada pernafasan cuping hidung atau tidak, ada pembesaran polip atau tidak. (Beaty,2012).

5) Mulut

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

6) Leher

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

mengalami pembesaran hingga 15,0 ml akibat dari hyperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi.

(Romauli, 2011).

7) Dada

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

8) Payudara

Payudara harus kembali diperiksa pada usia kehamilan 36 minggu untuk memastikan perlunya tindakan untuk mengeluarkan puting susu yang datar atau masuk ke dalam (Varney, 2007). Pada minggu ke-12 kolostrum mulai keluar dari papila mammae pada pasien multigravida yang telah mantap menyusui pada masa kehamilan sebelumnya. Wanita primigravida baru akan memproduksi kolostrum pada masa akhir kehamilan (Romauli, 2011).

9) Abdomen

Evaluasi adanya nyeri tekan, massa, hernia, pembesaran hati dan kelenjar getah bening. Seiring kemajuan kehamilan, semakin sulit meraba organ lain selain uterus. Perhatian khusus pada abdomen wanita

hamil meliputi denyut jantung janin, tinggi fundus dan presentasi janin (Marmi, 2014).

10) Genetalia

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

11) Anus

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

12) Ekstremitas

Menurut manuaba (2010), varises terjadi karena pengaruh dari estrogen dan progesterone, terutama bagi mereka yang mempunyai bakat. Verises terjadi di kaki dan betis. Pada ibu hamil trimester III

sering terjadi edema dependen, yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas kapiler, tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena kava inferior ketika berbaring. Jika edema muncul pada muka, tangan, dan disertai proteinuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya pre eklampsia (Marmi, 2011).

e) Pemeriksaan Khusus

1) Pemeriksaan Leopold

(a) Leopold I

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

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold I yaitu:

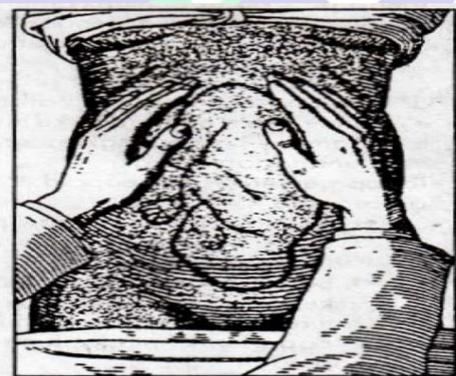
- (1) Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha
- (2) Pemeriksa berdiri di sebelah kanan penderita dan melihat kearah muka penderita
- (3) Rahim dibawa ke tengah
- (4) Tinggi fundus uteri ditentukan(Marmi, 2014).

Tabel 2.10
TFU berdasarkan Leopold pada trimester III

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

Sumber: Manuaba, 2010

(5) Tentukan bagian apa dari bayi yang terdapat pada fundus. Sifat kepala ialah keras, bundar dan melenting. Bokong lunak, tidak melenting. Pada letak lintang fundus uteri kosong. Pemeriksaan tuanya kehamilan dari tingginya fundus uteri. Menurut Manuaba (2010).



Gambar 2.8
Posisi Leopold I
Sumber: Manuaba, 2010

(b) Leopold II

Tujuan : Untuk menentukan dimana punggung janin dan dimana letak bagian-bagian terkecil.

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold II yaitu:

- (1) Kedua tangan pindah ke samping
- (2) Tentukan dimana punggung anak. Punggung anak terdapat di pihak yang memberikan rintangan yang terbesar, carilah bagian-bagian terkecil yang biasanya terletak bertentangan dengan pihak yang memberi rintangan terbesar.
- (3) Kadang-kadang di samping terdapat kepala
- (4) atau bokong ialah letak lintang. (Marmi, 2014).



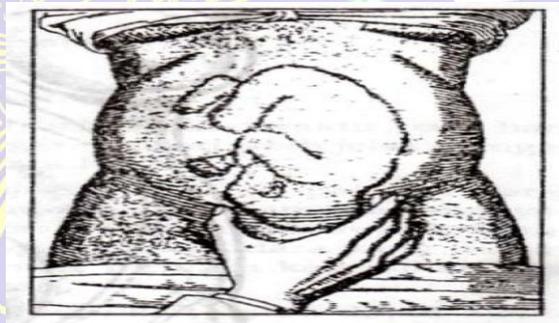
Gambar 2.9
Posisi Leopold II
Sumber :Manuaba, 2010

(c) Leopold III

Langkah-langkah pemeriksaan 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.

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



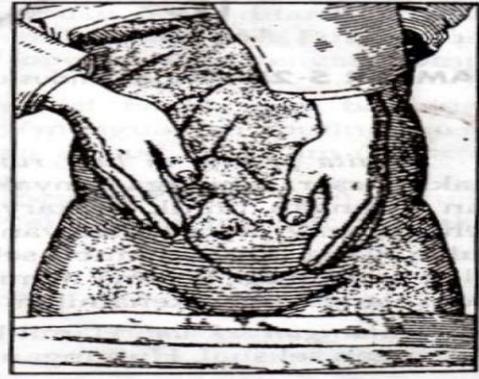
Gambar 2.10
Posisi Leopold III
Sumber: Manuaba, 2010

(d) Leopold IV

Tujuan : Guna menentukan bagian bawah dalam Rahim dan seberapa masuknya bagian bawah tersebut ke dalam PAP.

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold IV yaitu:

- (1) Pemeriksa mengubah sikapnya menjadi ke arah kaki klien.
- (2) Dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi bagian bawah
- (3) Ditentukan apakah bagian bawah sudah masuk ke dalam PAP dan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul
- (4) Jika kita rapatkan kedua tangan pada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luas (Marmi, 2014).



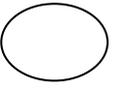
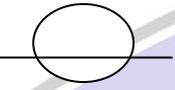
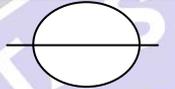
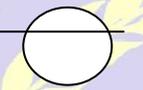
Gambar 2.11
Posisi Leopold IV
Sumber : Manuaba,2010

2) Penurunan bagian terbawah janin

Berikut ini metode lima jari (perlimaan) menurut Marmi, 2011 dapat dilihat dalam table berikut:

Tabel 2.11

Penurunan kepala janin menurut sistem perlimaann

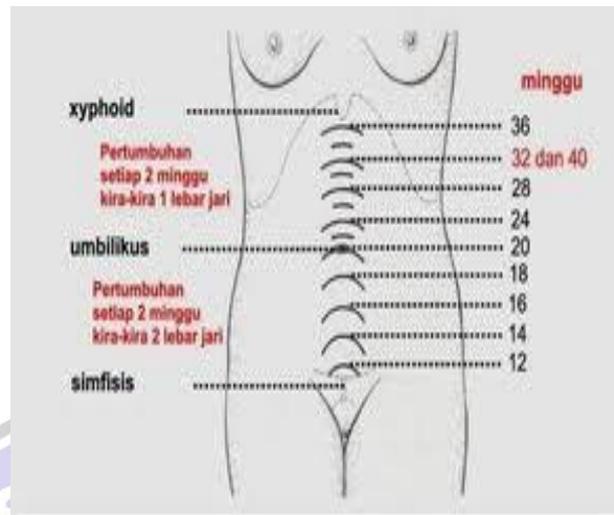
Periksa luar	Periksa dalam	Keterangan
 = 5/5		Kepala diatas PAP mudah digerakan
 = 4/5	H I-II	Sulit digerakan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
 = 3/5	H II-III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
 = 2/5	H III+	Bagian terbesar sudah masuk panggul
 = 1/5	H III-IV	Kepala didasar panggul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

Sumber : Saifuddin,2013

3) Tinggi Fundus Uteri

Menurut Mc. Donal pemeriksaan Tinggi Fundus

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



Gambar : 2.12

TFU

Sumber : Megasari M. 2015

4) Menentukan Usia Kehamilan

Menurut Mochtar (2012) cara untuk menentukan usia kehamilan :

- Ditambah 4,5 bulan dari waktu ibu merasa geerakkan janin pertama kali "*feeling life*"
- Menurut Mc. Donal adalah modifikasi cara spiegelberg, yaitu jarak fundus-simpisis dalam cm di bagi 3,5 merupakan usianya kehamilan

Menurut Manuaba (2010) menetapkan usia kehamilan yaitu :

- Mendengarkan denyut jantung janin, denyut jantung janin akan terdengar pada usia kehamilan lebih dari 16 minggu

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

(c) Mempergunakan ultrasonografi dengan melihat jarak biparental, tulang tibia dan panjang lingkaran abdomen janin.

Mempergunakan hasil pemeriksaan air ketuban, semakin tua usia kehamilan semakin sedikit air ketuban.

5) Pemeriksaan Osborn test

Tujuan pemeriksaan Osborn Tes adalah untuk mengetahui adanya DKR (disposisi kepala panggu) pada ibu hamil. Prosedur pemeriksaan tes Osborn adalah sebagai berikut:

(a) Dilakukan pada umur kehamilan 36 minggu

(b) Pegang kepala janin dan diupayakan untuk masuk ke PAP

(c) Jika tidak dapat masuk karena masih tinggi, harus diukur dengan jari untuk mengetahui seberapa tingginya dari simphisis.

(d) Jika tingginya sekitar 3 jari diatas simphisis atau lebih berarti osborn test + (kepala janin belum

masuk ke PAP = kemungkinan ada cephalopelvic Disporpotion).

6) Tafsiran Berat Janin (TBJ)

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

Rumusnya:

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

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

7) Auskultasi DJJ

Jumlah denyut jantung janin normal antaranya 120 sampai 140x/menit (Manuaba,2012). Bila bunyi jantung kurang dari 120x/menit atau lebih dari 160x/menit atau tidak teratur, maka janin dalam keadaan asfiksia (kekurangan oksigen) (Marmi,2011). Cara menghitung jantung yaitu dengan mendengarkan 3 kali 5 detik. Kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan empat, misalnya 5 detik pertama, 5 detik ke tiga, dan 5 detik kelima dalam satu menit adalah :

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

(b) (10-14-9) kesimpulannya tidak teratur, frekuensi 132 permenit, janin dalam keadaan asfiksia.

(c) (8-7-8) kesimpulannya teratur, frekuensi 92 permenit, janin dalam keadaan asfiksia.

Jadi, kesimpulannya interval DJJ antara 5 detik pertama, ketiga, dan kelima dalam 1 menit tidak boleh lebih dari 2. Untuk Letak Punctum Maksimum pada kehamilan dengan posisi janin normal.

8) Pemeriksaan panggul

(a) Pemeriksaan Panggul luar

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

(1) Distansia cristarum

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

(2) Distansia spinarum

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

(3) Ukuran lingkaran panggul

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

(4) Konjunggata eksterna (Baudeloque)

Jarak antar pinggir atas simpisis dan ujung proxesus spinosus ruas tulang lumbal ke lima (18-20) (Marmi, 2011).

(b) Pemeriksaan panggul dalam

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

(1) Apakah linea inominata teraba seluruhnya atau sebagian.

- (2) Apakah os sacrum mempunyai inklinasi ke depan dan belakang.
- (3) Apakah kedua spina isciadika menonjol atau tidak.
- (4) Apakah sudut arcus pubis cukup luas atau tidak
- (5) Apakah promotorium teraba atau tidak.
- (6) Apakah tidak ada tumor (eksotosel) pada permukaan belakang simpisis.

9) Pemeriksaan penunjang

(a) *Ultrasonografi (USG)*

Penentuan usia kehamilan dengan USG menggunakan beberapa cara yaitu :

- (1) Dengan mengukur jarak kepala-bokong Crown Rum Length (GRL) untuk kehamilan 7-14 minggu
- (2) Dengan mengukur diameter kantung kehamilan Gestationalsac (GS) untuk kehamilan 0-12 minggu.
- (3) Dengan mengukur diameter biparietal (BPD) untuk kehamilan lebih dari 12 minggu (Romauli, 2011).

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

(b) NST (Non Stress Test)

Dilakukan untuk menilai hubungan gambaran DJJ dan aktivitas janin. Teknik-Teknik pemeriksaan Non Stress Test yaitu:

- (1) Sebelum pemeriksaan dimulai, lakukan pengukuran tensi, suhu, nadi dan frekuensi pernafasan ibu. Kemudian selama pemeriksaan dilakukan, tensi diukur setiap 10-15 menit (hasilnya dicatat pada kertas KTG).
- (2) Pasien berbaring dalam posisi semi flowler, dan sedikit miring ke kiri. Hal ini berguna untuk memperbaiki sirkulasi darah ke janin dan mencegah terjadinya hipotensi.
- (3) Perhatikan frekuensi dasar DJJ (normal antara 120-160 dpm).

- (4) Setiap terjadi gerakan janin berikan tanda pada kertas KTG. Perhatikan apakah terjadi akselerasi DJJ (sedikitnya 15 dpm).
- (5) Perhatikan variabilitas DJJ (normal antara 5-25 dpm).
- (6) Lama pemeriksaan sedikitnya 20 menit (Marmi, 2011).

10) Pemeriksaan Laboratorium

(a) Pemeriksaan darah

(1) Haemoglobin (Hb)

Menurut Manuaba (2010) pemeriksaan darah dilakukan minimal dua kali selama kehamilan, yaitu pada trimester I dan trimester III. Pemeriksaan Hb dapat dilakukan dengan menggunakan alat sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan sahli digolongkan sebagai berikut:

Hb 12 g%	: tidak anemia
Hb 9-11 g%	: anemia ringan
Hb 7-9 g%	: anemia sedang
Hb <7 g%	: anemia berat

(2) Golongan darah

Golongan darah ABO dan faktor rhesus (Rh). Ibu dengan rhesus negatif berisiko

mengalami keguguran, amniosentesis, atau trauma uterus, harus diberi anti-gammaglobulin D dalam beberapa hari setelah pemeriksaan. Jika titrasi menunjukkan peningkatan respons antibodi, harus dilakukan pemeriksaan yang lebih sering dalam rangka merencanakan penatalaksanaan pengobatan oleh spesialis rhesus (Fraser dan Cooper, 2009).

(b) Pemeriksaan urine

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

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

Pemeriksaan urine dilakukan pada saat pemeriksaan pertama dan kunjungan trimester III. Urine diperiksa dengan cara dibakar, dilihat warnanya, kemudian ditetesi asam asetat 2-3 tetes, lalu dilihat warna lagi.

Cara menilai hasilnya:

(-) tidak ada kekeruhan

(+) ada kekeruhan ringan tanpa butir-butir

(++) kekeruhan mudah terlihat dengan butir-butir

(+++) kekeruhan jelas dan berkeping-keping

(++++) sangat keruh berkeping besar atau bergumpul.

