

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Dasar

2.1.1. Konsep Dasar Kehamilan

A. Pengertian Kehamilan

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 10 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan ke 4 sampai bulan keenam, triwulan ke 3 dimulai dari bulan ke 7 sampai 9 bulan (Prawirohardjo, 2009: 89).

Kehamilan adalah suatu keadaan fisiologis yang normal, sehingga penting bagi kita untuk dapat mengenal dengan baik perubahan-perubahan yang normal atau tidak normal akibat kehamilan tersebut. Tujuan pemeriksaan kehamilan adalah untuk pemeliharaan kesehatan ibu dan bayi yang sehat. (Firman. Dkk. 2014: 80).

B. Klasifikasi kehamilan

1. Trimester pertama (antara 0-12 minggu)

Ketika wanita dinyatakan hamil, maka kadar progesteron dalam tubuh akan meningkat dan akan menimbulkan mual,

muntah pada pagi hari, lemah, letih dan mebesarnya payudara. Pada awal kehamilannya ibu akan membenci perubahan yang terjadi pada dirinya. Banyak ibu merasa kecewa, terjadi penolakan, kecemasan, dan kesedihan (Nirwana, 2011: 21)

2. Trimester kedua (antara 13 sampai 26 minggu)

Ibu sudah menerima kehamilannya dan dapat mulai menggunakan energi dan pikirannya secara lebih konstruktif.

Pada trimester ini ibu dapat merasakan kehamilannya. Banyak ibu merasa terlepas dari kecemasan dan rasa tidak nyaman seperti yang dirasakan pada trimester pertama (Wulandari, 2009: 34-35).

3. Trimester ketiga (antara 27 sampai 40 minggu)

Pada trimester ketiga ibu akan bersikap melindungi bayinya dan akan menghindari orang atau benda apa saja yang dianggap membahayakan bayinya. Seorang ibu mungkin mulai merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu melahirkan dan merasa khawatir akan keselamatannya. (Wulandari 2009: 35).

C. Proses Kehamilan

Proses kehamilan harus ada spermatozoa, ovum, pembuahan ovum (konsepsi), dan nidasi (inplantasi) hasil konsepsi. Ovum yang dilepas oleh ovarium disapu kearah ostium, tuba abdominalis, dan disalurkan terus ke arah medial. Kemudian

jutaan spermatozoa ditumpahkan di forniks vagina dan disekitar porsio pada waktu koitus. Tapi hanya satu spermatozoa yang mempunyai kemampuan (kapasitasi) untuk membuahi.

Fertilisasi (pembuahan) adalah penyatuan sel telur dengan sel sperma yang di stimulasi oleh hormon estrogen ini terjadi di tuba fallopi. Pada saat ovulasi, ovum akan didorong keluar dari folikel de graf dan kemudian ditangkap oleh fimbriae.

Pembuahan akan dimulai dengan terbentuknya sigot setelah inti sel telur dan inti sel sperma. Setelah itu terjadi persaingan sperma, dimana hanya dibutuhkan satu sel sperma untuk membuahi ovum.

Ovum yang telah dibuahi (zigot) memerlukan waktu 6-8 hari untuk berjalan kedalam oterus. Selama perjalanan tersebut, zigot berkembang melalui pembelahan sel yang sederhana setiap 12-15 jam sekali, namun ukurannya tidak berubah. Ketika mencapai oterus, zigot yang merupakan masa sel disebut morulla kemudian terpisah menjadi 2 lapisan yaitu masa sel luar dan masa sel dalam yang disebut blaskokist (Hutahayyan, 2013: 20).

D. Fisiologi Kehamilan

1. Sel Telur (Ovum)

Ovum ini mempunyai diameter (0,1 mm), ditengah-tengahnya dijumpai nokleus yang terapung-apung dalam sitoplasma yang kekuning-kuningan yakni vitelus. Vitelus ini

banyak mengandung banyak karbohidrat dan asam amino. Ovum dikelilingi oleh zona pellucida, diluar zona pellucida ditemukan koronaradiata, dan didalamnya terdapat ruang perivitalina, tempat-tempat benda kutub (Saifuddin, 2009: 140).

Urutan pembuatan ovum (Oogenesis):

- a) Oogonium
- b) Oocyte pertama (primary oocyte)
- c) Primary Ovarium Follicle
- d) Liqueur folikularis
- e) Pematangan Pertama Ovum
- f) Pematangan Kedua Ovum pada saat sperma membuahi ovum.

(Mochtar, 2015: 16)

2. Sel mani (spermatozoon)

Sperma bentuknya seperti kecebong, terdiri atas kepala, yang berbentuk lonjong agak gepeng berisi inti (nukleus), leher (yang menghubungkan kepala dengan bagian tengah), dan ekor yang dapat bergetar sehingga sperma dapat bergerak dengan cepat. Panjang ekor kira-kira 10x bagian kepala.

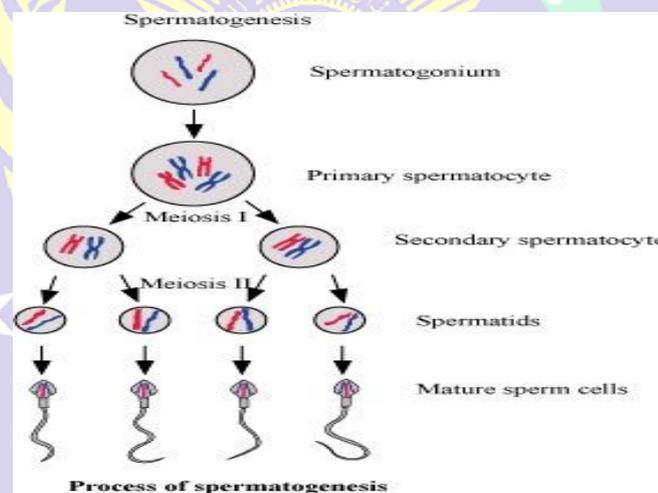
Secara embrional, spermatogonium berasal dari sel-sel primitif tubulus testis. Setelah bayi laki-laki lahir, jumlah

spermatogonium yang ada tidak mengalami perubahan sampai masa akhil baliqh. Pada masa pubertas, dibawah pengaruh sel-sel intrasel leydig. Sel-sel spermatogonium tadi mulai aktif mengadakan mitosis dan terjadilah spermatogenesis.

Urutan pertumbuhan sperma (spermatogenesis):

- 1) Spermatogonium, membelah dua
- 2) Spermatosit pertama, membelah dua
- 3) Sepermatosit kedua. Membelah dua
- 4) Spermatid, kemudian tumbuh menjadi,
- 5) Spermatozoon

(Mochtar, 2015: 16-17)



Gambar 2.1

Pertumbuhan sperma

Sumber : Mochtar, 2015 : 18

3. Pembuahan

Pembuahan adalah suatu peristiwa penyatuan antar sel mani dengan sel telur dituba fallpi. Hanya satu sperma yang telah mengalami proses kapasitasi yang dapat melinbtasi zona

pelusida dan masuk kevitelus ovum. Setelah itu zona pelusida mengalami perubahan sehingga tidak dapat dilalui oleh sperma lain. Proses ini diikuti oleh penyatuan kedua pronuklei yang disebut zigot, yang terdiri atas acuan genetik dari wanita dan pria. Pembuahan mungkin akan menghasilkan :

Zigot-XX, menurunkan bayi perempuan atau

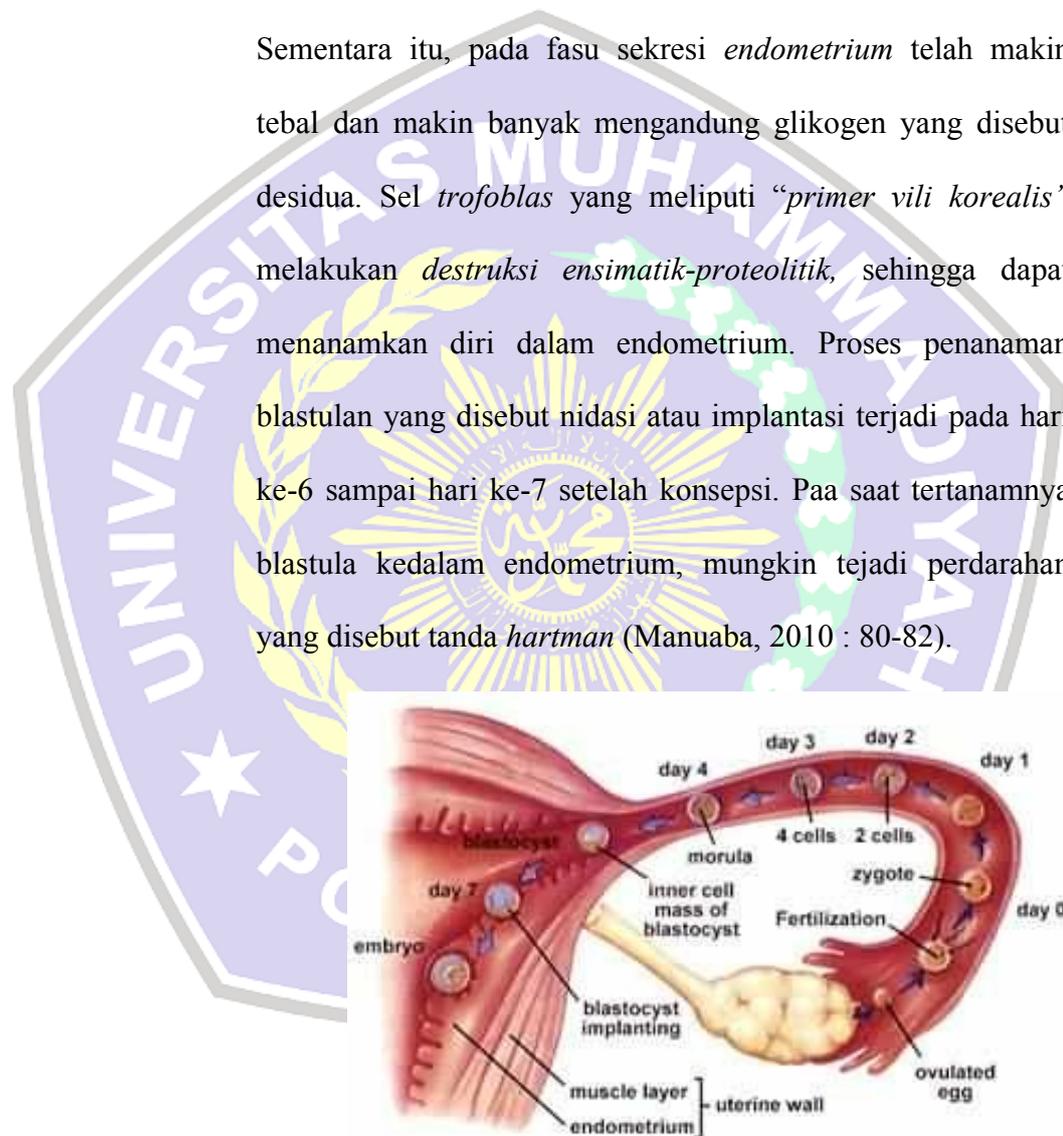
Zigot XY, melahirkan bayi laki-laki.

Dalam beberapa jam setelah pembuahan, mulailah pembelahan zigot selama 3 hari sampai stadium morula. Hasil konsepsi ini tetap digerakkan kearah rongga rahim oleh arus dan getaran rambut getar (silia) dan kontraksi tuba. Hasil konsepsi tiba dalam kavum uteri pada tingkat blastula. (Mochtar, 2015: 17).