B. Diagnosa kehamilan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI No 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Dengan kriteria :

1. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
2. Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien

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

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

C. Perencanaan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI No 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Dengan kriteria :

1. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif
2. Melibatkan klien/pasien atau keluarga
3. Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial, budaya klien/keluarga

4. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien
5. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumberdaya serta fasilitas yang ada.

a) Dx: G...P...A...P...I...A...H usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki presentasi kepala atau bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan ibu dan janin baik. (Manuaba, 2012).

Tujuan: setelah dilakukan asuhan kebidanan klien mengerti tentang penjelasan yang diberikan petugas.

Ibu dan janin sehat, sejahtera sampai proses melahirkan.

- KH :
- 1) keadaan umum baik
 - 2) kesadaran komposmentis
 - 3) tanda-tanda vital TD : 100-130/90 mmHg,
Nadi 76-88 x/menit, Suhu 36,5-37,5 °C, RR :
16-24 x/menit
 - 4) pemeriksaan laboratorium
 - 5) DJJ 120-160 x/menit, kuat, irama teratur
 - 6) TFU sesuai dengan usia kehamilan
 - 7) situs bujur dan presentasi kepala.

Intervensi: Menurut (Varney, 2007)

1) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan

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

2) Lakukan pemeriksaan kehamilan dengan standar 10 T

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

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

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

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

R/ relaksasi otot sehingga aliran darah lancar.

5) Anjurkan ibu untuk tidur miring kiri dan kaki agak ditinggikan

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

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

R/ ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya

7) Jelaskan kepada ibu tanda-tanda bahaya kehamilan trimester

III

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

b) Masalah I : Sering berkemih/Nokturia

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

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

Intervensi:

(a) Jelaskan penyebab terjadinya sering kencing.

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

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

R/Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih.

(c) Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK.

R/Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

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

R/Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

c) Masalah 2 : Sakit pinggang

Tujuan : setelah dilakukan asuhan kebidanan, diharapkan klien mengerti penyebab sakit pinggang.

KH : klien mengerti penjelasan petugas.

Intervensi:

1) Jelaskan tentang penyebab sakit pinggang.

R/ titik berat badan pindah ke depan karena perut yang membesar. Hal ini diimbangi lordosis yang menyebabkan spasme otot pinggang.

2) Anjurkan klien untuk memakai sandal atau sepatu bertumit rendah.

R/ hal ini akan mengurangi beban klien.

3) Anjurkan klien untuk istirahat yang cukup.

R/ terjadi relaksasi sehingga aliran darah ke seluruh tubuh lancar.

4) Jelaskan pada klien bahwa sakit pinggang akan menghilang setelah melahirkan.

R/ dengan berakhirnya kehamilan, postur tubuh kemabli seperti semula.(Kriebs dan Gegor, 2007) .

d) Masalah 3 : Konstipasi

Tujuan : Tidak terjadi konstipasi.

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

Intervensi :

- 1) Anjurkan ibu untuk membiasakan pola BAB teratur.

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

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

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

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

R/Dengan minum panas/dingin sehingga dapat merangsang BAB

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

R/Memfasilitasi sirkulasi vena sehingga mencegah kongesti pada usus besar.(Varney, Kriebs dan Gegor (2007)

- e) Masalah 4 : Hemoroid

Tujuan : Hemoroid tidak terjadi atau tidak bertambah parah

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

2) BAB tidak berdarah dan tidak nyeri

Intervensi:

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

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

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

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

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

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

- 4) Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi

R/Mengejan yang terlalu sering akan memicu terjadinya hemoroid.

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

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

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

R/Kompres diperlukan untuk mengurangi hemoroid.

Varney, Kriebs dan Gegor (2007)

- f) Edema dependen

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

KH: Setelah tidur/istirahat edema berkurang

Intervensi:

1) Jelaskan penyebab dari edema dependen.

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

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

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

3) Anjurkan pada ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama.

R/ Meringankan penekanan pada vena dalam panggul.

4) Anjurkan pada ibu menghindari pakaian yang ketat.

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

5) Anjurkan pada ibu menggunakan penyokong atau korset.

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

(Varney, Kriebs dan Gegor, 2007).

g) Masalah 6 : Varices

Tujuan : tidak terjadi varices atau varices tidak bertambah

Kriteria : tidak terdapat varices

Intervensi menurut Varney, et al 2007 yaitu:

1) Kenakan kaos kaki penyokong

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

2)Hindari penggunaan pakaian ketat

R/Pakaian ketat dapat menghambat aliran vena balik

3)Hindari berdiri lama dan tidak menyilang saat duduk

R/Meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan terjadinya varices

4)Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur

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

5)Kenakan penyokong abdomen maternal atau korset

R/Penggunaan korset dapat mengurangi tekanan pada vena panggul.

h) Masalah 7 : Kram pada kaki

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

Kriteria : Kram pada kaki berkurang.

Ibu mampu mengatasi bila kram tungkai berkurang

Intervensi:

1) Jelaskan penyebab kram kaki.

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

2) Anjurkan ibu untuk senam hamil teratur.

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

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

R/Sirkulasi darah ke jaringan lancar.

- 4) Minta ibu untuk tidak berdiri lama.

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

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

R/Otot-otot bisa relaksasi sehingga kram berkurang.

- 6) Anjurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor

R/Konsumsi kalsium dan phosphor baik untuk kesehatan tulang. (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007).

D. Implementasi

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

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

E. Evaluasi

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

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien

2. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan /keluarga
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
4. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

F. Dokumentasi

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

1. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia
2. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

S : adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa

O : adalah data Objektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P : adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan. Kolaborasi, evaluasi/ *follow up* dan rujukan.

2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Persalinan

A. Pengkajian Data

1. Data Subyektif

a) Identitas

1) Nama

Menetapkan identitas yang pasti pada pasien karena kemungkinan memiliki namanya sama dengan alamat dan nomor telepon yang berbeda (Manuaba, 2007).

2) Umur

Wanita yang berusia lebih dari 34 tahun cenderung menjalani seksio sesarea (Fraser et al,2009). Usia dibawah 16 tahun atau di atas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia dibawah 16 tahun meningkatkan insiden diabetes kehamilan juga diagnosis tipe II), hipertensi kronis yang menyebabkan peningkatan insiden pre eklamsi dan abropsio plasenta. Persalinan yang lama pada nulipara, seksio sesarea, kelahiran preterm, IUGR, anomali kromosom dan kematian janin (Varney et al,2007).

3) Agama

Sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan (Sulistyawati,2010).

4) Pendidikan

Tingkat pendidikan yang rendah terutama jika berhubungan dengan usia yang muda, berhubungan erat dengan perawatan prenatal yang tidak adekuat (Walsh,2012).

5) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas sehingga kelangsungan kehamilan dapat menimbulkan berbagai masalah kebidanan (Manuaba,2012).

6) Alamat

Selain sebagai data mengenai distribusi lokasi pasien data ini juga memberikan gambaran mengenai jarak dan waktu yang di tempuh pasien menuju ke lokasi pemeriksaan kehamilan. (Sulistyawati A. 2010).

b) Keluhan Utama

Menurut Manuaba (2012) tanda-tanda persalinan adalah :

- 1) Terjadinya his persalinan. His poersalinan mempunyai cirikhas pinggang terasa nyeri yang menjalar kedepan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks, makin beraktivitas (jalan) makin bertambah.
- 2) Pengeluaran lendir dan darh (pembawa tanda). Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang

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

- 3) Pengeluaran cairan. pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan poecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam.

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

- (a) His semakin kuat, dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 5-100 detik.
- (b) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- (c) Ketuban pecah pada pembukaaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya pleksus frankenhauser.

c) Riwayat menstruasi

Adalah untuk mengetahui menarache, umur berapa haid pertama, teratur atau tidak, siklus haid, lama haid, banyaknya darah, dan sifat darah, (cairan atau ada gumpalan) dismenorhea atau tidak, haid terakhir (Manuaba, 2008).

d) Riwayat Kesehatan

1) penyakit diabetes mellitus

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

2) jantung

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

Menurut Manuaba (2012) stadium penyakit jantung terbagi dalam empat stadium, yaitu :

Klas I : Tanpa gejala pada kegiatan biasa, tanpa batas gerak biasa.

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

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

Klas IV : Dalam keadaan istirahat sudah terjadi gejala payah jantung.

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

3) Asma

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

4) Anemia

Bahaya saat persalinan adalah gangguan his (kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio

plasenta dan perdarahan postpartum karena atonia uteri, kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri (Manuaba,2012).

5) Gonore

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

e) Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan nifas yang lalu

1) Riwayat kehamilan yang lalu :

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

2) Riwayat persalinan yang lalu :

Informasi esensial tentang persalinan terdahulu mencakup tipe persalinan apakah spontan, forcep, ekstraksi vakum, aterm atau premature, berat lahir, jenis kelainan serta komplikasi-komplikasi yang menyertai persalinan (Marmi,2011).

3) Riwayat nifas yang lalu :

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C. Bila terjadi peningkatan melebihi 38°C berturut-turut selama dua hari,

kemungkinan terjadi infeksi. Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya, akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga dapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri disebut “nyeri ikutan” (*after pain*) terutama pada multipara (Manuaba,2010).

f) Riwayat kehamilan dan persalinan yang sekarang

Riwayat kehamilan sekarang menurut Nurhidayah (2014)

1) Hari pertama dan haid terakhir dan tafsiran persalinan.

Untuk mengetahui umur kehamilan, perkiraan lahir.

2) Keluhan-keluhan pada trimester I,II,III. Untuk mengetahui adanya gangguan seperti: muntah-muntah, hipertensi, perdarahan waktu hamil muda.

3) Pergerakan anak pertama kali dirasakan pada umur kehamilan berapa. Untuk mengetahui gerakan janin aktif atau tidak (Estiwidani,2008).

4) Dimana ibu memeriksakan kehamilan. Untuk mengetahui tempat ANC dan untuk mengetahui riwayat kehamilan (Winkjosastro,2007).

5) Sejak hamil berapa bulan ibu memeriksakan kehamilannya.

Untuk mengetahui riwayat ANC teratur atau tidak, sudah hamil berapa minggu (Winkjosastro).

6) 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).

g) Riwayat Keluarga Berencana

Untuk mengetahui apakah ibu sebelum hamil pernah menggunakan KB atau belum, jika pernah lamanya berapa tahun, jenis KB yang digunakan (Estiwidani dkk,2008). Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi Estimated Date Of Delivery (EDD) dan karena penggunaan metode lain dapat membantu “menanggali kehamilan”. Riwayat penggunaan IUD terdahulu meningkatkan resiko kehamilan ektopik dan tanyakan kepada klien lamanya pemakaian alat kontrasepsi dan jenis kontrasepsi yang digunakan serta keluhan yang dirasakan (Marmi,2011).

h) Pola kehidupan sehari-hari

1) Nutrisi

Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberikan lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat

kontraksi dan/atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif (Winjosastro,2008).

2) Eliminasi

Saat janin mulai turun ke pelvis, kandung kemih rentan terhadap kerusakan akibat tekanan kepala. Dasar kandung kemih dapat berkopresi antara gelang pelvik dan kepala janin. Resiko trauma semakin besar jika kandung kemih mengalami distensi. Ibu harus dianjurkan untuk berkemih diawal kala II (*Fraser dan Cooper,2009*). Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih secara rutin selama persalinan, ibu harus berkemih sedikitnya setiap 2 jam, atau lebih sering jika ibu merasa ingin berkemih atau jika kandung kemih terasa penuh. Periksa kandung kemih sebelum memeriksa denyut jantung janin (*Wiknjosastro,2008*). Anjurkan ibu untuk buang air besar jika perlu. Jika ibu ingin buang air besar saat fase aktif, lakukan periksa dalam untuk memastikan bahwa apa yang dirasakan ibu bukan disebabkan oleh tekanan bayi pada rektum (*Wiknjosastro,2008*).

3) Pola istirahat

Istirahat sangat diperlukan ibu hamil, maka dari itu bidan perlu mengenali kebiasaan istirahat ibu supaya diketahui hambatan yang mungkin muncul jika didapatkan

data yang senjang tentang pemenuhan kebutuhan istirahat. Bidan dapat menyanyakan tentang berapa lama ibu tidur di malam hari dan siang hari. Istirahat pada malam hari yang normal kurang lebih dari 8 jam setiap istirahat dan pada siang hari kurang lebih 1 jam (Sulistyawati,A. 2011).

4) Aktifitas

Senam hamil bertujuan mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat dimanfaatkan untuk berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Senam hamil dimulai pada usia kehamilan sekitar 24-28 minggu. Beberapa aktivitas yang dapat dianggap sebagai senam hamil adalah jalan-jalan saat hamil terutama pada pagi hari (Manuaba, 2012).

5) Personal Hygiene

Personal hygiene diperlukan karena kebersihan badan. Baju hendaknya yang longgar dan mudah dipakai, sepatu yang bertumit tinggi tidak dipakai lagi (Marmi, 2011).

i) Riwayat ketergantungan

1) Merokok

Wanita yang merokok pada masa kehamilan pertama dan melahirkan bayi sehat mungkin tidak percaya bahwa merokok membawa resiko (Marmi, 2011). Merokok selama kehamilan berkaitan dengan keguguran ,

perdarahan vagina, kelainan prematur, BBLR (2500 gram lebih ringan dari bayi yang tidak merokok). (Romauli, 2011).

2) Alkohol

Tetarogen dan sindrom alkohol janin *fetal alcohol syndrome* (FAS), digunakan untuk menggambarkan malformasi kongenital yang berhubungan dengan asupan alkohol yang berlebihan. (Fraser *et al*, 2009).

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 bahkan kematian (Marmi, 2011).

j) Psikososial dan Spiritual

- 1) Mood yang berubah-ubah sering terjadi dan dorongan energy juga dapat dialami
- 2) Sebagian mungkin memandang kontraksi yang dialami sebagai kekuatan positif yang memotivasi dan memberikan kehidupan. Sebagian lain mungkin merasakan kontraksi ini sebagai rasa nyeri dan melawan kontraksi tersebut

- 3) Seorang ibu dapat menyambut peristiwa ini dengan perasaan senang karena sebentar lagi ia akan melihat bayinya, ibu yang lain mungkin merasa gembira karena pada akhirnya kehamilannya ini akan berakhir dan ia mengalami berbagai kesukaran
 - 4) Ibu dapat merasa cemas membayangkan bahwa melahirkan seorang anak akan terasa sangat sakit dan khawatir tentang kemampuannya mengendalikan rasa nyeri
 - 5) Sejalan dengan kemajuan peralihan, ibu dapat merasa kurang percaya diri terhadap kemampuan kopingnya menghadapi sifat kontraksi yang sangat kuat yang mengendalikan tubuhnya (Franser dkk, 2009).
- k) Riwaya sosial dan Budaya
- Sosial budaya diindonesia yang mengutamakan bapak dibandingkan ibu, sebagai contoh dalam hal makanan, bapak didahulukan untuk mendapatkan makanan yang bergizi sedangkan bagian yang tertinggal diberikan pada ibu, sehingga gizi untuk ibu selama masa hamil kurang hal tersebut berakibat pada tingginya angka anemia (Eny, 2010).