4. Nidasi (implantasi)

Setelah pertemuan kedua inti *ovum* dan *spermatozoa*, terbentuk zigot yang dalam beberapa jam telah mampu membelah dirinya menjadi dua dan seterusnya. Bersamaan dengan pembelahan inti, hasil konsepsi terus berjalan menuju uterus. Hasil pembelahan sel memenuhi seluruh ruangan dalam ovum dan disebut stadium *morulla*. Selama pembelahan sel di bagian luar morulla yang kemungkinan berasal dari *korona radiata* yang menjadi sel *trofoblas*. Sel *trofoblas* dalam pertumbuhannya, mampu mengeluarkan hormon *gonadotropin*

yang mempertahankan korpus luteum gravidarum. Pembelahan berjalan terus dan didalam morulla terbentuk ruangan yang mengandung cairan yang disebut blastula. Perkembangan dan pertumbuhan berlangsung. Blastula dengan *vilikorealis* yang dilapisi sel *trofoblas* telah siap untuk *nidasi*. Sementara itu, pada fase sekresi *endometrium* telah makin tebal dan makin banyak mengandung glikogen yang disebut desidua. Sel *trofoblas* yang meliputi "*primer vili korealis*" melakukan *destruksi ensimatik-proteolitik*, sehingga dapat menanamkan diri dalam endometrium. Proses penanaman blastulan yang disebut *nidasi* atau implantasi terjadi pada hari ke-6 sampai hari ke-7 setelah konsepsi. Pada saat tertanamnya blastula kedalam endometrium, mungkin terjadi perdarahan yang disebut tanda *hartman* (Manuaba, 2010 : 80-82).



Gambar 2.2
Perkembangan ovum dan perjalanannya menuju kavum uteri

Sumber : Marmi, 2015 : 110

5. Plasentasi dan mukosa rahim

Plasentasi adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta. Pada manusia plasentasi terjadi 12-18 minggu setelah fertilisasi. Tiga minggu pasca dimulai pembentukan *vili korealis*, *vili korealis* ini akan bertumbuh menjadi suatu masa jaringan yaitu plasenta (Saifudin, 2009: 145-146). *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 *reptroplasenter* pada hari ke-14 sampai hari ke-14 setelah konsepsi. Bagian desidua yang tidak dihancurkan membagi plasenta sekitar 15-20 *kotiledon maternal*. Pada janin plasenta akan dibagi menjadi sekitar 200 *kotiledon fetus*. Setiap *kotiledon fetus* terus bercabang dan mengembang ditengah aliran darah, fungsinya untuk memberikan nutrisi, pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim ibu. Darah ibu dan janin tidak berhubungan langsung dipisahkan oleh lapisan *trofobls* dinding pembuluh darah janin. Fungsinya dilakukan berdasarkan sistem osmosis dan enzimatik serta *pinositosis*. Situasi plasenta demikian disebut sistem *plasenta-hemokorial*. (Maanuaba, 2010 : 85).

Mukosa rahim pada wanita yang tidak hamil terdiri atas stratum kompakum dan stratum spongiosum. Deidua adalah mukosa rahim kehamilan yang terbagi atas :

- 1) Desidua basalis : yang terletak diantara hasil konsepsi dan dinding rahim, tempat terjadinya plasentasi.
- 2) Desidua kapsularis : yang meliputi hasil konsepsi kearah rongga rahim, dan lama-kelamaan bersatu dengan desidua vera karena oblitalis, dan
- 3) Desidua vera (parietalis) : yang meliputi lapisan dalam dinding rahim lainnya. (Mochtar, 2015 : 17-19).

E. Tanda – Tanda Kehamilan

1. Tanda presuntif / tanda tidak pasti adalah perubahan – perubahan yang dirasakan oleh ibu (subyektif) yang timbul selama kehamilan.

Yang termasuk tanda presuntif / tanda tidak pasti :

- a) Amenorrhoe (tidak dapat haid)

Pada wanita sehat dengan haid yang teratur, amenorrhoe menandakan kemungkinan kehamilan. Gejala ini sangat penting karena umunya wanita hamil tidak dapat haid lagi.

Penting diketahui tanggal hari pertama haid terakhir, supaya dapat ditentukan tuanya kehamilan dan tafsiran tanggal persalinan dengan memakai rumus dari naegele.

Kadang – kadang amenorrhoe disebabkan oleh hal-hal lain

diantaranya penyakit berat seperti TBC, Typhus, Anemia atau karena pengaruh psychis misalnya karena perubahan lingkungan (dari desa ke Asrama) juga dalam masa perang sering timbul amenorrhoe pada wanita.

b) Nausea (enek) dan emesis (muntah)

Enek terjadi umumnya pada bulan – bulan pertama kehamilan sampai akhir triwulan pertama disertai kadang – kadang oleh muntah. Sering terjadi pada pagi hari, tetapi tidak selalu. Keadaan ini lazim disebut morning sickness.

Dalam batas tertentu keadaan ini masih fisiologis, namun bila terlampau sering dapat mengakibatkan gangguan kesehatan dan disebut dengan hiperemesis gravidarum.

c) Mengidam (menginginkan makanan atau minuman tertentu)

Sering terjadi pada bulan-bulan pertama dan menghilang seiring tuanya kehamilan.

d) Mamae menjadi tegang dan membesar

Keadaan ini disebabkan oleh pengaruh estrogen dan progesteron yang merangsang duktus dan alveoli pada mamae, sehingga glandula montgomery tampak lebih jelas.

e) Anoreksia (tidak ada nafsu makan)

Terjadi pada bulan – bulan pertama, tetapi setelah itu nafsu makan akan timbul lagi. Hendaknya dijaga jangan sampai salah pengertian makan untuk “dua orang”, sehingga kenaikan berat badan tidak sesuai dengan tuanya kehamilan.

f) Sering kencing

Terjadi karena kandung kemih pada bulan – bulan pertama kehamilan tertekan oleh uterus yang mulai membesar.

Pada triwulan kedua umumnya keluhan ini hilang karena oleh uterus yang membesar keluar dari rongga panggul.

Pada akhir triwulan gejala bisa timbul kembali karena janin mulai masuk kerongga panggul dan menekan kembali kandung kemih.

g) Obstipasi

Terjadi karena tonus otot menurun yang disebabkan oleh pengaruh hormon steroid.

h) Epulis

Suatu hipertrofi papilla gingivae. Sering terjadi pada triwulan pertama.

i) Varises (penekan vena-vena)

Sering dijumpai pada triwulan terakhir. Didapat pada daerah genitalia eksterna, fosa poplitea, kaki dan betis.

Pada multigravida kadang – kadang varises ditemukan pada kehamilan yang terdahulu, kemudian timbul kembali pada triwulan pertama, kadang – kadang timbulnya varises merupakan gejala pertama krhamilan muda.

(Nugroho, 2014 : 60-63)

2. Tanda pasti kehamilan

Tanda – tanda pasti ini diketahui setelah wanita hamil 16 minggu atau lebih. Ditandai dengan adanya:

- a) Terdengar bunyi jantung janin, gerakan janin pada primigravida dapat dirasakan oleh ibunya pada kehamilan 18 minggu, sedangkan pada multigravida pada kehamilan 16 minggu, karena telah berpengalaman dari kehamilan terdahulu. (Nugroho dkk, 2014 : 65)
- b) Melihat, meraba atau mendengar pergerakan anak saat melakukan pemeriksaan. (Sunarti, 2013 : 79)
- c) Melihat rangka janin pada sinar Ro atau dengan menggunakan ultasonografi (Sunarti, 2013 : 99)

F. Pertumbuhan dan perkembangan janin

1. Perkembangan embrio

Fase embrionik adalah fase pertumbuhan dan perkembangan makhluk hidup selama masa embrio yang diawali dengan peristiwa *fertilisasi* sampai terbentuknya janin. Fase fertilisasi adalah pertemuan antara sel sprma dengan sel ovum dan akan

menghasilkan zygot. Zygot akan melakukan pembelahan sel atau *cleavage*. Melalui serangkaian tahapan, masa sel yang membelah disebut morulla. Setelah morula mengalami pembelahan secara terus menerus, maka akan menjadi blastula. Didalam blastula terdapat cairan yang disebut *blastosoel*. Bentuk lanjutan dari blastula yang pelekukan tubuhnya sudah semakin nyata dan mempunyai lapisan dinding tubuh embrio serta rongga tubuh (Marmi, 2011 : 58-59)

2. Perkembangan janin

Uraian tentang pertumbuhan fungsi organ janin diatas dapat dilihat pada tabel 2.3



Gambar 2.3
Pertumbuhan janin usia 8-40 minggu
Sumber : varney et al, 2008 : 502

Tabel 2.1
Perkembangan fungsi organ janin

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

Sumber :Saifuddin, 2011 : 157-159

G. Perubahan anatomi dan adaptasi fisiologis pada ibu hamil

Perubahan anatomi dan perubahan fisiologis pada sistem reproduksi serta payudara adalah sebagai berikut :

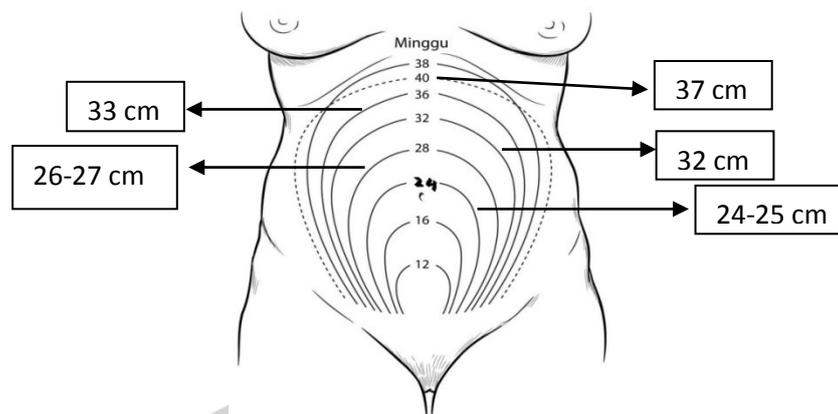
1. Perubahan uterus

Uterus akan membesar pada bulan-bulan pertama dibawah pengaruh estrogen dan progesteron yang kadarnya meningkat. Pada kehamilan 8 minggu uterus membesar, sebesar telur bebek, pada kehamilan 12 minggu sebesar telur angsa, pada kehamilan 26 minggu sebesar kepala bayi dan semakin membesar sesuai dengan usia kehamilan dan ketika usia kehamilan sudah aterm dan pertumbuhan janin normal pada kehamilan 28 minggu tinggi fundus uteri 25 cm, pada 32 minggu 27cm, pada 36 minggu 30 cm, pada kehamilan 40minggu TFU turun kembali dan terletak 3 jari dibawah prosesus xyfoideus. (Rukiyah dkk, 2009 : 39).

Tabel 2.2
Perkembangan tinggi fundus uteri (TFU)

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

Sumber : Rukiyah dkk, 2009 : 40



Gambar 2.4

Perkembangan tinggi fundus uteri (TFU)

Sumber : Prawirohardjo (2010:158)

2. Serviks uteri

Vaskularasi ke serviks meningkat selama kehamilan, sehingga serviks menjadi lebih lunak dan warnanya lebih biru. Perubahan serviks terutama terdiri atas jaringan fibrosa. Glandula servikalis mensekresikan lebih banyak mucus dan plak bahan mucus yang akan menutupi kanalis servikalis. Fungsi dari plak mucus ini adalah untuk menutup kanalis servikalis dan untuk memperkecil resiko infeksi genitalia yang meluas keatas. (Rukiyah dkk, 2009 : 40)

3. Segmen bawah uterus

Segmen bawah uterus berkembang dari bagian atas kanalis servikalis setinggi ostium interna berama-sama ishmus uteri. Segmen bawah lebih tipis dari pada segmen atas dan menjadi lunak serta berdelitasi selama minggu – minggu terakhir kehamilan, segmen bagian bawah baru menipis dan menegang setelah persalinan terjadi (Rukiyah dkk, 2009 : 41)

4. Vagina dan vulva

Vagina dan vulva akibat hormone estrogen mengalami perubahan pula. Adanya hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah. Agak kebiruan (livide) disebut tanda chadwick. Vagina membiru karena pelebaran pembuluh darah. (Rukiyah dkk, 2009 : 41)

5. Ovarium

Mulai kehamilan 6 minggu, fungsi diambil alih oleh plasenta, terutama fungsi reproduksi progesteron dan estrogen. Selama kehamilan ovarium tenang/istirahat. tidak terjadi pembentukan dan pematangan folikel baru, tidak terjadi ovulasi, tidak terjadi siklus hormonal menstruasi. (Sukarni, dkk. 2013 : 67)

6. Payudara

Mammae akan membesar dan tegang akibat hormone somatomammotropin, estrogen dan progesteron akan tetapi belum mengeluarkan air susu. Pada kehamilan akan terbentuk lemak sehingga mammae menjadi lebih besar. Apabila mammae akan membesar, lebih tegang dan tampak lebih hitam seperti seluruh areola mammae karena hiperpigmentasi. Dan pada kehamilan 12 minggu keatas dari puting susu dapat keluar

cairan berwarna putih agak jernih (kolostrum). (Rukiyah, dkk.2009 : 42).

7. Pigmentasi kulit

Terjadi pada kehamilan 12 minggu keatas. Pada pipi, hidung dan dahi, kadang-kadang tampak deposit pigmen yang berlebihan dikenal sebagai kloasma gravidarum (topeng kehamilan). (Nugroho, 2014 : 63-64).

Perubahan kulit yang lain adalah varises yaitu kondisi dimana terjadi karena tubuh sedang menyesuaikan diri untuk menyuplai aliran darah ekstra ke bayi. Varises ditandai oleh munculnya guratan kebiruan yang biasanya muncul pada kaki. Selain tidak enak dipandang, varises juga bisa membuat tidak nyaman dan kadang menimbulkan rasa sakit (Santi, 2009: 78)

Selain varises perubahan pigmentasi kulit pada ibu hamil yaitu garis hitam pada perut, hal itu sebenarnya penghubung otot perut yang sudah ada sebelum hamil dalam warna lebih terang yang sebut linea alba. Linea alba ini yang warnanya berubah menggelap karena kehamilan dan menjadi linea nigra.

Linea nigra biasanya membentang dari perut ke daerah kemaluan dengan tebal 0,6- 1,3 cm. garis ini menghitam biasanya terlihat jelas ketika usia kehamilan 5 bulan ataupun sebelumnya. Linea nigra ini timbul karena tingginya kadar estrogen dan progesterone dalam tubuh ibu hamil yang mana

menstimulasi melanosit menghasilkan melanin dimana melanin adalah pigmen yang membuat warna kulit menjadi gelap. Semakin tinggi kadar hormon tersebut maka semakin tinggi pula melanin yang dihasilkan yang berujung pada semakin hitamnya garis linea nigra ini. Ibu hamil dengan warna kulit gelap akan memiliki linea nigra dengan warna yang lebih gelap juga. Namun ada juga ibu hamil yang tidak memiliki linea nigra itu juga bukan hal yang tidak normal. hal ini bisa terjadi karena kulit ibu yang terlalu putih. Linea nigra kadang membuat ibu hamil risih dengan garis hitamnya tersebut padahal itu adalah hal yang normal. ibu hamil bisa memperhatikan asupan makanan terutama kandungan asam folat yang tinggi dapat membantu mengurangi munculnya linea nigra. Walaupun begitu konsumsi asam folat tetap harus sesuai anjuran dokter ya. Asam folat sebaiknya kita perbanyak dari makanan alami seperti jeruk dan sayuran hijau. (Santi, 2009 : 78-80).

8. Sirkulasi Darah

Volume darah semakin meningkat dan jumlah serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi pengenceran darah (hemodelusi). Sel darah merah semakin meningkat jumlahnya untuk dapat mengimbangi pertumbuhan janin dalam rahim, tetapi penambahan sel darah tidak

seimbang dengan peningkatan volume darah sehingga terjadi hemodelusi yang disertai anemia fisiologis (Manuaba, 2010: 93).

9. Sistem Respirasi

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

10. Sistem pencernaan

Menurut Djuisar Sulin dalam buku Ilmu Kebidanan (2009: 185), seiring dengan makin membesarnya uterus, lambung, dan usus akan tergeser. Perubahan yang nyata terjadi pada penurunan motilitas otot polos pada traktus digestivus. Mual terjadi akibat penurunan asam hidrokloroid dan penurunan motilitas, serta konstipasi akibat penurunan motilitas usus besar. Gusi akan menjadi lebih hiperemis dan lunak sehingga dengan trauma sedang saja bisa menyebabkan perdarahan. Epulis selama kehamilan akan muncul. Hemorroid juga merupakan suatu hal yang sering terjadi akibat konstipasi dan peningkatan tekanan vena pada bagian bawah karena pembesaran uterus.

11. Sistem perkemihan

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

12. Metabolisme

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

- a. Metabolisme basal naik sebesar 15-20% dari semula, terutama pada trimester ketiga.
- b. Keseimbangan asam basa mengalami penurunan dari 155 mEq per liter menjadi 145 mEq per liter disebabkan hemodelusi darah dan kebutuhan mineral yang diperlukan janin.
- c. Kebutuhan protein wanita hamil makin tinggi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, perkembangan organ kehamilan, dan persiapan laktasi. Dalam makanan diperlukan protein tinggi sekitar 0,5 g/kg berat badan atau sebutir telur ayam sehari.
- d. Kebutuhan kalori didapat dari karbohidrat, lemak dan protein.

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

H. Perubahan psikologis

1. Perubahan peran selama kehamilan

Bila ibu biasanya akan mengalami perubahan psikologis dan pada saat itu ibu akan mencoba untuk beradaptasi terhadap peran barunya melalui tahap-tahap berikut :

a) Tahap antisipasi

Tahap ini wanita akan mengalami adaptasi perannya dengan mengubah peran sosialnya melalui latihan formal seperti kelas khusus kehamilan ataupun informal melalui model peran. Meningkatnya frekuensi interaksi dengan wanita hamil dan ibu muda lainnya akan mempercepat proses adaptasi untuk mencapai penerimaan peran barunya sebagai orang tua.

b) Tahap penerimaan peran dan mencoba menyesuaikan diri

Pada tahap ini wanita sudah mulai menerima peran barunya dengan cara mencoba menyesuaikan diri. Wanita akan mengubah posisinya dari penerima kasih sayang dari ibunya menjadi pemberi kasih sayang pada bayinya.

c) Tahap stabil

Pada tahap ini terjadi peningkatan dari tahap sebelumnya sampai wanita mengalami titik stabil dalam penerimaan peran barunya. Wanita akan melakukan aktifitas-aktifitas yang positif dan lebih fokus pada kehamilannya.

d) Tahap akhir

Pada tahap ini wanita mengadakan perjanjian dengan dirinya sendiri untuk sedapat mungkin menepati janji mengenai kesepakatan – kesepakatan internal yang telah ia buat berkaitan dengan apa yang akan ia perankan sejak saat ini sampai bayinya lahir. (Kuswanti.2014: 94-95)

2. Perubahan dan adaptasi psikologis pada kehamilan trimester pertama

Trimester pertama ini sering dirujuk sebagai masa penentuan. Penentuan untuk wanita menerima kenyataan bahwa ia sedang hamil. Trimester pertama juga sering menjadi masa kekhawatiran dan penantian.

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

kesedihan. Sering kali, biasanya pada awal kehamilannya, ibu berharap untuk tidak hamil. Hampir 80% kecewa, menolak, gelisah, depresi dan murung.

Kejadian gangguan jiwa sebesar 15% pada trimester 1 yang kebanyakan pada kehamilan pertama. Sebagian wanita yang mendatangi klinik menderita depresi, terutama pada mereka yang ingin menggugurkan kandungannya.

Perubahan psikologis yang terjadi pada kehamilan trimester 1 didasari pada teori revarubin. Teori ini menekankan pada pencapaian peran sebagai ibu, yaitu untuk mencapai peran ini seorang wanita memerlukan prses belajar melalui serangkaian aktifitas.

Beberapa tahapan aktivitas penting seseorang menjadi ibu adalah sebagai berikut :

- a) *Taking on* , seorang wanita dalam pencapaian peran sebagai ibu akan memulainya dengan meniru dan melakukan peran ibu.
- b) *Taking in*, seorang wanita sudah mulai membayangkan peran yang dilakukan.
- c) *Letting go*, wanita mengingat kembali proses dan aktivitas yang sudah dilakukan.

(Kamariyah, dkk, 2014: 39)

3. Perubahan dan adaptasi psikologis pada kehamilan trimester kedua

Trimester ke II sering dikatakan periode pancaran kesehatan. Hal ini disebabkan selama TM II wanita umumnya merasa baik dan terbebas dari ketidaknyamanan kehamilan. TM II dibagi menjadi 2 fase prequikening dan postquikening. Quikening sebagai fakta kehidupan, bertambahnya daya dorong psikologis wanita yang mengalami TM II. Akhir dari TM II dan selama postquikening TM II, wanita tersebut akan terus mengkaji dan mengevaluasi segala aspek yang berhubungan dengan ibunya sendiri. Wanita hamil mungkin mengalami konflik yang bertentangan dengan ibunya dapat terlihat sebagai ibu yang baik. Kejadian ini tidak terjadi sampai setelah lahir, sampai wanita hamil menikmati kedekatan dengan ibunya dan proses dikatakan mengurangi transfer identitasnya sendiri. Pada waktu yang bersamaan dia menjadi penerima. Menurut berada padanya sebagai pemberi perhatian kebanyakan wanita merasa lebih erotis selama TM II hamil 80% wanita hamil mengalami peningkatan dalam hubungan seks. Pada TM II relative lebih bebas dari ketidaknyamanan fisik, ukuran perut belum menjadi suatu hal yang bermasalah. Lubrikasi vagina lebih banyak, lebih menarik keraguan dan depresi sudah surut, wanita hamil

berganti dari mencari perhatian ibunya menjadi mencari perhatian pasangannya, semua faktor ini berperan pada peningkatan libido dan kepuasan seks. (Pantikawati, dkk 2010 : 73).

4. Perubahan dan adaptasi psikologis pada kehamilan trimester ketiga

Trimester ke 3 sering disebut sebagai periode penantian. Sekarang wanita menanti kehadiran bayinya sebagai bagian dari dirinya, wanita hamil tidak sabar untuk segera melihat bayinya. (Pantikawati, dkk.2010:73)

Gerakan bayi dan membesarnya perut merupakan dua hal yang mengingatkan ibu pada bayinya. Kadang-kadang ibu merasa khawatir bahwa bayinya akan lahir sewaktu-waktu. Ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaannya akan timbulnya tanda dan gejala terjadinya persalinan. Ibu sering kali merasa khawatir atau cemas apakah bayi yang akan dilahirkannya normal. Kebanyakan ibu juga akan bersikap melindungi janinnya dan akan menghindari orang atau benda apa saja yang dianggap membahayakan janinnya. Seorang ibu mungkin mulai merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu melahirkan. Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ketiga dan banyak ibu yang merasa dirinya aneh dan jelek. Disamping ibu

mulai merasa sedih karena akan berpisah dari janinnya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama masa hamil. Pada trimester inilah ibu memerlukan penjelasan dan dukungan dari suami, keluarga dan bidan.

Trimester ketiga merupakan saat persiapan aktif untuk kelahiran bayi yang akan dilahirkan dan bagaimana rupanya. Mungkin juga nama bayi yang akan dilahirkan juga sudah dipilih. Trimester ketiga adalah saat persiapan aktif untuk kelahiran bayi dan menjadi orang tua. Keluarga mulai menduga-duga tentang jenis kelamin bayinya (apakah laki-laki atau perempuan) dan akan mirip siapa. (Kamariyah, dkk.2014:44).

I. Kebutuhan fisiologis kehamilan

1. Nutrisi

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

Makanan diperlukan untuk:

- a) Pertumbuhan janin
- b) Plasenta/uterus
- c) Buah dada
- d) Organ lain

(Pantikawati, dkk.2010 : 89)

2. Protein

Protein sangat dibutuhkan untuk perkembangan buah kehamilan yaitu untuk pertumbuhan janin, uterus, plasenta, selain itu untuk ibu lebih penting untuk pertumbuhan payudara dan kenaikan sirkulasi ibu (protein plasma, hemoglobin, dll).