2. Data Obyektif

- a) Pemeriksaan Umum
 - 1) Keadaan umum

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

2) Kesadaran

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

b) Tanda-tanda vital

1) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diawal kontraksi tekanan darah kembali ketingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari (Varney,*et al*, 2007). Tekanan darah diukur tiap 2-4 jam sekali, kecuali jika tidak normal. Tekanan darah juga harus dipantau dengan sangat cermat setelah anestetik epidural atau spinal. Hipotensi dapat

terjadi akibat posisi telentang, syok, atau anestesi epidural. Pada ibu pe eklamsi atau hipertensi esensial selama kehamilan, persalinan lebih meningkat tekanan darah (Fraser, *et al*, 2009).

2) Nadi

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

3) Suhu

Suhu sedikit meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Dianggap normal adalah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5 sampai

1°C yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan. Peningkatan suhu sedikit adalah normal. Namun bila persalinan berlangsung lebih lama, peningkatan suhu dapat mengindikasikan dehidrasi dan para meter lain harus dicek. Pada kasus ketuban pecah dini, peningkatan suhu dapat mengindikasikan infeksi dan tidak dapat dianggap normal pada kondisi ini (Varney,*et.al*, 2007).

4) Pernapasan

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

4) Antropometri

(a) Tinggi Badan (TB)

Tinggi badan kurang dari rata-rata merupakan faktor resiko bagi ibu hamil/ibu bersalin, jika tinggi badan kurang dari 145 cm kemungkinan sang ibu memiliki panggul sempit. Tujuan pemeriksaan tinggi badan adalah untuk mengetahui tinggi badan ibu sehingga bisa mendeteksi faktor resiko(Mandriawati, 2008).

(b) Berat Badan (BB)

Penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian payudara, volume darah, dan cairan ekstraseluler. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg (Saifuddin, 2010).

(c) LILA

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronis (KEK) (Jannah, 2012). Selain itu merupakan indikator kuat status gizi ibu yang kurang/buruk, sehingga beresiko untuk melahirkan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR). Dengan demikian bila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan, petugas dapat memotivasi ibu agar lebih memperhatikan kesehatannya serta jumlah dan kualitas makanannya (Romauli, 2011).

b) Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah ukuran, kontur, kesimetrisan wajah, lokasi struktur wajah, gerakan involunter, nyeri pada sinus frontal dan maksil (Varney, *et.al*,

2007). Serta untuk menilai warna, ketebalan, ada ketombe atau tidak (Alimul,2008).

2) Muka

Ukuran, bentuk, kontur kesimetrisan wajah dan lokasi struktur wajah, nyeri tekan pada sinus frontal dan maksila (Varney, *et.al*, 2007).

3) Mata

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

4) Hidung

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah : napas cuping hidung, deformitas atau penyimpangan septum, kesimetrisan, ukuran, letak, termasuk kesimetrisan lipatan nasolabial, rongga hidung bebas sumbatan, perforasi septum nasal. Pemeriksaan nasal dengan spekulum (ukuran, tanda-tanda infeksi, edema pada konka nasalis, polip, tojolan, sumbatan, ulserasi, lesi, titik-titik persarahan, rabas, warna mukosa (Varney, *et.al*, 2007).

5) Telinga

Observasi pemeriksaan yang dilakukan adalah, pembesaran atau nyeri tekan pada mastoid, ketajaman pendengaran secara umum, letak telinga di kepala, bentuk, tojolan, lesi, dan rabas pada aurikula dan ostium, warna sumbatan, lesi, dan rabas, adanya benda asing pada saluran pada saluran pendengaran eksternal, pemeriksaan membran timpani dengan alat otoskopik (warna, tonjolan atau retraksi, gambaran bayangan telinga, dengan senter kerucut membran timpani ada atau tidak jaringan paut, perforasi) (Varney, *et.al*, 2007).

6) Mulut dan gigi

Wanita yang bersalin biasanya mengeluarkan bau napas yang tidak sedap, mulut kering, bibir kering dan pecah-pecah, tenggorokan nyeri dan gigi berjigong, terutama jika ia bersalin berjam-jam tanpa mendapat cairan oral dan perawatan mulut (Varney, *et.al*, 2008).

7) Leher

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

8) Payudara

Menjelang persalinan, perlu dilakukan pemeriksaan terhadap kondisi puting ibu misalnya kolostrum kering atau berkerak,

muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam mengeluarkan puting yang rata atau infersi pada wanita yang merencanakan untuk menyusui (Varney, *et.al*,2007).

9) Abdomen

Pada ibu bersalin, perlu dilakukan pemeriksaan TFU, yaitu pada saat tidak sedang kontraksi dengan menggunakan pita ukur. Kontraksi uterus perlu dipantau mengenai jumlah kontraksi selama 10 menit, dan lama kontraksi. Pemeriksaan DJJ dilakukan selama atau sebelum puncak kontraksi pada lebih dari satu kontraksi. Presentasi janin, dan penurunan bagian terendah janin juga perlu dilakukan pemeriksaan. Sebelum melakukan pemeriksaan abdomen, anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih (Wiknjosastro,2008).

Perlu dikaji juga mengenai luka bekas operasi SC sebagai informasi tambahan untuk melakuakn tindakan selanjutnya (Saifudin,2008). Kandung kemih harus sering diperiksa setiap 2 jam untuk mengetahui adanya distensi juga harus dikosongkan untuk mencegah obstruksi persalinan akibat kandug kemih yang penuh, yang kan mencegah penurunan bagian presentasi janin dan trauma pada kandung kemih akibat penekanan yang lama akan menyebabkan hipotonia kandung kemih dan retensi urine selama periope pascapartum awal. Perlu dikaji juga jaringan parut pada abdomen untuk memastikan integritas uterus (Varney, *et.al*,2007).

10) Genetalia

Tanda-tanda inpartu pada vagina terdapat pengeluaran pervaginam berupa *bloody slym*, tekanan pada anus, perinium menonjol, vulva membuka sebagai tanda gejala kala II (Manuaba dkk, 2012:184). Pada genetalia dilakukan pemeriksaan adanya luka atau massa termasuk kondilomata, varikosis vulva atau rektum, adanya perdarahan pervaginam, adanya perdarahan pervaginam, cairan ketuban adanya luka parut divagina. Luka parut divagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perinum atau tindakan episiotomi sebelumnya (Wiknjosastro,2008).

11) Anus

Perineum mulai menonjol dan anus mulai membuka. Tanda ini akan tampak bila betul-betul kepala sudah didasar panggul dan mulai membuka pintu (Wiknjosastro,2008).

12) Ekstermitas

Terutama pemeriksaan reflek lutut. Reflek lutut negatif pada hipovitaminose dan penyakit urat saraf (Marmi,2012). Edema ekstermitas merupakan tanda klasik preeklamsia, bidan harus memeriksa dan mengevaluasi pada pergelangan kaki, area pretibia, atau jari. Edema pada kaki dan pergelangan kaki biasanya merupakan edema dependen yang disebabkan oleh penurunan aliran darah vena akibat uterus yang membesar (Varney,*et.al*, 2007).

c) Pemeriksaan khusus

1) 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 mmenentukan letak bokong dan kepala presentasi janin (fraser dan cooper, 2009).

2) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

(a) Menurut Sulistyawati (2009) perkiraan tinggi fundus uteri sesuai umur kehamilan dalam minggu adalah sebagai berikut

Tabel : 2.12

Usia kehamilan dalam minggu

Usia kehamilan (minggu)	Perkiraan tinggi fundus
28	28 cm \pm 2 cm
32	32 cm \pm 2 cm
36	36 cm \pm 2 cm

Sumber : sulistyawati,2009:198

- (b) Menurut Mochtar (1998) dalam Kuscahyanti (2012) usia kehamilan berdasarkan cm menurut minggu adalah sebagai berikut :

Tabel 2.13

Usia kehamilan dalam minggu dan TFU dalam cm

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

Sumber : Kuscahyanti,2012

- (c) Usia kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri menurut Manuaba (2012:100) dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 2.14

Usia kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri

Tinggi fundus uteri	Usia kehamilan
1/3 di atas pusat	28 minggu
½ pusat-prosesus xifoideus	34 minggu
Setinggi arcus costae	36 minggu
Dua jari (4cm) di bawah prosesus xifoideus	40 minggu

Sumber : Manuaba, 2010

3) Cara menghitung TFU

Salah satu rumus untuk mengetahui perkiraan berat badan lahir bayi adalah rumus Mc.Donald. Rumus Mc.Donald menggunakan suatu metode untuk menaksir berat badan ja nin dengan pengukuran TFU, yaitu mengukur jarak natara tepi atas sympsis pubis sampai puncak fundus uteri dengan mengikuti lengkukan uterus, memakai pita pengukur (Marliana,2009).

Cara menghitung :

Rumus Mc.Donald menggunakan suatu metode untuk menaksir berat janin dengan pengukuran (TFU) tinggi fundus uteri, yaitu mengukur jarak antar tepi atas tulang kemaluan (*simpisis osispubis*) sampai ke puncak rahim (*fundus uteri*) dengan mengikuti lengkukan uterus, memakai pita pengukur.

Rumus Mc.Donal dapat dikatakan jarak dari bagian atas tulang kemaluan (*simfisis osis pubis*) ke puncak rahim (*fundus uteri*) dalam centimeter dikurangi 11 atau 12, hasilnya dikali 155 didapat berat bayi dalam gram. Pengurangan 11 atau 12 tergantung dari posisi kepala bayi. Jika kepala diatas atau pada spina ischiadika maka dikurangi 12, jika kepala dibawah spina ischiadika maka dikurangi 11 (Kusmarjadi,2008).

Menurut Siswosudarmo & Emilia (2008), secara singkat, Rumus Mc.Donald adalah sebagai berikut :

$$W \text{ (gram)} = (\text{tinggi fundus uteri-station}) \times 155$$

Keterangan :

W : weight =berat janin dalam gram

Nilai station ditentukan sebagai berikut :

12 : bila kepala bayi masih diatas atau pada spina ischiadika, atau setinggi spina ischiadika

11 bila kepala bayi dibawah spina ischiadika

4) Cara Menentukan TBJ (Tafsiran Berat Janin)

Menurut Jnnah (2012) untuk mengukur TBJ (Tafsiran Berat Janin) dalam gram, perlu diketahui kepala sudah masuk pintu atas panggul atau belum.

Rumus :

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

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

Untuk lebih jelasnya mengenai taksiran berat janin dapat dilihat pada tabel :

Tabel 2.15

TBJ Normal untuk usia kehamilan trimester III

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

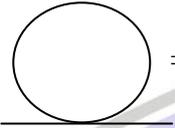
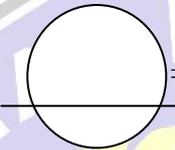
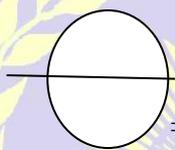
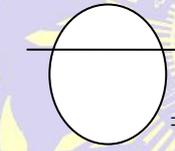
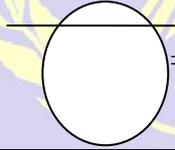
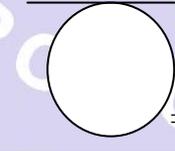
Sumber : Manuaba,2012

5) Penurunan bagian terbawah janin

Menurut Wiknjosastro (2008) penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari (perlimaan).

Tabel 2.16

Penurunan kepala janin menurut sistem perlimaann

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

Sumber : Saifuddin,2013:10

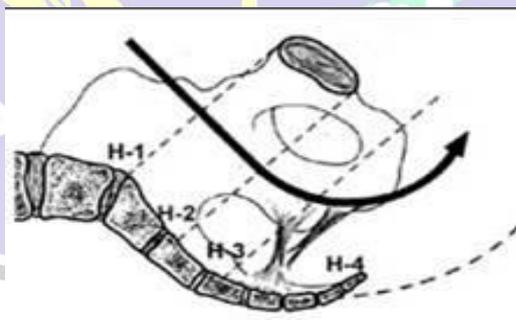
6) Penurunan Kepala menurut Bidang *Hodge* (Manuaba, 2010)

Untuk menentukan seberapa jauh bagian terdepan janin turun ke dasar panggul, hodge menentukan bidang penurunan sebagai berikut :

- (a) H I : Bidang yang sama dengan pintu atas panggul
- (b) H II : Bidang sejajar dengan HI setinggi tepi bawah simfisis.
- (c) H III : Bidang sejajar dengan HI setinggi spina ischiadica
- (d) H IV : Bidang sejajar dengan HI setinggi ujung tulang kelangkung (*os sacrum*).

Dengan menentukan penurunan sesuai dengan bidang *Hodge* dapat ditetapkan kemungkinan persalinan melalui vaginal, atau persalinan dengan operasi *sectio caesarea*. Bila kepala atau bagian terendah masih tinggi, diatas bidang H II, persalinan pervaginam sulit dilakukan tanpa trauma persalinan. Persalinan pervaginam yang aman, dengan trauma minimal, bila penurunan terendah telah melampaui batas H III.

Gambar 2.13
Sistem Bidang Hodge



Sumber : Manuaba. 2010

7) Auskultasi

Penilaian denyut jantung janin (DJJ) selama dan segera setelah kontraksi uterus. Mulai penilaian sebelum atau selama puncak

kontraksi. Dengarkan DJJ selama minimal 60 detik, dengarkan sampai sedikitnya 30 detik setelah kontraksi berakhir. Lakukan penilaian DJJ tersebut pada lebih dari satu kontraksi. Gangguan kondisi kesehatan janin dicerminkan dari DJJ yang kurang dari 120 atau lebih dari 160 kali per menit. Kegawatan janin ditunjukkan dari DJJ yang kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali permenit. Bila demikian, baringkan ibu kesisi kiri dan anjurkan ibu untuk relaksasi.

8) His

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

(a) Kala I

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

(b) kala II

Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut dengan kala pengeluaran bayi (Wiknjosastro,2008).

(c) Kala III

Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhirnya dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (Wiknjosastro,2008)

(d) Kala IV

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

9) Pemeriksaan dalam

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

(a) Memeriksa genitalia eksterna, memperhatikan ada tidaknya luka atau massa (benjolan) termasuk kodiloma, varikosis vulva atau rektum, atau luka parut diperineum.