Wanita tidak hamil konsumsi protein yang ideal adalah 0,9 gram/kg BB/hari tetapi selama hamil dibutuhkan tambahan protein hingga 30 gram/hari. Protein yang dianjurkan adalah protein hewani seperti daging, susu, telur, keju dan ikan karena mereka mengandung komposisi asam amino yang lengkap. Susu dan produk susu disamping mengandung sebagai sumber protein adalah juga kaya dengan kalsium (Kuswanti.2014 :118)

3. Mineral

Pada prinsipnya semua mineral dapat dipenuhi dengan makanan sehari-hari yaitu buah-buahan, sayuran dan susu. Hanya besi yang tidak dapat terpenuhi dengan makanan sehari-hari. Kebutuhan akan besi pada pertengahan kedua kehamilan kira-kira 17 mg/hari. Untuk kebutuhan ini dibutuhkan suplemen besi 30 mg sebagai ferrous, ferofumarat atau feroglukonat perhari dan pada kehamilan kembar atau pada wanita yang sedikit anemic dibutuhkan 60-100 mg/hari (Kuswanti.2014, 2014 : 119).

4. Eliminasi

Masalah buang air kecil tidak mengalami kesulitan, bahkan cukup lancar, dengan kehamilan terjadi perubahan hormonal, sehingga daerah kelamin menjadi lebih basah. Situasi basah ini menyebabkan jamur (trikomonas) tumbuh. Sehingga wanita hamil mengeluh gatal dan mengeluarkan keputihan. Rasa gatal sangat mengganggu sehingga sering digaruk. Saat berkemih terdapat residu (sisa) yang memudahkan infeksi kandung kemih, dengan minum dan menjaga kebersihan sekitar alat kelamin. Wanita perlu mempelajari cara membersihkan alat kelamin yaitu dengan gerakan dari depan kebelakang setiap kali berkemih atau buang air besar, dan harus menggunakan tisu atau lap atau handuk yang bersih setiap kali melakukannya.

5. Seksual

Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti :

- a) Sering abortus dan kelahiran premature
- b) Perdarahan pervaginam
- c) Koitus harus dilakukan dengan hati-hati terutama pada minggu terakhir kehamilan

d) Bila ketuban sudah pecah, koitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin intrauteri. (Kuswanti, 2014:121).

6. Istirahat

Dengan adanya perubahan fisik pada ibu hamil, salah satunya beban berat pada perut sehingga terjadi perubahan sikap tubuh, tidak jarang ibu mengalami kelelahan, oleh karena itu istirahat dan tidur sangat penting untuk ibu hamil. Pada trimester akhir kehamilan diiringi dengan bertambahnya ukuran janin, kadang ibu sulit untuk menentukan posisi tidur yang nyaman. Posisi tidur yang nyaman pada ibu hamil adalah miring ke kiri, kaki kiri lurus, kaki kanan sedikit menekuk kedepan dan diganjal bantal, dan untuk mengurangi rasa nyeri pada perut ganjal dengan bantal pada perut bawah bagian kiri.

(Sulistyawati, 2011:117).

7. Senam hamil

Senam hamil merupakan salah satu kegiatan dalam pelayanan selama kehamilan (*prenatal care*). Senam hamil akan memberikan suatu hasil produk kehamilan *outcome* persalinan yang lebih baik, dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak melakukan senam hamil. Kegunaan senam hamil didalam *prenatal care* dilaporkan akan menaikkan dan mengurangi terjadinya berat badan bayi lahir rendah, serta mengurangi

terjadinya persalinan premature. Secara keseluruhan senam hamil akan berdampak sebagai suatu kenaikan kesehatan wanita hamil itu sendiri menjadi lebih baik lagi. (Sunarsih, 2011:129).

Senam hamil dilakukan setelah usia lebih dari 20 minggu. Hal ini dikarenakan pada 20 minggu pertama kehamilan merupakan tahapan penting pertumbuhan dan perkembangan janin. Sedangkan setelah 20 minggu, kondisi kandungan yang semakin membesar meningkatkan beban ibu sehingga dianjurkan melakukan senam untuk menjaga stamina. Berdasarkan usia kehamilan, senam hamil bisa menjadi 4 tahapan, yaitu tahap pertama 22-25 minggu, tahap kedua 26-30 minggu, tahap ketiga 31-35 minggu, dan tahap terakhir diatas 36 minggu, yaitu saat menjelang persalinan (Fitasari 2016: 68).

J. Kebutuhan psikologis kehamilan

1. Dukungan keluarga

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

menginterpretasikannya berdasarkan kebutuhan masing-masing. (Kusmiyanti, dkk 2013: 133),

2. Dukungan tenaga kesehatan

Peran tenaga kesehatan dalam perubahan dan adaptasi psikologi adalah dengan memberi support atau dukungan moral bagi klien, meyakinkan bahwa klien dapat menghadapi kehamilannya dan perubahan yang dirasakannya adalah suatu yang normal. Tenaga kesehatan harus bekerja sama dan membangun hubungan yang baik agar terjalin hubungan yang terbuka antara petugas kesehatan dengan klien. (Kusmiyanti dkk, 2013:134).

3. Rasa aman dan nyaman selama kehamilan

Ada dua kebutuhan utama yang ditunjukkan wanita selama ia hamil, kebutuhan pertama ialah menerima tanda-tanda bahwa ia dicintai dan dihargai. Kebutuhan kedua adalah ia merasa yakin akan penerimaan pasangannya terhadap sang anak dan mengasimilasi bayi tersebut kedalam keluarga, (Kusmiyati, dkk, 2013:134-135)

4. Persiapan menjadi orang tua

Menjadi orang tua merupakan proses yang terdiri dari dua komponen, komponen pertama bersifat praktis atau mekanis, melibatkan keterampilan kognitif dan motorik. Komponen kedua bersifat emosional, melibatkan keterampilan afektif dan

kognitif. Kedua komponen ini penting untuk perkembangan dan keberadaan bayi. (Kusmiyati, 2008: 137).

5. Kebutuhan obat- obatan

Pada masa kehamilan, perubahan fisiologis akan terjadi secara dinamis hal ini dikarenakan terbentuknya unit fetal-plasental-maternal. Karena perubahan fisiologis inilah maka farmakokinetika obat baik absorpsi, distribusi, metabolisme maupun ekskresi pun ikut berubah (Kusmiyati, 2008: 138)

6. Pekerjaan

Wanita hamil tetap dapat untuk bekerja namun aktivitas yang dijalannya tidak boleh terlalu berat. Istirahat untuk wanita hamil dianjurkan sesering mungkin. Seorang wanita hamil dianjurkan untuk menghentikan aktivitas apabila mereka merasakan gangguan dalam kehamilan, pekerjaan yang membutuhkan aktivitas berat, berdiri dalam jangka waktu yang lama, pekerjaan dalam industri mesin, dan pekerjaan yang memiliki efek samping lingkungan (contih: limbah) yang harus dimodifikasi.

Menurut undang-undang perburuhan, wanita hamil berhak mendapatkan cuti 1,5 bulan sebelum bersalin dan 1,5 bulan sesudah melahirkan.

(Kuswanti, 2014 : 133)

7. Lingkungan

Pada masyarakat yang selalu bepergian dan berpindah-pindah masalah yang sering terjadi adalah kurangnya informasi mengenai kesehatan karena diakibatkan sulitnya akses kesehatan yang mereka dapatkan, kebiasaan mereka yang berpindah-pindah mengakibatkan pelayanan kesehatan yang berkesinambungan tidak bisa didapatkan oleh mereka. (Indrayani. 2011: 54).

8. Bepergian

Meskipun dalam keadaan hamil, ibu masih membutuhkan relaksasi untuk menyegarkan pikiran dan perasaan, misalnya mengunjungi objek wisata atau pergi keluar kota.

Hal-hal yang dianjurkan apabila ibu hamil bepergian adalah sebagai berikut:

- a) Hindari pergi ke suatu tempat yang ramai, sesak, dan panas serta berdiri terlalu lama ditempat itu karena akan dapat menimbulkan sesak nafas sampai akhirnya jatuh pingsan.
- b) Apabila bepergian selama kehamilan, maka duduk dalam jangka waktu lama harus dihindari karena dapat menyebabkan peningkatan resiko bekuan darah vena dalam dan tromboflebitis.

- c) Wanita hamil dapat mengendarai mobil maksimal 6 jam dalam sehari dan harus berhenti selama 2 jam lalu berjalan selama 10 menit.
- d) Sabuk pengaman sebaiknya selalu dipakai, sabuk tersebut diletakkan dibawah perut ketika kehamilan sudah besar.

(Indrayani, 2011: 57)

9. Pakaian

Pakaian harus longgar, bersih dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut dan leher :

- a) Stocking tungkai tidak dianjurkan karena dapat menghambat sirkulasi
- b) Pakailah BH yang menyokong payudara dan harus mempunyai tali yang besar sehingga tidak terasa sakit pada bahu
- c) Memakai sepatu dengan tumit yang tidak terlalu tinggi
- d) Pakaian dalam yang selalu bersih.

(Pantikawati, 2010: 92)

10. Personal hygiene

Kebersihan diri membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman pada ibu hamil. Untuk menjaga kebersihan diri dengan cara mandi yang teratur minimal 2 kali sehari, mengganti pakaian dan alas tempat tidur serta lingkungan dimana ibu hamil tinggal. Ibu hamil harus

tetap bersih, segar dan wangi. Merawat alat kelamin dengan baik dengan menggunakan antiseptik dan selalu diingat bahwa membersihkan vagina dari arah depan ke belakang. (Vuny, 2012: 12)

Tujuan menjaga personal hygiene pada ibu hamil antara lain mencegah penyakit/infeksi, mempertahankan dan menambah kesehatan ibu, mencegah komplikasi pada ibu hamil, peningkatan kesehatan diri, memperbaiki kesehatan pribadi, meningkatkan kepercayaan diri

a. Kebersihan rambut

Ibu hamil mungkin akan mengalami kerontokan rambut akibat gangguan perubahan hormon sehingga keadaannya menjadi lebih tipis dibandingkan keadaan normal. Jumlah dan lamanya kerontokan berbeda-beda antara satu wanita dengan wanita yang lain. Meskipun demikian, kebanyakan akan pulih setelah beberapa bulan. Cuci rambut dengan conditioner yang cukup, lalu menggunakan sisir yang lembut. Hindari penggunaan pengering rambut.

b. Kebersihan kulit

Ekstra cairan tubuh yang dibutuhkan saat hamil akan dikeluarkan kembali melalui air seni dan keringat untuk menghilangkan pembengkakan pada wajah, kaki, betis, dan tangan ibu. Oleh karena itu, dalam minggu-minggu

pertama setelah melahirkan, ibu akan merasakan jumlah keringat yang lebih banyak dari biasanya. Usahakan mandi lebih sering dan jaga agar kulit tetap kering.

c. Kebersihan vulva dan sekitarnya.

- 1) Mengajarkan membersihkan daerah kelamin dengan cara membersihkan daerah di sekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, baru kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Bersihkan vulva setiap kali buang air kecil atau besar.
- 2) Untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik dan dikeringkan di bawah matahari atau disetrika.
- 3) Untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.

(Vuny, 2012 :13-15)

11. Perawatan payudara

Perawatan payudara sangatlah penting dilakukan selama hamil sampai masa menyusui. Hal ini karena payudara merupakan satu-satunya penghasil ASI yang merupakan makanan pokok bagi bayi baru lahir, sehingga perawatan payudara harus dilakukan sedini mungkin.

Manfaat perawatan payudara pada ibu hamil antara lain :

- a) Menjaga kebersihan payudara, terutama kebersihan puting susu
- b) Melenturkan dan menguatkan puting susu sehingga memudahkan bayi untuk menyusui
- c) Merangsang kelenjar-kelenjar air susu sehingga produksi ASI banyak dan lancar
- d) Dapat mendeteksi kelainan-kelainan payudara secara dini dan melakukan upaya untuk mengatasinya.
- e) Mempersiapkan mental ibu untuk menyusui.

(Taufik, 2015: 56)

K. Ketidaknyamanan pada ibu hamil

Menurut Rubianti (2013: 89) ketidaknyamanan pada ibu hamil trimester I – trimester III dan cara mengatasinya adalah sebagai berikut :

1. Rasa Lemah dan Mudah Lelah, disebabkan karena Peningkatan metabolisme dan Peningkatan *hormon estrogen, progesterone, relaxin* dan *HCG*.

Cara mengatasi ketidaknyamanan Rasa Lemah dan Mudah Lelah yaitu:

- a. Istirahat sesuai kebutuhan

- b. Konsumsi menu seimbang untuk mencegah anemia (kurang darah)
 - c. Beraktivitas sedang untuk mengurangi kelelahan
 - d. Mengonsumsi Suplemen vitamin dan zat besi dengan resep Bidan.
2. Pusing/Sakit kepala, disebabkan oleh perubahan hormon ibu, ketidaknyamanan ini juga biasa terjadi pada trimester II dan III disebabkan oleh kontraksi otot/spasme otot (leher, bahu dan penegangan pada kepala), serta keletihan.
- Cara Mengatasi Pusing/Sakit kepala yaitu:
- a. Teknik relaksasi, Memijat leher dan otot bahu
 - b. Penggunaan kompres panas atau es pada leher
 - c. Istirahat, kemudian Mandi air hangat
 - d. Jika tidak kunjung sembuh dengan beristirahat, segera periksa ke Bidan terdekat. Pengobatan bisa dilakukan dengan tylenol/paracetamol dengan resep. Sebaiknya Hindari aspirin, ibuprofen, narcotics, sedative/hipnotik.
3. Kelelahan (fatigue), dikarenakan tubuh anda bekerja sangat keras untuk pertumbuhan dan perkembangan tumbuh bayi anda. Letih dan lelah yang sangat umum pada kehamilan, terutama pada beberapa bulan pertama, karena tubuh Anda menyesuaikan diri dengan kadar hormon yang berubah dengan cepat.

Cara meringankan/mengatasi Kelelahan yaitu:

- a. Anjurkan ibu untuk sering istirahat
 - b. Lakukan aktifitas yang ringan dan nutrisi yang baik
 - c. Mengonsumsi Makanan Sehat
 - d. Menjaga gula darah tetap stabil
 - e. Konsumsi makanan yang tinggi zat besi untuk mencegah anemia
 - f. Mengatur pola kerja selama kehamilan
 - g. Anda dapat mencoba Aromaterapi untuk menghindari kelelahan selama masa kehamilan
4. Mual muntah saat pagi atau bangun tidur, disebabkan oleh peningkatan jumlah hormon di dalam tubuh, di antaranya, *estrogen* dan *progesterone*, menyebabkan mual dan muntah yang tidak bisa ditahan di masa hamil. Peningkatan hormon ini dalam tubuh wanita sering menjadi penyebab dari gejala yang disebut oleh ibu hamil sebagai morning sickness. Morning sickness adalah gejala mual-mual dan muntah yang dialami oleh ibu hamil. Mual muntah atau morning sickness normal ditemukan pada ibu hamil, namun jika morning sickness yang ibu rasakan sudah parah dalam arti ibu sudah merasa kelelahan, ibu juga tidak nafsu makan sampai terjadi penurunan berat badan, kondisi seperti itu disebut *hyperemesis gravidarum*, yaitu kondisi saat ibu hamil kehilangan berat

badan dan cairan tubuh dalam jumlah banyak sehingga perlu dirawat dengan infus atau obat-obatan.

Cara mengatasi Mual muntah/ morning sickness saat pagi atau bangun tidur :

- a. Banyak minum air putih
- b. Makan sedikit-sedikit namun sering
- c. Hindari makanan yang berbau tajam dan makanan yang dapat menaikkan asam lambung
- d. Istirahat yang cukup

5. Pica (Ngidam Makanan), penyebabnya mungkin berkaitan dengan persepsi individu wanita mengenai apa yang bisa mengurangi mual dan muntah dikarenakan indra pengecap menjadi tumpul sehingga mencari makanan yang lebih merangsang. Pica atau ngidam tidak seharusnya menimbulkan kekhawatiran asal cukup bergizi dan makanan yang diidamkan bukan makanan yang tidak baik. yang menjadi kekhawatiran kalau ngidamnya minta dibelikan mobil atau makanan yang susah didapat.

Cara mengatasi Pica atau ngidam:

- a. Makanlah dalam jumlah sedikit
- b. Banyak minum cairan
- c. Rutin minum Vitamin
- d. Tidur ekstra

6. Pengeluaran Air Ludah Berlebihan (Ptyalism), penyebabnya peningkatan hormon esterogen menyebabkan Stimulasi kelenjar ludah atau malas menelan ludah akibat mual.

Cara Mengatasi Pengeluaran Air Ludah Berlebihan ((Ptyalism)

- a. Perbanyak minum air putih
- b. Kunyah permen karet atau hisap permen yang keras untuk memberikan kenyamanan

7. Peningkatan Frekuensi Urinasi/sering kencing, keadaan seperti ini lazim terjadi pada hampir semua ibu hamil trimester 1 karena terjadi penekanan kandung kemih oleh janin didalam rahim yang sedang berkembang. Pengeluaran air kencing terkadang tidak dapat ditahan saat batuk, bersin dan tertawa (stress incontinence).

Cara mengatasi sering kencing :

- a. Batasi minum di malam hari
- b. Kosongkan kandung kemih secara teratur
- c. sering mengganti celana dalam kalau terlalu sering kencing otomatis akan cepat basah dan menimbulkan ketidaknyamanan lainnya.
- d. tidak disarankan menggunakan pembalut atau pampers karena jika terlalu sering kena basah akan menimbulkan iritasi disekitar genitalia.
- e. Batasi minuman seperti kopi, teh, cola dengan kafein dll.

8. Keputihan, disebabkan peningkatan pelepasan *epitel vagina* akibat peningkatan pematangan sel-sel pada janin, peningkatan produksi lendir akibat stimulasi hormonal pada leher rahim, peningkatan kadar hormon estrogen, peningkatan sejumlah glikogen pada sel epitel vagina menjadi asam laktat oleh *doderlein bacillus*.

Cara Mengatasi Keputihan:

- a. Meningkatkan kebersihan dan mandi setiap hari
- b. Jangan membilas bagian dalam vagina
- c. Memakai pakaian dalam yang terbuat dari kain katun agar lebih kuat daya serapnya
- d. Ganti pakaian dalam minimal dua kali sehari
- e. Kenakan pembalut wanita jenis pantyliner supaya tidak sering mengganti Celana dalam, jika sudah tidak nyaman bisa langsung diganti dengan pantyliner baru.
- f. Menghindari pencucian vagina (douching)
- g. Jaga kebersihan alat kelamin (termasuk membersihkan dari arah depan ke belakang)
- h. Menggunakan cara tradisional yaitu membersihkan vagina dengan air rebusan daun sirih
- i. Segera laporkan ke tenaga kesehatan jika terjadi gatal, bau busuk atau perubahan sifat dan warna

9. Ketidaknyamanan Payudara, disebabkan Hipertensi jaringan glandula mammae dan penambahan vaskularisasi, pigmentasi dan ukuran serta penonjolan puting susu dan alveoli yang disebabkan oleh stimulasi hormon. Ketidaknyamanan payudara yang biasa dirasakan ibu hamil yaitu: Nyeri, rasa penuh atau tegang oleh stimulasi hormon, Rasa gatal disekitar puting karena Hiperpigmentasi (penghitaman kulit)

Cara Mengatasi Ketidaknyamanan Payudara:

- a. Gunakan bra yang menyangga besar dan berat payudara
- b. Ganti segera bra jika kotor , bersihkan dengan air hangat dan jaga agar tetap kering.

L. Standart kunjungan antenatal care

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

Menurut KepMenkes RI, (2015: 8). standart asuhan kehamilan terbagi kedalam 10 T yaitu :

1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan,

2. Ukur tekanan darah,
3. Nilai status gizi (ukur lingkaran lengan atas/LILA),
4. Ukur tinggi fundus uteri,
5. Menentukan presentase janin dan denyut jantung janin (DJJ),
6. Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT),
7. Beri tablet tambah darah (tablet besi),
8. Periksa laboratorium (rutin dan khusus yang meliputi pemeriksaan golongan darah, kadar hemoglobin darah (HB), protein urine, gula darah, darah malaria, tes sifilis, HIV, dan BTA,
9. Tatalaksana atau penanganan khusus
10. Temu wicara/konseling meliputi
 - a. kesehatan ibu,
 - b. perilaku hidup bersih dan sehat,
 - c. peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan,
 - d. tanda bahaya pada kehamilan, persalinan, dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi,
 - e. asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular,

- f. penawaran untuk melakukan tes HIV dan konseling di daerah Epidemik meluas dan terkonsentrasi atau ibu hamil dengan IMS dan TB di daerah epidemic rendah,
- g. inisiasi menyusui dini (IMD) dan pemberian ASI Eksklusif,
- h. KB pascapersalinan,
- i. Imunisasi
- j. peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (brainbooster)

Sebaiknya ibu memperoleh setidaknya 4 kali kunjungan selama kehamilan, yang terdistribusi dalam 3 trimester yaitu:

- 1) 1 kali pada trimester I (1-12 minggu)
- 2) 1 kali pada trimester II (13-27 minggu)
- 3) 2 kali pada trimester III (28-40 minggu)

(Saifuddin, 2009: 76)

M. Tanda bahaya masa hamil

1. Bayi kurang bergerak

Ibu mulai merasakan gerakan bayinya pada bulan ke-5 atau ke-6 beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam. Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau istirahat

dan jika ibu makan dan minum dengan baik. (Rukiyah dkk, 2009:127)

2. Perdarahan pervaginam

Perdarahan antepartum atau perdarahan pada kehamilan lanjut adalah perdarahan pada trimester pertama sampai bayi dilahirkan (Pantiawati, 2010:79). Pada kehamilan usia lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang-kadang tetapi tidak selalu disertai dengan rasa nyeri. (Asrinah, 2010:109).

Sebuah tanda kehamilan awal yang biasanya terjadi adalah adanya bercak darah tipis dari vagina. Ini adalah sebuah proses implantasi ketika embrio menempel pada dinding rahim. Namun biasanya darah berwarna merah muda dan sangat tipis dan mungkin sangat sedikit. Namun jika ibu mengalami pendarahan yang keluar dari vagina dimulai dari jumlah yang sedikit kemudian meningkat, maka ini bisa menjadi pertanda yang berbahaya. Pendarahan bisa menyebabkan beberapa resiko seperti tanda-tanda keguguran, kelahiran prematur atau masalah plasenta previa. Untuk mencegah masalah yang lebih buruk maka ibu harus segera memeriksakan kandungan di dokter kandungan terdekat. (Tri Astuti, 2013: 57)

3. Bengkak diwajah dan jari-jari tangan

Pada saat kehamilan, hampir seluruh ibu hamil mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan hilang setelah beristirahat dengan meninggikan kaki. Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini pertanda anemia, gagal jantung, pre-eklamsia (sulistyawati,2009:87).

4. Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala bisa terjadi selama kehamilan, dan seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang serius adalah sakit kepala yang hebat, yang menetap dan tidak hilang setelah beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut ibu mungkin merasa penglihatannya kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre-eklamsia (Sulistyawati, 2009 :109).