(b) Menilai cairan vagina dan menentukan bercak darah, perdarahan pervaginam atau mekonium.

(c) Jika ada perdarahan pervaginam dilarang melakukan pemeriksaan dalam.

(d) Jika ketuban sudah pecah, perhatikan warna dan bau air ketuban. Melihat pewarnaan mekonium, kekentalan dan pemeriksaan DJJ.

(e) Jika mekonium encer dan DJJ normal, meneruskan memantau DJJ dengan seksama menurut petunjuk partograf.

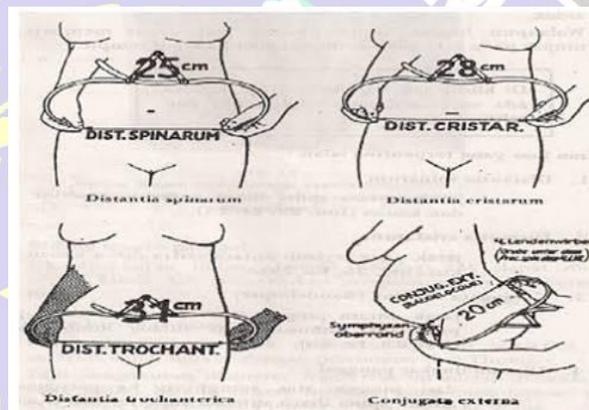
- (f) Jika mekonium kental, menilai DJJ dan merujuk.
- (g) Jika tercium bau busuk, mungkin telah terjadi tanda infeksi.
- (h) Jika ketuban belum pecah jangan melakukan amniotomi.
- (i) Adanya luka parut divagina mengindikasikan adanya riwayat robekan erinium atau tindakan episiotomi sebelumnya. Hal ini merupakan informasi penting untuk menentukan tindakan pada saat kelahiran bayi.
- (j) Menilai pembukaan dan penipisan serviks.
- (k) Memastikan tali pusat dan/atau bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba pada saat melakukan pemeriksaan dalam.
- (l) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan amentukan bagian yang masuk kedalam rongga panggul.
- (m) Jika bagian terbawah kepala, memastikan penunjukan (ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar) dan celah (sutura) sagitalis untuk menilai derajat penyusupan atau tumpang tindih tulang kepala serta menilai ukuran kepala janin dengan ukuran jalan lahir apakah sesuai.

10) Pemeriksaan panggul

Menurut Wiknjastro (2007) dalam pemeriksaan panggul yang perlu diperhatikan adalah bentuk dan ukuran panggul, untuk ukuran perlu diperhatikan sebagai berikut :

- (a) Bila promontorium teraba pada pemeriksaan dalam, berarti ada kesempitan panggul.

- (b) Normal linea inominata teraba dalam pemeriksaan dalam, bila teraba sebagian atau keseluruhan berarti ada kesempitan panggul .
- (c) Spina ischiadika normal, tidak menonjol kedalam. Bila menonjol berarti ada kesempitan panggul
- (d) Sudut arcus pubis $> 90^\circ$, bila kurang berarti ada kesempitan panggul
- (e) Keadaan dasar panggul apakah kaku, tebal atau elastis.



Gambar : 2.14
Pemeriksaan Panggul Luar
Sumber : Sari,2014

11) Pemeriksaan penunjang

(a) Urin

Urin yang dikeluarkan selama persalinan harus diperiksa untuk adanya glukosa, dan protein urin (Fraser dan Cooper,2009).

(b) Haemoglobin (Hb)

Menurut Manuaba (2010) pemeriksaan darah dilakukan minimal dua kali selama kehamilan, yaitu pada trimester I dan trimester III. Pemeriksaan Hb dapat dilakukan dengan menggunakan alat sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan sahli digolongkan sebagai berikut:

Hb 12 g%	: tidak anemia
Hb 9-11 g%	: anemia ringan
Hb 7-9 g%	: anemia sedang
Hb <7 g%	: anemia berat

(c) Golongan darah

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

(d) Ultrasonografi (USG)

Dibandingkan dengan pemeriksaan rontgen, USG tidak berbahaya untuk janin karena memakai prinsip sonar (bunyi). Jadi, boleh digunakan pada kehamilan muda. Pada layar,

dapat dilihat letak, gerakan, dan gerakan jantung janin (Mochtar, 2011).

(e) Non Stress Tes (NST)

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

B. Diagnosa Kebidanan

G₁P₁>UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H..., kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu :

1. Kala I fase laten dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan (Varney, Krieb dan Gegor, 2007).
2. Kala I fase aktif akselerasi/dilatasi ,maksimal/deselerasi dengan kemungkinan masalah ketidak nyamanan menghadapi proses persalinan (Wiknjastro, 2008).
3. Kala II dengan kemungkinan masalah :
 - a) Kekurangan cairan
 - b) infeksi

c) keletihan

d) Kram tungkai (Varnei, Krieb dan Goger,2007).

e) Bayi baru lahir cukup bulan sesuai masa kehamilan, KU baik (Kepmenkes No.938/Menkes/SK/8/2007 tentang standar asuhan kebidanan).

f) $P_{\geq 1}$ Kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah menurut Sulistyawati, (2010:).

g) Retensio Plasenta

$P_{\geq 1}$ kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi:

- 1) Atonia uteri (Sukarni,2013)
- 2) Robekan vagina, perineum atau serviks (Sukarni,2013).

. C. Perencanaan

PAPIAH, UK 37-40 minggu, UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intra uterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H..., kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/aktif.

Tujuan : Proses persalinan berjalan dengan normal ibu dan bayi sehat

Kriteria : 1) Ku baik, kesadaran kompesmentis.

2) TTV dalam batas normal

T : 100/60-130/90 mmHg

S : 36,5-37 °C

N : 80-100 x/menit

R : 16-24 x/menit

- 3) His minimal 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik.
- 4) Kala I pada primigravida <13 jam sedangkan multi gravida <7 jam.
- 5) Kala II pada primigravida <2 jam sedangkan pada multigravida <1 jam.
- 6) Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerakan aktif.
- 7) Kala III pada primigravida <30 menit sedangkan multigravida <15 menit.
- 8) Plasenta lahir spontan, lengkap.
- 9) perdarahan <500 cc.

Intervensi menurut Wiknjosastro,2008

Kala 1

- a) Perhatikan psikososial ibu dan berikan dukungan mental pada ibu dengan menghadirkan keluarga. Anjurkan agar ibu selama didampingi oleh keluarganya selama proses persalinan dan kelahiran bayinya. Dukungan suami, keluarga, dan kerabat yang disukai ibu sangat diperlukan dalam menjalani proses persalinan. Ada kalanya ibu merasa khawatir dalam menjalani kala II persalinan. Berikan rasa aman dan semangat serta tentramkan hatinya selama persalinan berlangsung.

R / ibu yakin dan tabah dalam menjalani proses persalinan.

- b) Anjurkan ibu untuk makan dan minum asupan cairan yang cukup untuk mencegah terjadinya dehidrasi pada ibu saat proses persalinan, serta untuk energi dalam persiapan mengejan.

R/ persiapan energi untuk persalinan

- c) bantu ibu untuk memilih posisi yang nyaman dengan miring ke kiri.

R/ mempercepat penurunan kepala janin

- d) anjurkan ibu untuk jalan-jalan jika ketuban belum pecah dan pembukaan belum lengkap

R/ mempercepat penurunan kepala janin.

- e) Observasi TTV

- (1) DJJ setiap 30 menit sekali
- (2) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap 30 menit
- (3) Nadi setiap 30 menit
- (4) Pembukaan serviks tiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika ada indikasi
- (5) Penurunan terbawah janin setiap 4 jam
- (6) Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam sekali
- (7) Produksi urine, aseton dan protein tiap 2-4 jam

R/ mengetahui perkembangan kondisi ibu dan janin

- f) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih tiap 2 jam

R/ bila kandung kemih yang penuh dapat menghalangi penurunana kepala janin sehingga menyebabkan nyeri pada waktu his

g) Tunggu pembukaan lengkap jika telah memasuki kala II segera pimpin persalinan secara sesuai standar asuhan kebidanan persalinan normal.

(1) Mengenali tanda dan gejala kala II

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

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

(2) Menyiapkan pertolongan persalinan

R/ Persiapan alat, fisik dan mental akan membantu koefisien kerja, waktu, sehingga dapat memperlancar proses pertolongan persalinan. Pastikan peralatan lengkap, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksanan komplikasi ibu dan bayi. Untuk asfiksia, siapkan tempat datar dan keras, 2 kain, handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt dengan dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.

(a) Menggelar kain diatas perut ibu dan tempat resusitasi, serta ganjal bahu bayi.

(b)Menyiapkan oksitosin 10 IU dan alat suntik steril sekali pakai dalam partus set.

(3) Pakai clemek plastik.

R/Clemek merupakan penghalang atau barrier antara penolong dengan bahan-bahan yang berpotensi untuk menularkan penyakit (Wiknjosastro,2008)

(4) Melepaskan dan menyiapkan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih dan mengalir dan kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

(5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.

R/Penggunaan sarung tangan merupakan tindakan kewaspadaan untuk melindungi dari setiap cairan yang mungkin menular melalui darah (Varney,2008)

(6) Masukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang menggunakan sarung tangan DTT dan steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik.

(7) Bersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dan depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.

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

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

- (c) Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan secara terbalik dan rendam dalam larutan klorin, 0,5% langkah 9)
- (8) Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar didalam larutan klorin).
- (9) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
- (10) Memastikan pembukaan lengkap, keadaan janin baik.
- R/ Pembukaan serviks 10 cm akan mencegah terjadinya ruptur periorbita dan keadaan janin yang baik yang baik bisa tertolong dengan prosedur persalinan normal.
- (a) Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap.
- (b) Bila selaput ketuban belum pecah, lakukan amniotomi.
- (11) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara menyelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%. Kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.
- (12) Periksa DJJ dalam batas normal (120-160) x/menit
- (a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.

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

(13) Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan ibu bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.

R/Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya (janin, cairan air ketuban, plasenta) menekan cava vena inferior ibu. Berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk mengejan secara efektif (Wiknjosastro, 2008).

(14) Meminta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu keposisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).

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

(b) Bimbing ibu untuk meneran dengan benar dan aecara efektif.

(c) Dukung dan beri semangat pada saat ibu meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.

(d) Bantu ibu untuk mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya (kecuali berbaring terlentang dalam waktu yang lama).

- (e) Anjurkan ibu istirahat dan anjurkan keluarga untuk memberikan makan dan minum di sela-sela kontraksi.
- (f) Anjurkan keluarga untuk memberikan dukungan dan semangat untuk ibu.
- (g) Beri cukup asupan cairan peroral (minum).
- (h) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus mereda.
- (i) Segera rujuk bila bayi belum atau tidak segera lahir dalam waktu 120 menit (2jam) meneran (multigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (primigravita).
- (15) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
- (16) Persiapkan pertolongan kelahiran bayi.
R/Mempersiapkan tempat maupun kain handuk untuk mengeringkan tubuh bayi, serta memakai perlengkapan yang dipakai untuk menolong.
- (17) Letakkan handuk bersih diatas perut ibu, jika kepala bayi di vulva dengan diameter 5-6 cm.
Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 di bagian bawah bokong ibu.
- (18) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali perlengkapan alat dan bahan.
- (19) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan

(20) Persiapan pertolongan kelahiran

R/Menolong kelahiran kepala bayi dengan tepat mencegah terjadinya robekan perineum.

Kelahiran Bahu

(21) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas dengan cepat.

(a) Melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya bayi secara bertahap dan hati-hati dapat mengurangi regangan (robekan) pada vagina dan perineum (Wiknjastro,2008).

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

(a) Perasat ini digunakan untuk mengecek adanya lilitan tali pusat disekeliling leher bayi dan nilai seberapa ketat tali pusat sebagai dasar untuk memutuskan cara mengatasi situasi tersebut (Varney,2008).

(b) Jika talipusat melilit leher segera longgarkan, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.

(c) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di kedua tempat dan potong tali pusat diantara dua klem tersebut.

(23) Tunggu kepala bayi putar paksi luar, pegang secara seponatan.

Lahirnya Bahu

(24) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat adanya kontraksi. Dengan lembut gerakan kebawah distal hingga bahu depan muncul dibawah arcus pubis dan gerakan kearah atas distal untuk melahirkan bahu belakang.

Lahinya badan dan tungkai

(25) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah 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 masukan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari lainnya.

Asuhan bayi baru lahir

Penanganan BBL yang benar akan mencegah terjadinya hipotermi dan mengetahui kelainan bayi sedini mungkin.

(27) Lakukan penilaian pada bayi baru lahir dengan pernyataan yaitu:

- (a) Apakah bayi menangis kuat dan bernafas tanpa kesulitan?
- (b) Apakah bayi bergerak dengan aktif?
- (c) Apakah kulit bayi berwarna merah?

- (d) Jika bayi tidak menangis, warna kulit kebiru-biruan, bernapas megab-megab, lakukan langkah resusitasi pada asfiksia bayi baru lahir.

(28) Keringkan tubuh bayi

Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan tubuh bagian lainnya kecuali bagian telapak tangan. Gantik handuk basah dengan handuk kering yang lainnya.

- (1) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak adanya bayi kedua dalam uterus (hamil tunggal).
- (2) Beritahu ibu bahwa akan dilakukan penyuntikan oksitosin agar uterus kontrak dengan baik.
- (3) Dalam 1 menit setelah bayi baru lahir, lakukan penyuntikan oksitosin 10 unit IM (intramuskular) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum melakukan penyuntikan oksitosin).
- (4) Setelah pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3cm dari pusat bayi, mendorong tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat kira-kira 3-5cm distal dari klem pertama.
- (5) Pematangan dan ikat tali pusat
 - (a) Dengan 1 tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara tali pusat tersebut.

- (b) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkar kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
- (c) Lepas klem dan tempatkan pada wadah yang telah di sediakan (larutan clorin).
- (6) Letakan bayi agar ada kontak kulit ibu dengan kulit bayi, letakan bayi tengkurap didada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel didada/perut ibu usahakan kepala bayi berada diantar payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting ibu.
- (7) Selimuti bayi dan ibu dengan kain yang hangat dan pasang topi di kepala bayi.

Kala III

Penatalaksanaan kala III untuk penanganan tali pusat

- (8) Pindahkan klem tali pusat hingga jarak 5cm dari vulva ibu
- (9) Letakan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas simfisis, dan tangan lain untuk menegangkan tali pusat.
- (10) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversia uteri).

Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi dan ulangi kembali prosedur diatas.

(11) Lakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti proses jalan lahir (tetap dilakukan dorso kranial).

(a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak 5 cm dari vilva dan melahirkan plasenta.

(b) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat. Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM. Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan. Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya. Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual.

(40) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar hingga selaput ketuban terpilih kemudian dilahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.

Rangsangan Taktil (massage uterus)

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

KALA IV

Menilai Perdarahan

- (42) Periksa kedua sisi plasenta dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus.
- (43) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan. R/Pemeriksaan sedini mungkin akan mempercepat penanganan sehingga tidak terjadi perdarahan berlebihan.

Melakukan Prosedur pasca salin

- (44) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- (45) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.
- (a) Sebagian bayi berhasil melakukan IMD dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama biasa berlangsung 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara.

- (b) Biarkan bayi berada di dada ibu 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui.
- (46) Setelah 1 jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik, profilaksis dan vitamin K₁ 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral.
- (47) Setelah 1 jam pemberian vitamin K₁ berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.
- (a) Letakkan bayi di dalam pangkuan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan.
- (b) Letakkan kembali bayi pada dada ibu bila belum berhasil menyusui dalam 1 jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusui.
- (48) Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
- (a) 2 - 3 x dalam 15 menit pertama pasca persalinan.
- (b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.
- (c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.
- (d) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, lakukan asuhan yang sesuai untuk pelaksanaan atonia uteri.
- (49) Ajarkan ibu dan keluarga cara massase uterus dan menilai kontraksi.
- R/Informasi yang optimal akan meningkatkan fungsi mandiri klien dalam mencegah perdarahan post partum.

- (50) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
- (51) Memeriksa keadaan ibu dan kandung kemih tiap 15 menit selama 1 jam pertama post partum dan tiap 30 menit kedua post partum.
- (a) Memeriksa temperatur suhu tubuh ibu setiap 1 jam selama 2 jam post partum.
 - (b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.
- (52) Periksa kembali bayi untuk memastikan bayi bernafas dengan baik (40-60x/menit) serta suhu tubuh normal (36°C-37,5°C).
- (53) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit) lalu cuci dan bilas.
- (54) Buang bahan-bahan terkontaminasi ditempat sampah yang sesuai.
- (55) Bersihkan ibu dengan menggunakan DTT. Bersihkan sisa cairan keruban, lendir, dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih, dan kering.
- (56) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga memberi makanan dan minuman yang diinginkan ibu.
- (57) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- (58) Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- (59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

Dokumentasi

(60) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan kala IV.

2. Masalah

Masalah yang terdapat saat persalinan:

a) Masalah 1

1) Cemas menghadapi proses persalinan.

Tujuan : Mengurangi rasa takut dan cemas selama proses persalinan

Kriteria : Ibu tampak tenang

Intervensi menurut Wiknjastro (2008) :

(a) Jelaskan fisiologis persalinan pada ibu

R/Proses persalinan merupakan proses yang panjang sehingga diperlukan pendekatan.

(b) Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada ibu

R/Seorang ibu bersalin memerlukan penjelasan mengenai kondisi dirinya.

(c) Jelaskan prosedur dan batas tindakan yang diberlakukan

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

b) Masalah 2

1) Ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan

Tujuan :Ibu merasa nyaman terhadap proses persalinan.

Kriteria :Nyeri punggung berkurang, ibu tidak merasa cemas,
ibu merasa tenang.

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008) :

(a) Hadirkan orang terdekat ibu

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

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

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

(c) Berikan usapan punggung

R/Usapan punggung meningkatkan relaksasi.

(d) Pengipasan atau menggunakan anduk sebagai kipas.

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

(e) Pemberian kompres panas pada punggung.

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

c) Masalah 3

1) Kekurangan cairan

Tujuan : Tidak terjadi

Kriteria : Nadi 76-100x/menit, urin jernih, produksi urine
30cc/jam

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008).

(a) Anjurkan ibu untuk minum

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

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

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

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

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

d) Masalah 4

1) Kram tungkai (Varney, *et.al*, 2007:722)

Tujuan : Tidak terjadi kram tungkai

Kriteria : Sirkulasi darah lancar

Intervensi :

(a) Luruskan tungkai ibu inpartu

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

(b) Atur posisi dorso fleksi

R/Relaksasi yang dilakukan secara bergantian dengan dorsofleksi kaki dapat mempercepat peredaran nyeri.

(c) Jangan lakukan pemijatan pada tungkai

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

e) Masalah 5

1) Nyeri karena kontraksi uterus

Tujuan : Ibu merasa nyeri terhadap proses persalinan

Kriteria : Nyeri punggung berkurang dan Ibu merasa berkurang

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008):

(a) Hadirkan orang terdekat ibu

R/ kehadiran orang terdekat mampu memberikan kenyamanan psikologi dan mental ibu yang menghadapi proses persalinan

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

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

(c) Berikan usapan punggung

R/ Usapan punggung meningkatkan relaksasi

(d) Penggunaan handuk sebagai kipas

R/ibu bersalina menghasilkan banyak panas sehingga mengeluh kepanasan dan berkeringat

(e) Pemberian kompres panas pada punggung

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

D. Implementasi

Menurut Kepmenkes No. 938/Menkes/SK/8/2007 bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.dengan kriteria :

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

10. Mencatat semua tindakan yang dilakukan

b) Evaluasi

Tujuan evaluasi adalah adanya kemajuan pada pasien setelah dilakukan tindakan (Estiwidani,2008). Menurut Kepmenkes RI No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.dengan kriteria :

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga
3. Evaluasi dilakukan dengan standar. Hasil evaluasi ditindak lanjutkan sesuai dengan kondii klien/pasien.

c) Dokumentasi

Kepmenkes RI No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status psien/buku KIA) dan ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut :

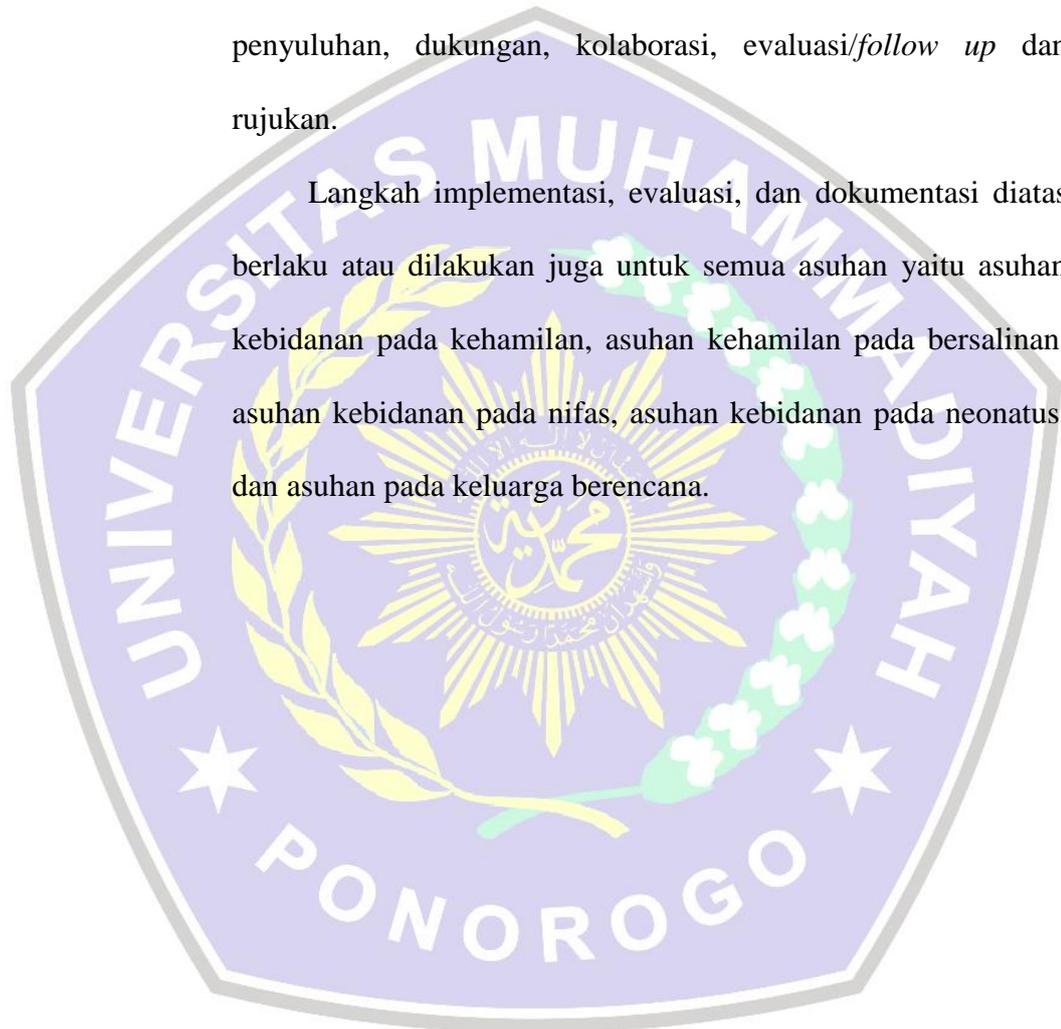
S : Adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.

O : Adalah data objektif , mencatat hasil pemeriksaan.

A :Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P : Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/*follow up* dan rujukan.

Langkah implementasi, evaluasi, dan dokumentasi diatas berlaku atau dilakukan juga untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, asuhan kehamilan pada bersalinan, asuhan kebidanan pada nifas, asuhan kebidanan pada neonatus, dan asuhan pada keluarga berencana.



2.2.3 Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas

A. Pengkajian Data

1. Data Subyektif

a) Biodata

1) Nama

Nama jelas dan lengkap diperlukan untuk menetapkan identitas pasti pasien karena mungkin memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomor telfon yang berbeda (Manuaba,2012)

2) Umur

Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko yaitu umur kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap. Sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentan sekali terjadinya perdarahan dalam masa nifas (Eny,2008)

3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Eny,2008)

4) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya,

sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Eny,2008)

5) Pekerjaan

Seringkali alasan pekerjaan membuat seorang ibu merasa kesulitan untuk memberikan ASI secara eksklusif (Purwanti,2012). Pekerjaan ibu yang berat bisa mengakibatkan kelelahan secara tidak langsung dapat mengakibatkan involusi dan laktasi terganggu. Pada wanita yang bekerja pada saat menyusui perlu adanya informasi tentang teknik laktasi dan penyimpanan ASI (Marmi,2012)

6) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas dan putus kerja karena berbagai alasan dapat menambah sulitnya masalah ekonomi, sehingga mempengaruhi kelangsungan kehamilan (Manuaba,2010).

7) Alamat

Untuk mempermudah kunjungan rumah rumah bila diperlukan (Eny,2008).

b) Keluhan Utama

Menurut Varney,2008, keluhan utama yang sering terjadi pada masa nifas adalah sebagai berikut :

1) After pain

Nyeri setelah kelahiran disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri yang lebih berat pada paritas tinggi adalah disebabkan karena terjadi penurunan tonus otot uterus, menyebabkan relaksasi intermitten (sebentar-sebentar) berbeda pada wanita primipara tonus otot uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi.

2) Keringat berlebih

Wanita pascapartum mengeluarkan keringat berlebih karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraseluler selama kehamilan.

3) Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan oleh kombinasi, akumulasi, dan statis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena statis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ke-3 pascapartum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui, dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam. Nyeri tekan

payudara dapat menjadi nyeri hebat terutama jika bayi mengalami kesulitan dalam menyusui. Peningkatan metabolisme akibat produksi air susu dapat menyebabkan peningkatan suhu tubuh ringan.

4) Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan keyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi atau jahitan laserasi dan episiotomi.

5) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum atau episiotomi derajat tiga atau empat.

6) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari, jika terjadi selama kehamilan, hemoroid menjadi trauma dan menjadi edema selama wanita mendorong bayi pada kala II persalinan karena tekanan bayi dan distensi saat melahirkan.

c) Riwayat Kesehatan

Riwayat kesehatan sekarang

Data yang diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang da hubungannya dengan masa nifas dan bayinya.

Riwayat kesehatan dahulu

Data ini diperlukan untuk mengetahui riwayat atau penyakit akut, kronis, seperti: jantung, Asma, DM, hipertensi, TBC yang dapat mempengaruhi pada masa nifas ini (Ambarwati, 2010).

Riwayat kesehatan keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, yaitu apabila ada penyakit keluarga yang menyertai (Ambarwati, 2010).

- 1) Anemia pada kehamilan yang tidak ditangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan : terjadi sub involusi uteri, menimbulkan perdarahan post partum, memudahkan infeksi perineum, pengeluaran ASI berkurang, terjadi deskompensasi kordis me ndadak setelah persalinan, anemia kala nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba,2010).

2) Penyakit asma

Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O₂ dan CO₂ (Manuaba,2010).

3) Penyakit TBC

Ibu dengan tuberculosis aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Manuaba,2010).

4) Sifilis

Dapat menyebabkan infeksi pada bayi dalam bentuk Lues Kongenital (Pemfigus sifilitus, adaeskuamasi kulit, telapak tangan dan kaki, terdapat kelainan pada mulut dan gigi (Manuaba,2010).

5) Pengaruh penyakit jantung pasca persalinan/nifas menurut Manuaba,2012

(a) Setelah bayi lahir penderita dapat tiba-tiba jath\uh kolaps, yang disebabkan darah tiba-tiba membanjiri tubuh ibu sehingga kerja jantung sangat bertambah, perdarahan merupakan komplikasi yang cukup berbahaya.

(b) Saat laktasi kekuatan jantung diperlukan untuk membentuk ASI.

(c) Mudah terjadi infeksi post partum yang memerlukan kerja tambahan jantung.

6) Ibu yang mengalami episode hipertensi pada kehamilan dapat terus mengalaminya hingga pascapartum (Fraser,2009).

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).

e) Riwayat kebidanan

1) Riwayat haid

Dengan memberikan ASI kembalinya menstruasi atau haid sulit dapat diperhitungkan dan bersifat individu sebagian besar menstruasi kembali setelah 4 sampai 6 bulan. Dalam waktu 3 bulan belum menstruasi, dapat menjamin bertindak sebagai kontrasepsi. Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovarium) sebelum mendapatkan lagi haidnya selama meneteki (Saifuddin,2014).