5. Nyeri perut yang hebat

Sebelumnya harus dibedakan nyeri yang dirasakan adalah bukan his seperti pada persalinan. Pada kehamilan lanjut, jika ibu merasakan nyeri perut yang hebat, tidak berhenti setelah beristirahat, disertai tanda-tanda syok yang membuat keadaan umum ibu makin lama makin memburuk dan disertai perdarahan yang tidak sesuai dengan beratnya syok, maka kita

harus waspada akan kemungkinan terjadinya solusio plasenta (sulistyowati, 2009:96)

6. Keluar cairan pervaginam

Keluarnya cairan berupa air dari vagina pada trimester III, ibu harus dapat membedakan antara urine dengan air ketuban. Jika keluarnya cairan ibu tidak terasa, berbau amis dan berwarna putih keruh, berarti yang keluar adalah air ketuban. Jika kehamilan belum cukup bulan, hati-hati akan adanya persalinan premature (<37 minggu) dan komplikasi infeksi intrapartum (Sulistyowati, 2009:78)

7. Nyeri punggung bawah yang berat

Ibu hamil biasanya akan merasakan berbagai masalah yang tidak nyaman seperti sering lelah dan nyeri di semua bagian tubuh. Namun jika nyeri punggung terjadi di bagian bawah dan sangat lama maka bisa menyebabkan masalah yang buruk. Nyeri punggung di bagian bawah bisa menjadi tanda gangguan ginjal pada ibu hamil. Kemudian masalah lain seperti kelahiran bayi prematur juga akan mendorong gejala ini. Untuk mengetahui penyebab pasti maka dokter harus melakukan pemeriksaan sehingga bisa ditemukan cara untuk mencegah resiko pada ibu dan bayi (Tri Astuti, 2013: 57-58)

8. Selalu merasa mual dan muntah

Mual dan muntah biasanya dirasakan oleh ibu hamil yang masuk trimester pertama. Ini adalah masalah morning sickness yang sangat umum. Biasanya kondisi akan membaik setelah ibu hamil masuk ke trimester kedua. Namun beberapa ibu yang mengalami mual dan muntah yang berat hingga tubuh sangat lemah maka bisa masuk ke tahap yang berbahaya. Dalam istilah medis disebut dengan hiperemesis gravidarum yang menyebabkan morning sickness parah. Kondisi ini juga bisa menyebabkan ibu hamil kurang nutrisi, penurunan berat badan yang sangat drastis dan juga kurang cairan. Perawatan di rumah sakit diperlukan untuk menjaga kesehatan ibu dan mencegah keguguran (Tri Astuti, 2013: 58)

9. Kram dan kontraksi pada 20 minggu kehamilan

Adanya kram dan kontraksi pada kehamilan yang baru berusia 20 minggu bisa menjadi pertanda keguguran yang sering terjadi. Kram bisa disebabkan oleh tekanan yang sangat berat pada bagian rahim, punggung belakang hingga perut bawah. Terkadang juga disertai dengan kontraksi ringan, sedang hingga berat. Kemudian jika sudah terjadi keguguran maka bisa menyebabkan pendarahan yang keluar dari vagina baik itu pendarahan ringan hingga berat. Jika terjadi pada tahap awal dan segera diketahui maka keguguran dapat dicegah dengan obat atau istirahat. Namun jika sudah

terlambat maka keguguran bisa menyebabkan kematian pada ibu dan bayi (Tri Astuti, 2013: 58)

10. Tekanan panggul dan kram yang tidak jelas

Tekanan pada bagian panggul dan kram yang bisa muncul atau terkadang hilang sendiri bisa menjadi pertanda kelahiran prematur. Hal ini biasanya terjadi pada usia kehamilan antara 20 sampai 37 minggu. Namun tanda-tanda ini tidak cukup hingga ditemukan beberapa tanda yang lain seperti sakit punggung yang terus terjadi, ada perubahan warna cairan dari vagina dan juga perasaan ingin melahirkan. Jika dokter sudah mengetahui hal ini maka keguguran bisa dicegah dengan mengusahakan tindakan medis sesuai kondisi kesehatan ibu (Tri Astuti, 2013: 58-59).

11. Demam tinggi lebih dari satu hari

Demam saat hamil yang berlangsung lebih dari 24 jam pada ibu hamil bisa menjadi tanda infeksi dalam tubuh. Infeksi bisa terjadi karena adanya bakteri atau virus yang masuk ke tubuh ibu. Infeksi ini bisa menyerang pada ibu atau janin dalam rahim. Jika infeksi terjadi maka dokter akan melakukan pemeriksaan dengan melihat darah dan urin ibu. Kemudian pemberian obat seperti antibiotik akan diberikan oleh dokter. Sebaiknya ibu tidak mengonsumsi obat penurun demam untuk ibu hamil yang dijual bebas. Karena hal ini bisa

menyebabkan komplikasi yang buruk untuk ibu hamil (Astuti, 2013: 59).

12. Pendarahan pada trimester kedua

Pendarahan pada trimester kedua bisa menyebabkan masalah yang buruk untuk ibu dan janin. Pendarahan ini bisa menjadi adanya masalah pada plasenta termasuk plasenta letak rendah. plasenta berfungsi untuk menyampaikan nutrisi dari tubuh ibu ke bayi. Jika ada pendarahan yang disertai rasa sakit pada perut bawah mungkin bisa disebabkan karena letak plasenta yang menutupi leher rahim atau plasenta yang terpisah dari dinding rahim. Biasanya kondisi ini diobati dengan istirahat atau perawatan di rumah sakit untuk mencegah keguguran (Astuti, 2013: 59).

13. Kontraksi sering pada awal trimester ketiga

Jika ibu mengalami kontraksi yang sering pada trimester ketiga, maka ini bisa menjadi pertanda kelahiran prematur. Biasanya banyak ibu yang meremehkan karena dianggap sebagai kontraksi palsu yang sering terjadi dan wajar. Namun jika gejala ini mendapatkan pemeriksaan lebih awal maka bisa membuat kelahiran prematur bisa dicegah. Kondisi ini sangat rentan untuk bayi karena pertumbuhan organ bayi belum sempurna sehingga bayi bisa meninggal setelah dilahirkan (Astuti, 2013: 59-60).

14. Sering buang air kecil

Sering kencing saat hamil memang sangat wajar. Namun jika hal ini terjadi pada kehamilan trimester kedua lalu memburuk pada trimester ketiga maka bisa jadi ini pertanda diabetes gestasional. Diabetes ini hanya terjadi pada ibu hamil, namun biasanya disertai dengan rasa haus atau lapar yang berlebihan. Kondisi ini harus mendapatkan perawatan untuk mencegah diabetes pada bayi yang dilahirkan dan resiko komplikasi pada ibu hamil (Astuti, 2013: 60)

N. Persiapan persalinan

Meskipun hari perkiraan persalinan masih lama tidak ada salahnya jika ibu dan keluarga mempersiapkan persalinan sejak jauh hari. Karena hal ini agar tidak terjadi sesuatu hal yang tidak diinginkan atau persalinan maju dari hari perkiraan, semua perlengkapan yang dibutuhkan sudah siap. Dalam persiapan persalinan dapat menggunakan P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi). (Depkes RI, 2010: 110).

P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi) adalah kegiatan yang difasilitasi oleh bidan dalam rangka meningkatkan peran aktif suami, keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan dalam menghadapi kemungkinan terjadinya komplikasi pada saat hamil, bersalin dan nifas, termasuk perencanaan menggunakan metode

Keluarga Berencana (KB) pasca persalinan dengan menggunakan stiker P4K sebagai media pencatatan sasaran dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir (Depkes RI, 2009: 110)

Tujuan P4K menurut Kemenkes RI (2009: 122) adalah :

1. Meningkatkan pelayanan ibu hamil agar melahirkan dengan aman dan selamat, khususnya percepatan P4K dengan stiker keseluruh desa di Indonesia
2. Semua komponen berpartisipasi secara bersama-sama baik pemerintah dan non pemerintah
3. Peningkatan kesadaran suami dan masyarakat dalam penyelamatan ibu hamil.
4. Tenaga dan faslitas kesehatan memberikan pelayanan yang berkualitas.

Bagian P4K yang difasilitasi aktif oleh bidan antara lain:

1. Pendataan ibu hamil dengan stiker

Suatu pendataan, pencatatan dan pelaporan keadaan ibu hamil dan bersalin diwilayah kerja bidan melalui penempelan stiker disetiap rumah ibu hamil dengan melibatkan peran aktif unsur-unsur masyarakat diwilayahnya.

2. Forum peduli KIA

Suatu forum partisipatif masyarakat yang melakukan pertemuan rutin bulanan, bertujuan mengorganisir kegiatan P4K dan

menjalin kerjasama dengan bidan dan difasilitasi oleh bidan di desa dan Puskesmas

3. Kunjungan rumah

Kegiatan kunjungan bidan ke rumah ibu hamil dengan tujuan untuk membantu ibu, suami dan keluarganya membuat perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi.

4. Persalinan oleh tenaga kesehatan dan kesiagaan

Persalinan oleh tenaga kesehatan adalah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terampil sesuai standart. Sedangkan kesiagaan adalah kesiapan dan kewaspadaan dari suami, keluarga, masyarakat atau organisasi masyarakat, kader, dukun dan bidan dalam menghadapi persalinan dan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal.

5. Tabulin dan Dosalin

Tabulin adalah dana/barang yang disimpan oleh keluarga atau pengelola tabulin secara bertahap sesuai dengan kemampuan yang pengelolaannya sesuai kesepakatan serta penggunaannya untuk segala pembiayaan saan ANC, persalinan dan kegawatdaruratan. Doslin adalah dana yang dihimpun dari masyarakat secara sukarela dengan prinsip gotong royong sesuai dengan kesepakatan bersama dengan tujuan membantu pembiayaan mulai ANC, persalinan dan kegawatdaruratan.

(Kepmenkes RI, 2009: 122).



2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

A. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin. Beberapa pengertian lain dari persalinan spontan dengan tenaga ibu, persalinan buatan dengan bantuan, persalinan anjuran bila persalinan terjadi tidak dengan sendirinya tetapi melalui pacuan. Persalinan dikatakan normal bila tidak ada penyulit (Hidayat Dkk, 2010: 1)

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban terdorong keluar melalui jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 – 42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Saifuddin, 2008; 100).

B. Sebab Mulainya Persalinan

1. Teori penurunan hormon

Saat 1-2 minggu sebelum proses melahirkan dimulai, terjadi penurunan kadar estrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim, jika kadar progesteron turun akan menyebabkan tegangnya pembuluh darah dan menimbulkan his

2. Teori plasenta menjadi tua

Seiring matangnya usia kehamilan, villi chorialis dalam plasenta mengalami beberapa perubahan, hal ini menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron yang mengakibatkan tegangnya pembuluh darah sehingga akan menimbulkan kontraksi uterus

3. Teori distensi rahim

a. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu

b. Setelah melewati batas tersebut, akhirnya terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai

c. Contohnya pada kehamilan gameli, sering terjadi kontraksi karena uterus teregang oleh ukuran janin ganda, sehingga kadang kehamilan gameli mengalami persalinan yang lebih dini

4. Teori iritasi mekanis

Dibelakang serviks terletak ganglion servikalis (fleksus frankeenhauser), bila ganglion ini digeser dan ditekan (misalnya oleh kepala janin), maka akan timbul kontrskasi uterus

5. Teori oksitosin

- a) Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior
- b) Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi braxton hicks
- c) Menurunnya konsentrasi progesteron karena matangnya

6. Teori hipotalamus-pituitari dan glandula suprarenalis

- a) Glandula suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan
- b) Teori ini menunjukkan, pada kehamilan dengan bayi anensefalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuknya hipotalamus

7. Teori prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua disangka sebagai salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F₂ atau E₂ yang diberikan secara intravena menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap usia kehamilan. Hal ini juga

disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu hamil sebelum melahirkan atau selama proses persalinan.

(Marmi, 2013: 203)

C. Permulaan Persalinan

1. Tanda persalinan sudah dekat

a) Lightening

Menjelang minggu ke-36 pada primigravida, terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk ke dalam panggul

Penyebab dari proses ini adalah sebagai berikut :

- 1) Kontraksi braxton hicks
- 2) Ketegangan dinding perut
- 3) Ketegangan ligamentum rotundum
- 4) Gaya berat janin, kepala kearah bawah uteri

Masuknya kepala janin kedalam panggul dapat dirasakan oleh wanita hamil dengan tanda tanda sebagai berikut :

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

Gambaran lightening pada primigravida menunjukkan hubungan normal antara ketiga P, yaitu

power(his), passage (jalan lahir), dan passanger (bayi dan plasenta). Pada multipara gambarannya menjadi tidak sejelas pda primigravida, karena masuknya kepala janin ke dalam panggul terjadi bersamaan dengan proses persalinan

b) Terjadinya his permulaan

Pada saat hamil muda sering terjadi kontraksi brakton hicks yang kadang dirasakan sebagai keluhan karena rasa sakit yang ditimbulkan. Biasanya pasien mengeluh adanya rasa sakit dipinggang dan terasa sangat mengganggu, terutama pada pasien dengan amabang rasa sakit yang rendah. Adanya perubahan kadar hormon etroge dan progesteron menyebabkan oksitosin semakin meningkat dan dapat menjankan fungsinya dengan efektif untuk menimbulkan kontraksi atau his permulaan. His permulaan ini sering diistilahkan sebagai his palsu dengan ciri ciri sebagai berikut :

- 1) Rasa nyeri ringan dibagian bawah
- 2) Datang tidak teratur
- 3) Tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda tanda kemajuan persalinan
- 4) Durasi pendek
- 5) Tidak bertambah bila beraktivitas

c) Terjadinya his persalinan

Kontraksi sebenarnya terjadi menjelang persalinan. Kontraksi berlangsung selama 40-60 detik, terjadi di setiap 10-20 menit atau 1 jam, kemudian kontraksi menjadi lebih sering. Kontraksi akan diikuti oleh pembukaan mulut rahim, keluarnya cairan atau lendir yang bercampur darah yang berwarna kecoklatan yang merupakan sebagai sumbatan lendir atau mukus pada leher rahim. (Sulistyawati, 2010: 6)

Karakter dari his persalinan.

- 1) Pinggang terasa sakit menjalar kedepan
 - 2) Sifat his teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar
 - 3) Terjadi perubahan pada serviks
 - 4) Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatannya bertambah
- d) Pengeluaran lendir dan darah (penanda persalinan)

Dengan adanya his persalinan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan .

- 1) Pendataran dan pembukaan
- 2) Pembukaan menyebabkan selaput lendir yang terdapat pada kanalis servikalis terlepas

3) Terjadi pendarahan karena kapiler pembuluh darah pecah

e) Pengeluaran cairan

Sebagian pasien mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun jika ternyata tidak tercapai, maka persalianan akhirnya diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum, atau sectio caesaria

(Sulistyawati, 2010: 6)

D. Jenis persalinan

1. Jenis persalinan menurut Prawirohardjo (2010: 67)
 - a. Persalinan spontan, jika persalinan berlangsung dengan kekuatan ibunya sendiri melalui jalan lahir.
 - b. Persalinan buatan, persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar misalnya ekstraksi dengan forcep / dilakukan operasi section caesarea.
 - c. Persalinan anjuran, bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan misalnya pemberian pitocin dan prostaglandin.
2. Bentuk Persalinan Menurut Cara Persalinan (Manuaba 2009: 144) antara lain :
 - a. Persalinan Normal

Persalinan normal (persalinan spontan) adalah bayi lahir melalui vagina dengan letak belakang kepala/ubun-ubun kecil, tanpa memakai alat bantu, serta tidak melukai ibu maupun bayi (kecuali episiotomi) sejak awal hingga akhir hanya dengan tenaga ibu serta melalui jalan lahir ke dunia luar. Proses persalinan normal biasanya berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam.

b. Persalinan Buatan

Persalinan Buatan adalah persalinan yang berakhir dengan bantuan tenaga dari luar dan diakhiri dengan suatu tindakan. Misalnya terjadinya obstruksi dengan melakukan tindakan forceps atau dengan tindakan bedah sectio caesaria, vakum ekstraksi.

c. Persalinan Anjuran

Persalinan Anjuran adalah persalinan yang baru dapat berlangsung setelah permulaannya dianjurkan dengan suatu perbuatan atau tindakan. Misalnya : dengan pemecahan ketuban atau dengan memberi suntikan pitocin, sintosinon.

3. Jenis persalinan berdasarkan lama kehamilan dan berat janin:

a. Abortus

Pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan, berat janin < 500 gram dan umur kehamilan < 20 minggu.

b. Persalinan Immaturus

Pengeluaran buah kehamilan antara 22 minggu sampai 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500-999 gram.

c. Persalinan Prematuritas

Merupakan persalinan sebelum umur hamil 28 minggu sampai 36 minggu dengan berat janin kurang dari 1000-2499 gram.

d. Persalinan Aterm

Yaitu persalinan antara umur hamil 37 minggu sampai 42 minggu dengan berat janin di atas 2500 gram.

e. Persalinan Serotinus atau Postmaturust atau Post Date

Merupakan persalinan melampaui umur kehamilan 42 minggu dan pada janin terdapat tanda-tanda post maturities.

f. Persalinan Presipitatus

Persalinan berlangsung cepat kurang dari 3 jam

(Marmi, 2016: hal 3-5).

E. Tahap Persalinan

1. Kala 1 (Pembukaan)

Pasien dikatakan dalam tahap persalinan kala 1, jika sudah terjadi pembukaan serviks dan kontraksi terjadi minimal 2 kali dalam 40 detik. Kala 1 adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0-10 cm (pembukaan lengkap). Proses ini terbagi menjadi 2 fase, yaitu fase laten (8 jam) dimana serviks membuka sampai 3 cm dan fase aktif (7 jam) dimana serviks membuka dari 3-10 cm. Kontraksi lebih kuat dan sering terjadi selama fase aktif. Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga parturient (ibu yang bersalin) masih dapat berjalan-jalan. Lamanya kala 1 untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan pada multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan kurve fridman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm per jam dan pembukaan multigravida 2 cm per jam. Dengan perhitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan (Saifuddin, 2010: N-7)

Tabel 2.3

Diagnosis kala dan fase persalinan

Gejala dan tanda	kala	Fase
Seriks belum berdilatasi	Persalinan palsu/belum inpartu	
Seriks berdilatasi kurang dari 4 cm	I	Laten
Serviks berdilatasi 4-9 cm 1. Kecepatan pembukaan 1 cm atau lebih perjam	I	Aktif

2. Penurunan kepala dimulai		
Serviks membuka lengkap (10 cm) 1. Penurunan kepala berlanjut 2. Belum ada keinginan untuk meneran	II	Awal (nonekspulsif)
Serviks membuka lengkap (10 cm) 1. Bagian terbawah telah mencapai dasar panggul 2. Ibu meneran	II	Akhir (ekspulsif)

Sumber : Saifuddin, 2010: N-7

2. Kala II (Pengeluaran Bayi)

Kala II adalah pengeluaran bayi, dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir. Uterus dengan kekuatan hisnya ditambah kekuatan meneran akan mendorong bayi hingga lahir. Proses ini biasanya berlangsung dalam 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Diagnosis persalinan kala II ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm (Marmi, 2016: 13)

Menurut Manuaba 1998 dikutip dari Marmi (2016:13) gejala utama dari kala II adalah :

- a. His semakin kuat dengan interval 2-3 menit dengan durasi 50-100 detik
- b. Menjelang akhir kala I ketuban pecah yang ditandai dengan mengeluarkan cairan dengan mendadak

- c. Ketuban pecah pada pembukaan mendeteksi lengkap dengan diikuti keinginan mengejan, karena adanya tekanan pada fleksus frankenhauser
- d. Kedua kekuatan, his dan mengejan lebih mendorong pada kepala bayi sehingga terjadi : kepala membuka pintu, subocciput bertindak sebagai hipomoglion berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung, dan muka serta kepala seluruhnya
- e. Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putaran paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung
- f. Setelah putaran paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan jalan:
- 1) Kepala dipegang pada osocciput dan dibawah dagu, ditarik cunam kebawah untuk melahirkan bahu belakang
 - 2) Setelah kedua bahu lahir, ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan bayi
 - 3) Bayi lahir diikuti oleh ketuban

Tabel 2.4
 Rerata durasi kala satu dan kala dua
 persalinan

	Tanpa konduksi	Konduksi
--	----------------	----------

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

Sumber: Varney et al, 2008: 311

3. Kala III

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

- a) Uterus menjadi berbentuk bundar
- b) Uterus terdorong keatas, karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim
- c) Tali pusat bertambah panjang
- d) Terjadi pendarahan

Melahirkan plasenta dengan dorongan ringan secara carede pada fundus uterus

(Marmi, 2016: 14)

Ada 2 metode untuk pelepasan plasenta menurut

Nia Kurnia 2013:34 sebagai berikut:

- 1) Metode Schulze

Metode yang lebih umum terjadi, plasenta terlepas dari satu titik dan merosot ke vagina melalui lubang dalam kantong amnion, permukaan fetal plasenta muncul pada vulva dengan selaput ketuban yang mengikuti dibelakang seperti payung terbalik saat terkelupas dari dinding uterus. Permukaan maternal plasenta tidak terlihat dan bekuan darah berada dalam kantong yang terbalik, kontraksi dan retraksi otot uterus yang menimbulkan pemisahan plasenta juga menekan pembuluh darah dengan kuat dan mengontrol perdarahan. Hal tersebut mungkin terjadi karena ada serat otot oblik dibagian atas segmen uterus.

2) Metode Matthews Ducan

Plasenta turun melalui bagian samping dan masuk vulva dengan pembatas lateral terlebih dahulu seperti kancing yang memasuki lubang baju, bagian plasenta tidak berada dalam kantong. Pada metode ini, kemungkinan terjadinya bagian selaput ketuban yang tertinggal lebih besar karena selaput ketuban tersebut tidak terkelupas semua selengkap metode schultze. Metode ini adalah metode yang berkaitan dengan plasenta letak rendah di dalam uterus. Proses pelepasan berlangsung lebih lama dan darah yang hilang sangat

banyak (karena hanya ada sedikit serat oblik dibagian bawah segmen).

Beberapa prasat untuk mengetahui lepasnya plasenta menurut Alifa Dkk (2014:12)

- 1) Kustner : dengan meletakkan tangan disertai tekanan pada atas simfisis, tali pusat ditegangkan maka bila tali pusat masuk maka plasenta belum lepas, jika diam atau maju maka plasenta sudah lepas
- 2) Strassman: tegangkan tali pusat dan ketok fundus bila tali pusat bergetar maka plasenta belum lepas, apabila tidak bergetar maka plasenta belum lepas.
- 3) Klein : sat ada hs, rahim didorong sedikit, bila tali pusat kembali maka belum lepas, apaabila diam atau turun maka plassenta sudah lepas.

4. Kala IV (Observasi)

Kala IV mulai dari lahirnya plasenta selama 1-2 jam.

Pada kal IV dilakukan observasi terhadap perdarahan pascapersalinan, paling sering terjadi pada 2 jam pertama.

Observasi yang dilakukan adalah sebagai berikut

a) Tingkat kesadaran pasien

Nilai tingkat kesadaran pasien apakah pasien composmentis, apatis, delirium, somnolen, sopor, semi-coma, coma.

b) Pemeriksaan tanda-tanda vital dilakukan setiap 15 menit dalam 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua. Pemantauan yang dilakukan adalah tekanan darah (90-120/60-80 mmHg), suhu (35,5°C – 36,5°C), nadi (70-90x/m) dan pernafasan (16-20x/m).

c) Kontraksi uterus

Setelah plasenta lahir dilakukan pemijatan uterus untuk merangsang uterus berkontraksi. Dalam evaluasi uterus yang perlu dilakukan adalah mengobservasi kontraksi uterus yang normal adalah pada perubahan fundus uteri akan terasa keras. Jika tidak terjadi kontraksi dalam waktu 15 menit setelah dilakukan pemijatan uterus akan terjadi atonia uteri.

d) Terjadi perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc. Nilai perdarahan, periksa perinium dan vagina setiap 15 menit dalam satu jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua.

(Sulistyawati dkk, 2010: 7)

Menurut Reni Saswita (2011:90) jika perdarahan dalam kala IV dan kontraksi rahim kurang baik, segera disuntikkan 0,2 mg ergonovin atau metilergonovin intramuskular, uterus ditekan untuk mengeluarkan

gumpalan darah dan dilakukan masase. Seandainya perdarahan belum berhenti juga ditambah dengan suntikan metil ergonovin lagi, tetapi sekarang intravena dan dipasang oksitosin drip to unit dalam 500 cc glukosa, selama tindakan ini masase diteruskan. Juka masih ada juga perdarahan, jangan terus terfiksasi pada atonia uteri, tetapi pertimbangkan juga kemungkinan lain, seperti robekan serviks, sisa plasenta suksenturia, ruptura uteri dan koagolopati.