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 ke-3 berwarna merah. Lochea serosa pada hari ke-4 sampai ke-9 warna kecoklatan. Lochea alba hari ke 10-15 warna putih dan kekuningan. Ibu dengan riwayat pengeluaran lochea purulenta, lochea stasis, infeksi uterin, rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus, dan ibu menyusui kurang dari 2 tahun. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba,2012)

f) Riwayat Kontrasepsi

Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama menyusui. Oleh karena itu metode amenorhe laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali mencegah terjadinya kehamilan (Manuaba,2012). Pemeriksaan postpartum merupakan pemeriksaan yang tepat untuk membicarakan metode KB untuk menjarangkan/menunda kehamilan. Khusus untuk mendapatkan pelayanan kontrasepsi wanita (Metode Operasi Wanita) sama sekali tidak diperlukan hamil (Saleha, 2009).

g) Pola Kebiasaan Sehari-Hari

1) Nutrisi

Ibu menyusui harus mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter setiap harinya (dianjurkan untuk ibu menyusui untuk minum setelah menyusui) (Saleha,2009)

2) Eliminasi

Segera setelah pascapartum kandung kemih edema, mengalami kongesti, dan hipotonik, yang dapat menyebabkan overdistens, pengosongan yang tidak lengkap, dan residu urin yang berlebihan kecuali perawatan diberikan untuk memastikan berkemih secara periodik. Efek persalinan pada kandung kemih dan uretra menghilang dalam 24 jam pertama pascapartum, kecuali wanita mengalami infeksi saluran kemih. Deuresis mulai segera setelah melahirkan dan berakhir hingga hari kelima pascapartum. Deuresis adalah rute utama tubuh untuk membuang kelebihan cairan interstisial dan kelebihan volume cairan (Varney,dkk,2008) .

Miksi dan defekasi diatur sehingga kelancaran kedua sistem tersebut dapat berlangsung dengan baik (Manuaba,2012)

3) Istirahat

Ajurkan ibu untuk beristirahat dengan cukup untuk mencegah kelemahan yang berlebihan. Kurang istirahat akan mempengaruhi jumlah ASI yang dioroduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan tidak mampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri

4) Personal hygiene

Mengajarkan pada ibu bagaimana mengajarkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Sarankan air pada ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya. Pakaian agak longgar terutama terutama id daerah dada sehingga payudara tidak tertekan. Daerah perut tidak perlu diikat dengan kencang karena tidak akan memengaruhi involusi. Kassa pembalut sebaiknya dibuang saat terasa penuh dengan lochera (Manuaba, 2012).

5) Aktivitas

Diskusikan pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu, seperti mengurangi rasa sakit pada punggung.

6) Aktifitas seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu atau dua jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalkan setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan (saifuddin, 2008)

h) Riwayat Perkawinan

Dikaji berapa lama ibu menikah, status menikah sah atau tidak, karena apabila melahirkan tanpa status yang jelas akan berkaitan dengan psikologinya sehingga akan mempengaruhi prosis masa nifasnya (Ambarwati, 2010).

i) Psikososial Dan Spiritual

1) Fase taking in

Periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada sat itu fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering terulang diceritakannya. Hal ini cenderung ibu menjadi pasif terhadap lingkungannya.

2) Fase taking hold

Fase kedua masa nifas adalah fase taking hold berlangsung antara tiga sampai sepuluh hari setelah melahirkan. Pada Fase ini ibu merasa khawatir akan ketidak mampuan dan rasa

tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Pada fase ini ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat dirinya dan bayinya sehingga timbul percaya diri

3) Fase leting go

Fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan dirinya, merawat diri, dan bayinya sudah meningkat (Marmi, 2015).

j) Riwayat ketergantungan

Merokok dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah didalam tubuh., termasuk pembuluh-pembuluh darah pada uterus sehingga menghambat proses involusi, sedangkan alcohol dan narkotika mempengaruhi kandungan ASI yang langsung mempengaruhi perkembangan psikologi bayi dan gangguan proses bonding antara ibu dan bayi (Manuab, 2010).

k) Latar Belakang Sosial Budaya

Menurut saifuddin (2014), kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan, antara lain :

- 1) Menghindari makanan berprotein, seperti ikan/telur
- 2) Penggunaan bebe perut segala pada masa nifas (2-4 jam pertama)

3) Penggunaan kantong es batu pada masa nifas (2-4 jam pertama).

Penggunaan kantong es batu atau pasir untuk menjaga uterus berkontraksi karena merupakan keperawatan yang tidak efektif untuk anonia uteri.

2. Data obyektif

a) Pemeriksaan umum

1) Keadaan umum

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

2) Kesadaran

Untuk mendapat gambaran tentang pasien dapat dilakukan dengan pengkajian derajat kesadaran dari keadaan *composmentis* (keadaan aksimal) sampai dengan *coma* (pasien dalam keadaan tidak sadar) (Sulistyawati, 2010).

b) Tanda-tanda vital

1) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita yang mengalami peningkatan darah secara sistolik dan diastolick, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari(Varney, Kriebs dan Gegor, 2007)

2) Nadi

Denyut nadi yang mengikat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama pascapartum. Hemoragi, demam selama persalinan, dan nyeri akut atau persisten dapat mengurangi proses ini. Apa bila denyut nadi di atas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi pascapartum (Vamey, Kriebs dan Gogor, 2007).

3) Suhu

Suhu 38°C atau lebih yang terjadi antara hari ke-2-10 post partum dan diukur peroral sedikitnya 4 kali sehari disebut sebagai *morbidity puerperalis*. Kenaikan suhu tubuh yang terjadi didalam masa nifas dianggap sebagai infeksi nifas jika tidak dikemukakan sebab-sebab ekstragenital (Saifuddin, 2014)

4) Pernafasan

Nafas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kelelahan, cairan, eksaserbasi, asma, dan embulus paru (Varney, 2008).

c) Pemeriksaan fisik

1) Kepala

(a) Rambut

Warna, kebersihan, ada ketombe atau tidak rontok atau tidak

(b) Hidung

Kebersihan, ada polip atau tidak, ada pernapasan cuping hidung atau tidak

(c) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, sclera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu terinfeksi terinfeksi, bila merah kekuningan ada konjungtivitis. Tidak ada gangguan dalam penglihatan (Sulistyawati, 2009)

(d) Mulut

Bibir, warna bibir, ada stomatitis atau tidak, ada mukosa atau tidak, ada caries gigi atau tidak.

(e) Leher

Normal apabila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada perbesaran limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011).

(f) Payudara

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari beberapa hal berikut yaitu puting susu pecah/pendek/rata, Nyeri tekan, abses, produksi ASI berhenti, dan pengeluaran ASI (saifuddin, 2014).

Menunjukkan adanya kolestrum penatalaksanaan puting susu pada wanita menyusui(Varney, Kriebs, Geger, 2008).

(g) Abdomen

Pada abdomen kita harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan ukuran kandungan kemih(Saifuddin, 2014).

Menurut verney, kriebs, dan gegor(2008), pemeriksaan adomen pascapatum dilakukan secara priode pascartum dini (1 jam – 5 jam) yang meliputi tindak berikut:

(1) Pemeriksaan kandung kemih

Dalam memeriksa kandungan kemih mencari secara spesifik distensi kandungan kemih yang disebabkan oleh retensi urin akibat hipotonisitas kandungan kemih karena trauma selama melahirkan. Kondisi itu dapat mempredisposisi wanita melainkan infeksi kandungan kemih.

(2) Pemeriksaan uterus

Mencatat, lokasi, ukuran, dan konsistensi. Penemuan lokasi uterus dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilicus dan apakah fundus berada pada garis tengah abdomen

atau bergeser ke salah satu lokasi danukuran saling tumpang tindih, karena ukuran ditentukan bukan hanya melalui plasiasi, juga.

(h) Genetalia

Pemeriksaan tipe, kuantitas, dan bau lochia (Varney,dkk.2007). Selain itu, pada genetalia yang harus diperiksa adalah pengeluaran lochia. Hal yang perlu dilihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah penjahitan laserasi atau luka episiotomi, pembengkakan luka dan hemoroid (Saifuddin,2008)

(i) Ekstermitas

Flagmasia alba dolesns yang merupakan salah satu bentuk infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa sangat nyeri, tanpa bendungpembuluh darah, suhu tubuh meningkat(Manuaba, 2012).

d) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat *sahli*. Hasil pemeriksaan Hb dengan *sahli* dapat digolongkan sebagai berikut: Tidak anemia jika hb 11 g%, anemia ringan jika Hb 9-10 g, anemia sedang jika Hb 7-8, anemia berat jika Hb<7 gr% (Manuaba,2010:239).

e) Terapi yang didapat

Terapi yang diberikan pada ibu nifas menurut sulistyawati(2009) yaitu Pil zat besi 40 tablet harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin.

B. Diagnosa Kebidanan

Diagnosa PAPIAH.....hari.....postpartum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak baik (Sulistyawati,2009:156).

PAPIAH post partum hari ke.....laktasi lancar lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jaitan perinium, *after pain*, pengembangan payudara (Varney,2007).

C. Perencanaan

1. Diagnosa: PAPIAH post partum hari ke.....laktasi lancar lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jaitan perinium, *after pain*, pengembangan (Sulistyawati,2009).

Tujuan: Masa nifas berjalan dengan normal tanpa adanya komplikasi bagi ibu dan bayi.

Kriteria: Keadaan umum : Kesadaran kompesmentis

Kontraksi uterus baik (bundar dan keras)

Tanda-tanda vital

Td : 110/70 mmhg

N : 60-80x/menit

S : 36-37,5 oC

R : 16-24x/menit

2. Laktasi normal

Kolostrum merupakan cairan yang pertama kali diproduksi oleh kelenjar payudara ibu yang baru melahirkan dihasilkan dalam waktu 24 jam pertama setelah melahirkan, berwarna kuning atau jernih, kolostrum merupakan yang amat kaya akan bahan anti infeksi. ASI matang akan dikeluarkan kira-kira dimulai pada hari ke-14 (Suherni,2009).

3. Involusi uterus normal

Tabel 2.17

Involusi Uterus Normal Pada Masa Nifas

Waktu involusi Plasenta lahir	Tinggi fundus Sepusat
7 hari	Pertengahan pusat simpisis
14 hari	Tidak teraba
42 hari	Sebesar hamil 2 minggu
56 hari	Normal

Sumber : Manuaba,2010

4. Lochea normal :

Lochea rubra (kruenta) keluar dari ghari ke 1-3 hari, berwarna merah dan hitam. Lochea sanguinolenta, keluar pada hari ke 3-7 hari, berwarna putih bercampur merah. Serosa, keluar pada hari ke 7-14 hari, berwarna kekuningan. Lochea alba keluar setelah hari ke-14, berwarna putih (Manuaba,2010).

5. KU bayi baik

R : 40-60x/menit

S : 36,5-37,5oC

Invervensi menurut Sofian (2012)

- a) Lakukan pemeriksaan TTV, KU, laktasi, involusi, dan lochea

R/ Menilai status ibu dan untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah yang terjadi.

- b) Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya

R/ Menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap zat makanan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan, menyusui bayi setiap 2 jam sekali.

- c) Jelaskan pada ibu mengenai senam nifas

R/ Latihan yang tepat untuk memulihkan kondisi ibu dan keadaan secara fisiologis maupun psikologis

(Maritalia,2012)

- d) Beri konseling ibu tentang KB pasca salin

R/ Untuk menjarangkan anak (Mochtar,2012)

- e) Anjurkan ibu untuk mengimunitasikan bayinya.

R/ Untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan (Marmi,2012)

Masalah :

1) Masalah 1: Gangguan eliminasi

Tujuan : Masalah eliminasi teratasi

Kriteria : Ibu bisa BAK (retensio urin)

Intervensi :

(a) Jelaskan tentang pentingnya BAK dalam masa nifas

R/ibu mengetahui tentang pentingnya eliminasi pada masa nifas

(b) Anjurkan kepada ibu untuk banyak minum air putih minimal 8 gelas perhari atau 2 liter air putih

R/air putih berfungsi sebagai memperlancar kinerja sistem urinaria

(c) Anjurkan kepada ibu untuk tidak menahan BAK jika ada dorongan untuk BAK

R/ menahan BAK dapat memperparah retensi urine

2) Masalah 2 : Konstipasi

Tujuan : Masalah konstipasi teratasi

Kriteria : ibu bisa BAB dengan lancar

Intervensi :

(a) Jelaskan pentingnya BAB setelah pasca persalinan

R/ pasien tidak akan menahan BAB jika ada dorongan untuk BAB

(b) Yakinkan kepada pasien jika berjongkok dan mengejan tidak akan menimbulkan kerusakan pada luka jaitan

R/ menghilangkan rasa takut/ cemas kepada pasien untuk melakukan BAB

(c) Anjurkan pasien untuk mengonsumsi sayuran dan makanan yang banyak mengandung serat

R/ Membantu memperlancar BAB (Sulistiyawati, 2010).

3) Masalah 3 : Nyeri pada luka jaitan perinium

Tujuan: Setelah diberikan asuhan, rasa nyeri teratasi

Kriteria: Rasa nyeri berkurang dan ibu dapat beraktivitas.

Intervensi

(a) Observasi luka jaitan perinium

R/ Untuk mengkaji jaitan perineum dan adanya infeksi

(b) Anjurkan kepada ibu untuk melakukan perawatan perineum yang benar

R/ ibu dapat melakukan perawatan perineum dengan benar, dan dapat mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.

(c) Beri analgesik oral (paracetamol 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu)

R/ meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan dapat berkurang (Sulistyawati, 2010)

4) Masalah 4: *After pain* atau kram perut

Tujuan: Masalah kram perut teratasi

Kriteria: Rasa nyeri pada ibu dapat berkurang sehingga ibu dapat beraktivitas

Intervensi:

(a) Anjurkan kepada ibu untuk mengosongkan kandung kemih jika terasa penuh agar tidak terasa nyeri

R/ Kandung kemih yang penuh mengakibatkan kontraksi uterus yang tidak optimal dan berdampak pada kram perut

(b) Anjurkan ibu untuk tidur secara telungkup bantal dibawah perut

R/ Posisi ini bertujuan untuk menjagakontraksi tetap baik dan menghilangkan rasa nyeri

(c) Jika perlu berikan analgesik (paracetamol, asam ,efenamat, kodein, atau asetaminofen)

R/ M eningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang (Suherni,2009).

5) Masalah 5: Kurangnya perawatan diri

Tujuan: Tidak terjadi infeksi , Ibu mampu melakukan perawatan diri selama nifas secara mandiri.

Kriteria: Ibu tampak lebih nyaman dan segar

Intervensi menurut Purwanti (2013), antara lain :

(a) Anjurkan ibu untuk mandi sehari 2 kali sehari

R/ ibu dapat menjaga cara kebersihan diri sendiri

(b) Berikan penjelasan tentang pentingnya perawatan diri

R/ ibu dapat mengerti bagaimana cara perawatan diri selama nifas

(c) Ajarkan ibu *vulva hygiene* yang benar

R/ dapat mencegah masuknya bibit prnyakit yang masuk melalui vagina

(d) Jika ada tanda- tanda infeksi segera datang ke petugas

Puskesmas

R/ Dapat mencegah komplikai berkanjut.

D. Implementasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI NOMOR 938/Menkes/SK/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efesien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, *preventif*, *kuratif*, dan

rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Dengan kriteria :

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
2. Setiap tindakan asuhan kebidanan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*inform consent*)
3. Melaksanakan tindakan asuhan kebidanan berdasarkan evidence based
4. Melibatkan klien/pasien
5. Menjaga privacy klien
6. Menganjurkan ibu untuk istirahat cukup untuk memulihkan tenaganya
7. Menjelaskan kepada ibu akibat kurang istirahat dan mengurangi ASI dan memperbanyak perdarahan yang dapat menyebabkan depresi serta ketidak mampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri
8. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi secara bertahap
9. Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihannya
10. Memberikan konseling tentang perawatan payudara
11. Memberitahu ibu untuk makan yang banyak gizi
12. Memberikan ibu terapi tablet tambah darah, mencegah perdarahan dan memperlancar ASI

13. Menggunakan sumberdaya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai

14. Melakukan tindakan sesuai standar

15. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan (Marmi,2010)

E. Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, mengulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tapi belum efektif (Muslihatun,2010).

F. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI (2007), pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut :

S : Adalah data subyektif, mncatat hasil anamnesa.

O : Adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P : Adalah pelaaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan pelaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif,

penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. Langkah implementasi evaluasi dan dokumentasi diatas berlaku atau dilakukan juga untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, neonatus, dan keluarga berencana.



2.2.4 Asuhan Kebidana Pada Bayi Bayu Lahir

A. Pengkajian

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Dengan kriteria.

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).

b) Keluhan utama

Terjadi seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, *oral thrush* (moniliiasis/sariawan), *diaper rash* (Marmi, 2012).

c) Riwayat antenatal

Menurut Varney, Kriebs dan Gegor, (2007) bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu kelahiran. Jumlah kunjungan pranatal dicatat bersama setiap masalah pranatal yang ada. Semua hasil laboratorium dan pengujian pranatal termasuk laporan ultrasonografi, harus ditinjau. Kondisi pranatal

dan kondisi intrapartum yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan bayi baru lahir.

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 prediktor infeksi neonatal. Cairan amnion berwarna mekonium meningkatkan risiko penyakit pernapasan. Medikasi selama persalinan seperti analgesik, anestetik, magnesium sulfat dan glukosa dapat mempengaruhi perilaku dan metabolisme bayi baru lahir. Abnormalitas plasenta dan kedua pembuluh darah tali pusat dikaitkan dengan peningkatan insiden anomali neonatus (Walsh, 2007).

e) Riwayat post natal

Menurut Varney, Kriebs dan Gegor, (2007) bidan harus meninjau catatan kelahiran bayi tentang tanda-tanda vital dan perilaku bayi baru lahir. Perilaku positif antara lain menghisap, kemampuan untuk makan, kesadaran, berkemih, dan mengeluarkan mekonium. Perilaku mengkhawatirkan meliputi gelisah, letargi, aktivitas

menghisap yang buruk atau tidak ada, dan tangisan yang abnormal.

f) Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Kebutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan.

Taksiran kebutuhan selama dua bulan pertama adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energi sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marmi, 2012).

Kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonatus dapat dilihat pada tabel 2.5 sebagai berikut:

Tabel 2.18

Kebutuhan Dasar Cairan dan Kalori pada Neonatus

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

Saifuddin, Abdul bari, 2009

2) Eliminasi

a) Buang Air Kecil (BAK)

BAK bayi normalnya mengalami berkemih 7 sampai 10 kali per hari. Untuk menjaga bayi tetap bersih, hangat dan kering maka setelah BAK harus diganti popoknya. Biasanya terdapat urine dalam jumlah yang kecil pada kandung kemih bayi saat lahir, tetapi ada kemungkinan urine tidak dikeluarkan selama 12-24 jam.

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).

3) Istirahat dan tidur

Bayi baru lahir sampai usia 3 bulan rata-rata bayi tidur selama 16 jam sehari. Pada umumnya bayi terbangun sampai malam hari pada usia 3 bulan. Jumlah waktu tidur bayi berkurang seiring dengan bertambahnya usia bayi (Marmi, 2012).

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. Pencucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urine dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah (Walsh, 2007).

5) Aktifitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut (Saifuddin, 2009).

6) Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga di dapat pola tidur yang lebih baik (Saifuddin, 2009). 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 dan Cooper, 2009).

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 (Wiknjosastro, 2005:256). Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan (Saifuddin, 2011).

b) Tanda-tanda vital

1) Pernafasan

Pernafasan cepat pada menit-menit pertama ± 80 kali/menit disertai pernafasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan interkostal serta rintihan hanya berlangsung 10–15 menit (Wiknjosastro, 2005). Pada pernapasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi dan ekspirasi. Gerak pernapasan 30 sampai 50 kali per menit (Saifuddin, 2009).

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°C dan suhu kulit abdomen dalam rentang 36-36,5°C (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:882). Suhu tubuh paling kurang diukur satu kali sehari. Bila suhu rektal di bawah 36°C, bayi ini harus diletakkan di tempat yang lebih panas misalnya di dalam inkubator yang mempunyai suhu 36°C-32°C, dalam pangkuan ibu atau bayi dibungkus dan diletakkan botol-botol hangat disekitarnya. Dapat pula dipakai lampu yang disorotkan ke arah bayi. Disamping pemanasan harus pula dipikirkan kemungkinan bayi menderita infeksi. Suhu rektal diukur setiap ½ jam sampai suhu tubuh diatas 36°C (Wiknjosastro, 2005).

3) Nadi

Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180/menit yang kemudian turun sampai 140/menit-120/menit pada waktu bayi berumur 30 menit (Wiknjosastro, 2005). Frekuensi jantung 120-160x/menit ketika istirahat (Walsh, 2008). Frekuensi jantung bayi cepat sekitar 120-160 kali per menit serta berfluktuasi selaras dengan fungsi pernafasan bayi,

aktifitas atau dalam kondisi tidur (Fraser dan Cooper, 2009).

c) Antropometri

1) Berat badan

Berat badan 3 hari pertama terjadi penurunan, hal ini normal karena pengeluaran air kencing dan mekonium. Pada hari ke-4, berat badan naik (Wiknjosastro, 2007). Berat badan sebaiknya tiap hari dipantau. Penurunan berat badan lebih dari 5% dari berat badan waktu lahir, menunjukkan kekurangan cairan (Saifuddin, 2009). Berikut disajikan tabel 2.20 mengenai penurunan berat badan sesuai umur :

Tabel 2.19
Penurunan Berat Badan dan Kenaikan Sesuai Umur

umur	Penuruunana atau kenaikan BB yang dapat diterima dalam bulan pertama
1 minggu	Turun sampai 10%
2-4 minggu	setidak-tidaknya 160 gram perminggu (setidaknya 15 gram perhari)
1 bulan minggu pertama	setidak-tidaknya 300 gram dalam bulan pertama
Bila penimbangan dilakukan setiap harinya dengan alat minggu pertama	Dak ada penurunan berat badan atau kurang dari 10%
Setelah minggu pertama	Setiap hari terjadi kenaikan pada bayi kecil setidaknya 20 gram

Sumber : Wiknjosastro. 2008

d) Panjang badan

Panjang bayi diukur dari ujung kepala sampai tumit, dengan keyakinan bahwa kaki terekstensi penuh (Walsh, 2008). Menurut Varney, Kriebs dan Gegor, (2007). panjang bayi baru lahir paling akurat dikaji jika kepala bayi baru lahir terletak rata terhadap permukaan yang keras. Kedua tungkai diluruskan dan kertas dimeja pemeriksaan diberi tanda. Setelah bayi baru lahir dipindahkan, bidan kemudian dapat mengukur panjang bayi dalam satuan sentimeter.

e) Ukuran kepala menurut Winkjosastro (2005) meliputi:

- 1) Dimeter suboksipito-bregmatikus : 9,5-10 cm
- 2) Diameter oksipito-frontalis : 11-12 cm
- 3) Diameter oksipito metalis : 13,5-15 cm
- 4) Diameter submento-bregmatika : 9,5-10 cm
- 5) Diameter biparietalis : 9,5-10 cm
- 6) Diameter bitemporalis : 8-10 cm

(a) Sirkumferensia suboksipito-berghmatikus:33-34 cm

(b) Sirkumferensia submento-bregmatikus:32-33cm

(c) Sirkumferensia oksipito frontalis : 33-35 cm

(d) Sirkumferensia mento-oksipitalis : 34-35,5 cm

f) Lingkar dada : 33-38 cm

g) Lingkar lengan : \pm 11 cm

h) 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 suksedaneum* (ciri-cirinya, pada perabaan teraba benjolan lunak, berbatas tidak tegas, tidak berfluktuasi tetapi bersifat edema tekan), *sefal hematoma* (ciri-cirinya, pada perabaan teraba adanya fluktuasi 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 sub aponeurotik atau fraktur tulang tengkorak. Perhatikan adanya kelainan seperti *anensefali*, *mikrosefali*, *kraniotabes* dan sebagainya (Marmi, 2012).

2) 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 perdarahan konjungtiva. Periksa adanya sekret pada mata, konjungtivitis oleh kuman gonokokus dapat menjadi panoftalmia dan menyebabkan kebutaan (Marmi, 2012).

3) Hidung

Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm. Periksa adanya pernafasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernafasan (Marmi, 2012).

4) Mulut

Simetris, tidak ada sumbing (skizis), refleks hisap kuat, saliva berlebihan dikaitkan dengan fistula atau atresia trakeoesofagus (Walsh, 2007). Terdapat adanya stomatitis pada mulut merupakan tanda adanya *oral thrush* (Marmi, 2012). Salivasi tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna (Saifuddin, 2006). Membran mukosa

mulut lembab dan berwarna merah muda. Reflek menghisap dan menelan terkoordinasi. (Fraser dan Cooper, 2009).

5) Telinga

Tulang kartilago telinga telah sempurna dibentuk (Fraser dan Cooper, 2009). Pemeriksa dalam hubungan letak dengan mata dan telapak (Saifuddin, 2006).

6) Leher

Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhialis. Adanya lipatan kulit yang berlebihan di bagian belakang leher menunjukkan adanya kemungkinan trisomi 21 (Marmi, 2012).

7) Dada

Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernafas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks, paresis diafragma atau hernia diafragma. Pernafasan yang normal dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan. Tarikan sternum atau interkostal pada saat bernafas perlu diperhatikan. Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk baik dan tampak simetris (Marmi, 2012).

8) 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, 2012).

9) 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, 2012).

(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, 2012).

10) Anus

Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya. Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya mekonium plug syndrom, megokolon atau obstruksi saluran cerna (Marmi, 2012).

11) Ekstremitas

Ukuran setiap tulang harus proporsional untuk ukuran seluruh tungkai dan tubuh secara umum. Tungkai harus simetris harus terdapat 10 jari. Telapak harus terbuka secara penuh untuk memeriksa jari ekstra dan lekukan telapak tangan. Sindaktili adalah penyatuan atau penggabungan jari-jari, dan polidaktili menunjukkan jari ekstra. Kuku jari harus ada pada setiap jari. Panjang tulang pada ekstremitas bawah harus dievaluasi untuk ketepatannya. Lekukan harus dikaji untuk menjamin simetrisitas. Bayi yang lahir dengan presentasi bokong berisiko tinggi untuk mengalami kelainan panggul kongenital (Walsh, 2008).

12) 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 yang tidak rata (*Cutis Marmorata*), telapak tangan, telapak kaki atau kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat atau kuning. Bercak-bercak besar biru yang sering terdapat di sekitar bokong (*Mongolian Spot*) akan menghilang pada umur 1-5 tahun (Saifuddin, 2006). 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 dan Cooper, 2009).

13) Pemeriksaan neurologis

Pemeriksaan neurologis merupakan indikator integritas sistem saraf. Baik respons yang menurun (hipo) maupun yang meningkat (hiper) merupakan penyebab masalah (Varney, Kriebs dan Geger, 2007).

(a) Refleksi melangkah (*stepping reflex*)

Bayi akan menggerak-gerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras (Marmi, 2012).

(b) Refleksi menelan (*swallowing reflex*)

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

(c) Refleksi berkedip (*glabellar reflex*)

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

(d) Refleksi menghisap (*suckling reflex*)

Benda menyentuh bibir disertai refleksi menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat. Dilihat pada waktu bayi menyusui (Marmi, 2012).

(e) Refleksi mencari (*rooting reflex*)

Ketika pipi atau sudut mulut bayi disentuh, bayi akan menoleh ke arah stimulus dan membuka mulutnya (Marmi, 2012).

(f) Refleks menggenggam(*grasping reflex*)

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

(g) Refleks terkejut (*morro reflex*)

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

(h) Refleks babinsky

Goreskan telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Ketika telapak kaki bayi tergores, bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki

hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi (Marmi, 2012).

(i) Refleks menoleh(*tonikneck reflex*)

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

(j) Refleks ekstruksi

Cara mengukurnya dengan sentuh lidah dengan spatel lidah. Pada kondisi normal lidah ekstensi ke arah luar bila disentuh dengan jari atau puting (Marmi, 2012).

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 :

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: Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik. Kemungkinan masalah hipoglikemi, hipotermi, ikterik, seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, *oral trush*, *diaper rash* (Marmi, 2012).

C. Perencanaan

Diagnosa : Neonatus normal, usia 1-28 hari, aterm, lahir normal /tindakan/secso caesarea, jenis kelamin laki-laki/perempuan, KU baik.

Tujuan : Bayi dapat beradaptasi dengan lingkungan.

Kriteria :Bayi merasa nyaman. Orang tua tidak khawatir. tidak terjadi komplikasi pada bayi.

Intervensi :

1. Beritahu ibu tentang hasil pemeriksaan

R/ ibu mengetahui kondisi bayinya dan kooperatif dengan petugas.

2. Jelaskan pada ibu dan keluarga mengenai perubahan fisiologis, pada bayi usia 1-28 hari.

R/ Dengan diberikan penjelasan mengenai perubahan perubahan fisiologis, ibu mampu merawat bayinya.

3. Jelaskan kebutuhan dasar pada bayi baru lahir

R/ ibu dapat memenuhi kebutuhan dasar pada bayinya

4. jelaskan tanda bahaya bayi pada orang tua

R/ Jika ditemui tanda bahaya orang tua segera merujuk untuk perawatan lebih lanjut.

5. Ajarkan pada orang tua perawatan sehari-hari untuk bayi baru lahir.

R/ Orang tua mengerti cara perawatan bayi sehari-hari

6. Anjurkan ibu untuk melakukan kunjungan neonatal minimal 3x kunjungan yaitu : kunjungan ke 1 (KN1) pada 6-48 jam, KN 2 dilakukan pada 3-7 setelah bayi lahir, KN 3 pada waktu 8-28 hari.

R/untuk memantau keadaan neonatus (Walyani,2014).

Potensial masalah

a) Masalah I : Hipotermi

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

Kriteria: 1) Tidak ada tanda-tanda hipotermi, seperti bayi tidak mau menetek, tampak lesu, tubuh teraba dingin, denyut jantung bayi menurun, kulit tubuh bayi mengeras/sklerema (Saifuddin, 2010).

2) Suhu bayi 36,5-37,5°C (Marmi, 2012)

Intervensi menurut Marmi (2012) adalah:

(a) Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksila atau kulit.

R/Penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh, yang dapat menjadi indikator awal stres dingin.

(b) Cegah kehilangan panas tubuh bayi, misalnya dengan mengeringkan bayi dan mengganti segera popok yang basah.

R/Bayi dapat kehilangan panas melalui evaporasi.

(c) Kaji tanda-tanda hipotermi.

R/Selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kematian (Saifuddin, 2010).

b) Masalah 2 : Ikterik

Tujuan : Ikterik tidak terjadi

Kriteria :1) Kadar bilirubin serum tidak kurang dari 12,5 mg/dL

2) Tidak ada tanda-tanda ikterus, seperti warna kekuning-kuningan pada kulit, mukosa, sklera, dan urine (Marmi 2012).

Intervensi menurut Marmi (2012) antara lain:

(a) 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.

(b) Mengkaji faktor-faktor risiko.

R/Riwayat prenatal tentang imunisasi Rh, inkompatibilitas ABO, penggunaan aspirin pada ibu, sulfonamida, atau obat-obatan antimikroba, dan cairan amnion berwarna kuning (indikasi penyakit hemolitik tertentu) merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat.

(c) Mengkaji tanda dan gejala klinis ikterik.

R/Pola penerimaan ASI yang buruk, letargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya refleks moro merupakan tanda-tanda awal ensefalopati bilirubin (kern ikterus).

(d) Berikan ASI sesegera mungkin, dan lanjutkan setiap 2-4 jam.

R/Mekonium memiliki kandungan bilirubin yang tinggi dan penundaan keluarnya mekonium meningkatkan reabsorpsi bilirubin sebagai bagian dari pirau enterohepatik. Jika kebutuhan nutrisi terpenuhi, akan memudahkan keluarnya mekonium (Varney, Kriebs dan Geger, 2007).

c) Masalah 3: Hipoglikemi

Tujuan : Hipoglikemi tidak terjadi

- Kriteria : 1) Kadar glukosa dalam darah ≥ 45 mg/dL
- 2) Tidak ada tanda-tanda hipoglikemi yaitu kejang, letargi, pernapasan tidak teratur, apnea, sianosis, pucat, menolak untuk minum ASI, tangis lemah dan hipotermi (Marmi, 2012)

Intervensi :

- (a) Kaji bayi baru lahir dan catat setiap faktor risiko.

R/Bayi preterm, bayi ibu dari diabetes, bayi baru lahir dengan asfiksia, stres karena kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk berisiko mengalami hipoglikemi.

- (b) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemi.

R/Tanda-tanda hipoglikemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

- (c) Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10 % bagi bayi yang berisiko hipoglikemia.

R/Nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglikemia.

- (d) Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan strip-kimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1–2 jam setelah kelahiran.

R/Bayi yang berisiko harus dikaji tidak lebih dari 2 jam setelah kelahiran, serta saat sebelum pemberian ASI, apabila terdapat tanda ketidaknormalan dan setiap 2–4 jam hingga stabil.

(e) Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat, dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal.

R/Tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energi bayi menurut (Marmi, 2012).

d) Masalah 4 : Miliariasis

Tujuan : Miliariasis teratasi.

Kriteria : Tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi cairan diseluruh tubuh.

Intervensi:

(a) Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa mengeringkan terlebih dahulu.

R/Pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat memperparah miliariasis.

(b) Kenakan pakaian katun untuk bayi.

R/Bahan katun dapat menyerap keringat.

(c) Mandikan bayi secara teratur 2 kali sehari.

R/Mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat yang berlebihan

(d) Bawa periksa ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal, luka/lecet, rewel dan sulit tidur.

R/Penatalaksanaan lebih lanjut

(e) Bila berkeringat, seka tubuhnya sesering mungkin dengan handuk, lap kering, atau washlap basah.

R/Meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat (Marmi, 2012).

e) Masalah 5 : Muntah dan gumoh

Tujuan : Bayi tidak muntah dan gumoh setelah minum.

Kriteria : 1) Tidak muntah dan gumoh setelah minum

2) Bayi tidak rewel

Intervensi :

(a) Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel atau menangis.

R/Mengurangi masuknya udara yang berlebihan

(b) Sendawakan bayi selesai menyusui.

R/Bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui (Marmi, 2012).

D. Pelaksanaan tindakan

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidencebased* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI,2007).

E. Evaluasi

Menurut Kepmenkes RI No.938/Menkes/NK/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. Evaluasi atau penilaian dilakuakn secara setelah selesai melakukan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada pada klien/ keluarga. Hasil evaluasi harus ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien :

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melakukan asuhan sesuai kondisi klien.
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga.
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
4. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

F. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI No.938/Menkes/NK/VII 2007, sesuai dengan standar Asuhan Kebidanan. Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria :

1. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA)

2. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

S : Adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa.

O : Adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P : Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. Langkah implementasi, evaluasi dan dokumentasi diatas berlaku atau dilakukan juga untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, neonatus, dan keluarga berencana.

2.2.5 Asuhan Keluarga Berencana

A. Pengkajian data

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Dengan kriteria:

1. Data tepat, akurat dan lengkap
2. Terdiri dari Data Subjektif (hasil Anamnesa; biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya)
3. Data Objektif (hasil Pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang).

a) Data subyektif

1) Biodata

(a) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan pelayanan (Ambarwati,2010).

(b) Umur

Wanita usia <20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk

menjarangkan kehamilan dan usia >35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifuddin,2010).

(c) Agama

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

(d) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat semakin efektif menggunakan metode KB yang dianjurkan yaitu kontak, suntikan KB, susuk KB atau AKBK (Alat Kontrasepsi Bawah Kulit), AKDR (Alat Kontrasepsi Bawah Rahim) (Manuaba,2012).

(e) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak diduga (Mochtar, 2011).

(f) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Eny, 2011).

2) Keluhan utama

Keluhan utama pada ibu pasca persalinan menurut Saifuddin (2010) adalah :

- (a) Usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan.
- (b) Usia >35 tahun tidak ingin hamil lagi. (Affandi, 2012).

3) Riwayat kebidanan

(a) Haid

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:MK-4). Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalinan insersi implan dapat dilakukan setiap saat. Bila menyusui penuh, klien tidak perlu memakai metode kontrasepsi lain. Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, insersi dapat dilakukan setiap saat tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja (Affandi, 2012:MK-68). Wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efek estrogen yang rendah (Manuaba, 2010).

(b) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu

Pada klien pasca persalinan yang tidak menyusui, masa infertilitasnya rata-rata berlangsung sekitar 6 minggu. Sedangkan pada klien yang menyusui, masa infertilitasnya lebih lama. Namun kembalinya kesuburan

tidak dapat diperkirakan (Affandi.2012:U-52).Riwayat kehamilan ektopik merupakan kontraindikasi penggunaan kontrasepsi mini pil (Affandi,2012:MK-52).Pasien yang tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septik tidak boleh menggunakan kontrasepsi IUD (Affandi:MK-83).

4) Riwayat KB

Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada akseptor, pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implant, IUD) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2014:168).Pasien yang pernah mengalami problem ekspulsi IUD, ketidakmampuan mengetahui tanda-tanda bahaya dari IUD, ketidakmampuan untuk memeriksa sendiri ekor IUD merupakan kontra indikasi untuk KB IUD (Hartanto, 2013).

5) Riwayat kesehatan

(a) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke (Affandi.2012).

(b) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin (Affandi,2012:U-52).

(c) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah $< 180/110$ mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (*sickle cell*) (Affandi,2012:MK-88).

6) Pola kebiasaan sehari-hari

(a) Nutrisi

DMPA merangsang pusat pengendali nafsu makan di hipotalamus, yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak dari biasanya (Hartanto, 2013).

(b) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot (Hartanto, 2013).

(c) Kehidupan seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido (Saifuddin, 2010:MK-42).

(d) Istirahat/tidur

Gangguan tidur yang dialami ibu akseptor KB suntik sering disebabkan karena efek samping dari KB suntik tersebut (mual, pusing, sakit kepala) (Saifuddin, 2010:MK-35).

7) Riwayat Ketergantungan

Merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah risiko terjadinya miokard infark, stroke dan keadaan trombo-embolik (Hartanto, 2013). Ibu yang menggunakan obat tuberkulosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat) tidak boleh menggunakan pil progestin (Affandi, 2012:MK-55).

b) Data obyektif

1) Pemeriksaan umum

(a) Tanda-tanda vital

Suntikan progestin dan implan dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah < 180/110 mmHg (Affandi, 2012:MK-43).

(b) Pemeriksaan antropometri

(1) Berat badan

Permasalahan berat badan merupakan efek samping penggunaan kontrasepsi hormonal, terjadi peningkatan atau penurunan berat badan (Affandi, 2012:MK-42, MK-50). 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).

2) Pemeriksaan fisik

(a) Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Affandi, 2012:MK-50).

(b) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin (Affandi, 2012:MK-52). Akibat terjadi perdarahan hebat memungkinkan terjadinya anemia (Affandi, 2012:MK-75).

(c) Payudara

Keterbatasan pada penggunaan KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara (Affandi, 2012:MK-49, MK-55). Terdapat benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implant (Affandi, 2012:MK-55).

Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma seperti karsinoma payudara atau serviks, namun progesteron termasuk DMPA, digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2013).

(d) Abdomen

Peringatan khusus bagi pengguna implant bila disertai nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010:MK-58).

(e) Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenore (Hartanto, 2013). Ibu dengan varises di vulva dapat menggunakan AKDR (Affandi, 2012:MK-77).

Efek samping yang umum terjadi dari penggunaan AKDR diantaranya mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (*spotting*) antar menstruasi, dan komplikasi lain dapat terjadi perdarahan hebat pada waktu haid (Affandi, 2012:MK-75).

(f) Ekstremitas

Pada pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan (Affandi, 2012:MK-58). Ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan AKDR (Affandi, 2012:MK-77).

Untuk kontrasepsi IUD, selain dilakukan pemeriksaan fisik juga dilakukan pemeriksaan inspekulo dan bimanual untuk penapisan.

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 :

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

P_{APIAH} usia 15-49 tahun, anak terkecil usia tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik, dengan kemungkinan masalah mual, sakit kepala, *amenorhea*, perdarahan/bercak, nyeri perut bagian bawah, perdarahan pervaginam. Prognosa baik.

C. Perencanaan

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

1. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif
2. Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga

3. Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga
4. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien
5. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumberdaya serta fasilitas yang ada.

a) Diagnosa : P_{APIAH} usia 15-49 tahun, anak terkecil usia tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik. Prognosa baik.

Tujuan: 1) Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif.

2) Pengetahuan ibu tentang macam-macam, cara kerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah.

3) Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya.

Kriteria: 1) Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas, Ibu memilih salah satu KB yang sesuai, Ibu terlihat tenang.

Intervensi :

- (a) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan
R/Meyakinkan klien membangun rasa percaya diri.

- (b) 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.

- (c) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontraindikasi.

R/Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang dia inginkan

- (d) Bantulah klien menentukan pilihannya.

R/Klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

- (e) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.

R/Penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien

- (f) 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.

- (g) 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. (Affandi 2012:U-3-U-4).

b) Potensial masalah

1) Masalah 1: *Amenorrhea*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria : Ibu bisa beradaptasi dengan keadaannya

Intervensi menurut Affandi (2012:MK-49) :

(a) Kaji pengetahuan pasien tentang *amenorrhea*

R/Mengetahui tingkat pengetahuan pasien

(b) Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul di dalam rahim

R/Ibu dapat merasa tenang dengan keadaan kondisinya.

(c) Bila terjadi kehamilan hentikan penggunaan KB, bila kehamilan ektopik segera rujuk.

R/Penggunaan KB pada kehamilan dapat mempengaruhi kehamilan dan kehamilan ektopik lebih besar pada pengguna KB.

2) Masalah 2: Perdarahan bercak/*spotting*

Tujuan :Setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya

Kriteria :Keluhan ibu terhadap masalah bercak/*spotting*
berkurang

Intervensi menurut Affandi (2012:MK-49) adalah:

(a) Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah dan biasanya tidak memerlukan pengobatan.

R/Klien mampu mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek menggunakan KB hormonal adalah terjadinya perdarahan bercak/*spotting*.

(b) Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya.

3) Masalah 3 : Perdarahan pervaginam yang hebat

Tujuan :Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi penggunaan KB

Kriteria : Perdarahan berkurang dan ibu tidak khawatir dengan kondisinya.

Intervensi menurut Affandi (2012:MK-79) :

(a) Pastikan dan tegaskan adanya infeksi pelvik dan kehamilan ektopik

R/Tanda dari kehamilan ektopik dan infeksi pelvik adalah berupa perdarahan yang banyak.

(b) Berikan terapi ibuprofen (800mg, 3 kali sehari selama 1 minggu) untuk mengurangi perdarahan dan berikan tablet besi (1 tablet setiap hari selama 1-3 bulan)

R/Terapi ibuprofen dapat membantu mengurangi nyeri dan karena perdarahan yang banyak maka diperlukan tablet tambah darah.

(c) Lepasakan AKDR jika klien menghendaki

R/Perdarahan yang banyak merupakan komplikasi dari penggunaan AKDR.

D. Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, mengulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tapi belum efektif (Muslihatun,2010).

E. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI (2007:7), pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut :

S : Adalah data subyektif, mncatat hasil anamnesa.

O : Adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P : Adalah pelaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan pelaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. Langkah implementasi evaluasi dan dokumentasi diatas berlaku atau dilakukan juga untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, neonatus, dan keluarga berencana.