F. Faktor yang mempengaruhi persalinan

1. Power / tenaga yang mendorong anak

His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan

- a. His persalinan yang menyebabkan pendataran dan pembukaan serviks
- b. Terdiri dari : his pembukaan, his pengeluaran dan his pelepasan uri
- c. His pendahuluan tidak berpengaruh terhadap serviks

2. Tenaga mengejan

- a. Kontraksi dinding otot- otot dinding perut
- b. Kepala di dasar panggul merangsang mengejan
- c. Paling efektif saat kontraksi/his

(Hidayat Dkk, 2010: 18).

3. Passage / panggul

a) Bagian bagian tulang panggul

1) Dua os coxae

(a) Os ischium

Terdiri atas corpus tempat bersatunya ramus inferior dan superior

(1)Corpus mmebentuk acetabulum

(2)Ramus superior terletak dibelakang dan bawah corpus

(3)Ramus inferior menjadi satu dengan ramus inferior osis pubis

(4)Spina ischiadika memisahkan insisura ischiadika mayor dengan insisura minor

(5)Tuber ischiadikum adalah bagian terbawah ischium dan merupakan tulang duduk pada manusia

(b) Os pubis

Terdiri dari corpus dan dua buah rami

(1)Corpus mempunyai medial yang kasar.

Bagian mini menjadi satu dengan yang bagian yang sama pada os pubis sisi yang lain sehingga membentuk sympisis pubis.

Muskulus lefator ani melekat pada permukaan dalam os pubis

(2)Crista pubis adalah tepi atas corpus

(3)Tuberculum pubicum adalah ujung lateral crista pubica

(4)Ramus superior bertemu dengan corpus osis pada tuberculum pubicum dan dengan corpus osisi illii pada linea illiopectinea. Ramus superior membentuk sebagian acetabulum

(5)Ramus inferior menjadi satu dengan ramus superior ossis ischii

(c) Os sacrum

(1)Berbentuk segitiga, basis diatas apek dibawah

(2) Terdiri dari 5 os vertebrae yang tumbuh menjadi satu

(3) Diantara os coxae, melekat pada tulang tersebut melalui asticulatio sacroiliaca

(4) Permukaan atas vertebrae sacralis pertama bersendi dengan permukaan bawah vertebrae lumbak ke-5

(5) Permukaan depan cekung, belakangnya cembung

(6) Promontorium adalah tepi anterir superior vertebrae sacralis pertama. Bagian ini sedikit menonjol

kedalam cavum pelvis, sehingga mengurangi diameter anteroposterior aditus pelvis

(d) Os illium

Titik penting :

(1) Spina illiaca anterior superior : tempat perlekatan ligamentum inguinale

(2) Spina illiaca posterior superior : setinggi vertebra sacral kedua, dari luar tampak lekuk pada kulit

(3) Crista illiaca yang memanjang dari spina illiaca anterior superior ke spina illiaca posterior superior

(e) Os cossygis : pelvis mayor disebelah atas pelvis minor, superior dari linea terminalis. Fungsi obstetriknya menyangga uterus yang membesar waktu hamil

b) Bagain bagian pelvis minor

Pelvis minor, dibagi 3 bagian

1) Pintu atas panggul/PAP

(a) Anterior : crista dan spina pubica

(b) Lateral : linea illiopectinea pada os coxae

(c) Posterior : tepi anterior ossis sacri dan promontorium

2) Cavum pelvis

a) Dinding depan lurus dan dangkal os pubis panjangnya 5 cm

- b) Dinding belakang cekung dan dalam. Panjang os sacrum 10- 15 cm
- c) Os ischium dan sebagian corpus ossis illii terdapat disebelah lateral

3) Pintu bawah panggul / PBP

Berbentuk jajaran genjang, batas-batasnya

- a) Anterior : lig arcuatam pubis dan artcus pubis
- b) Lateral : tuber isciadikum dan ligamentum sacrotuberosum
- c) Posterior : ujung os sacrum

c) Bidang panggul

Bidang panggul adalah bidang datar imanjiner yang melintang terhadap panggul pada tempat yang berbeda. Bidang ini digunakan untuk menjelaskan proses persalinan

4. Pintu atas panggul

- a) Diameter transversa (13,5 cm)
- b) Konjugata obstetrica normal >10 cm
- c) Konjugata anatomica

Jarak antara pertengahan promontorium dan pertemuan crista pubica (permukaan atas os pubis), 11,5

- d) Konjugata obstetrica

Jarak antara pertengahan promontorium dengan margoposterior superior symphysis pubis 11 cm

e) Conjugata diagonalis

Jarak antara angulus subpubikus dengan pertengahan promontorium 12,5 cm

f) Diameter transversa

Jarak terbesar antara linea iliopectinea kanan dan kiri 13,5 cm

g) Diameter oblik sinistra

Jarak antara articulatio sinistra dengan eminentia iliopectinea dekstra 12,5 cm

h) Diameter oblik dekstra

Jarak antara articulatio dekstra dengan eminentia iliopectinea sinistra 12,5 cm

i) Diameter sagitalis posterior

Jarak antara persilangan diameter anteroposterior dengan diameter transversa dengan pertengahan promontorium, 4,5 cm

5. Bidang luas panggul

a) Diameter interspinosum (10 cm)

b) Bidang terkecil dari cavum pelvis

Bagian terluas dan bentuknya hampir mirip seperti lingkaran, batasnya adalah :

- a) Anterior : titik tengah permukaan belakang os pubis
- b) Lateral : sepertiga bagian atas dan tengah foramen obturatorium
- c) Posterior : hubungan antara vertebra sacralis kedua dan ketiga

6. Pintu bawah panggul

Dua buah segitiga yang mempunyai basis bersama dan merupakan bagian terbawah, yaitu distansia inetrspinosium

- a) Batas segitiga depan : basisnya : distansia intertuberosum

Apexnya : angulus subpubicus ; sisinya : ramus osis pubis dan tuber ischiadicum

- b) Batas segitiga belakang : basisnya : distansia interspinosum; apexnya : articulatio sacrococygealis; sisinya : ligamentum sacrotuberosum

Diameter PBP

- a) Diameter antero posterior anatomis

Dari margo inferior sympsis pubis ke ujung os coccygis 9,5 cm

b) Diameter antero posterior obstetrik

Dari margo inferor symphysis pubis ke articulatio sacrococcygealis 11,5 cm

c) Diameter transversa

Jarak antara permukaan dalam tuber ischiadicum kanan kiri 11 cm

d) Diameter sagitalis posterior

Dari pertengahan diameter transversa ke artikulasio sacro coccygealis 9 cm

e) Diameter sagitalis anterior

Dari pertengahan diameter transversa ke angulus subpubicus 6 cm

7. Bidang sempit panggul

a) Ruang paling sempit, paling sering terjadi macetnya persalinaan

b) Terbantang dari apek arcus subpubis, melalui spina ischiadica ke sacrum (hubungan antara vertebra sacralis ke 4-5

c) Batas batas :

1) Tepi bawah symphysis pubis

2) Spina ischiadica

3) Lig sacrospinosum

4) Os sacrum

(Hidayat Dkk, 2010: 12).

8. Passanger / fetus

a) Akhir minggu ke-8 janin mulai nampak menyerupai manusia dewasa, menjadi jelas pada akhir minggu ke-12

b) Usia 12 minggu jenis kelamin luarnay sudah dapat dikenali

c) Quickening (terasa gerakan janin pada ibu hamil) terjadi usia kehamilan 16-20 minggu

d) Djj mulai terdengar minggu 18-20 minggu

e) Panjang rata-rata janin cuku bulan 50 cm

f) Berat rata rata janin laki laki 3400 gr/ perempuan 3150 gr

g) Janin cukup bulan lingkaran kepala dan bahu hampir sama

(Hidayat Dkk, 2010: 18).

G. Mekanisme persalinan

1. Engagement

Pada minggu minggu kahir kehamilan atau pada saat persalinan dimuali kepala masuk lewat PAP, umumnya dengan

presentasi biparetal (diameter lebar yang paling panjang berkisar 8,5 -9,5 cm) atau 70 % pada panggul ginekoid

Masuknya kepala : pada primi terjadi pada bulan terakhir kehamilan. Pada multi terjadi pada permulaan persalinan.

Kepala masuk pintu atas panggul dengan sumbu kepala janin dapat tegak lurus dengan pintu atas panggul atau miring/membentuk sudut dengan pintu atas panggul, (Hidayat Dkk, 2010: 23).

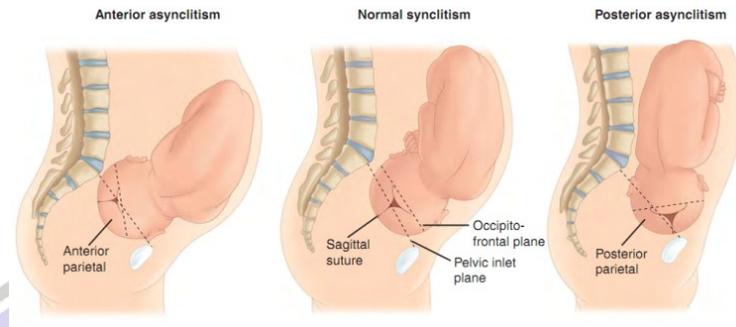
2. Desent

Penurunan kepala janin sangat tergantung pada arsitektur pelvis dengan hubungan ukuran kepala dan ukuran pelvis sehingga penurunan kepala berlangsung lambat. Kepala turun kedalam rongga penggul, akibat : tekanan langsung dari his dari daerah fundus kearah daerah bokong, tekanan dari cairan amnion, kontraksi otot dinding perut dan diafragma (mengejan) dan badan janin terjadi ekstensi dan menegang (Hidayat Dkk, 2010: 23).

Sumbu jalan lahir menurut Cunningham dkk, (2013: 23)

- a. Sinklismus yaitu ketika sutura sagitalis sejajar dengan sumbu jalan lahir
- b. Asinklismus anterior: Kepala janin mendekat ke arah promontorium sehingga os parietalis lebih rendah.

- c. Asinklistismus posterior: Kepala janin mendekat ke arah simfisis dan tertahan oleh simfisis pubis



Gambar 2.5

Proses decent (synklitismus, asynklitismus posterior, asynklitismus posterior)

Sumber: (Cunningham dkk, 2013: 23)

3. Flexion

Pada umumnya terjadi fleksi penuh/semipurna sehingga sumbu panjang kepala sejajar sumbu panggul dan membantu penurunan kepala selanjutnya. Fleksi : kepala janin fleksi, dagu menempel ke toraks, posisi kepala berubah dari diameter oksipito-frontalis (puncak kepala) menjadi diameter suboksipito-bregmatikus (belakang kepala). Fleksi terjadi karena anak didorong maju, sebaliknya juga mendapat tahanan dari PAP, serviks, dinding panggul /dasar panggul (Hidayat Dkk, 2010:24).

4. Internal rotation

Rotasi interna (putaran paksi dalam) selalu disertai turunnya kepala, putaran ubun-ubun kecil ke arah depan (kebawah simfisis pubis), membawa kepala melewati istansia

interspinarum dengan diameter biparietalis. Bila tidak terjadi putaran apksi dalam umumnya kepala tidak turun lagi dan persalinan diakhiri dengan tindakan vakum ekstraksi (Hidayat Dkk, 2010: 24).

5. Extension

Dengan kontraksi perut yang benar dan adekuat kepala makin turun dan menyebabkan perineum distensi. Pada saat ini puncak kepala berada di simfisis dna dalam keadaan begini kontraksi perut ubu yang kuat mendorong kepala ekspulsi dan melewati introitus vagina

(a) External rotation

Setelah seluruh kepala sudah lahir terjadi putaran kepala ke posisi pada saat engagement. Dengan demikian bahu depan dan belakang dilahirkan lebih dahulu dan diikuti dada, perut, bokong dan seluruh tungkai (Hidayat Dkk, 2010: 24).

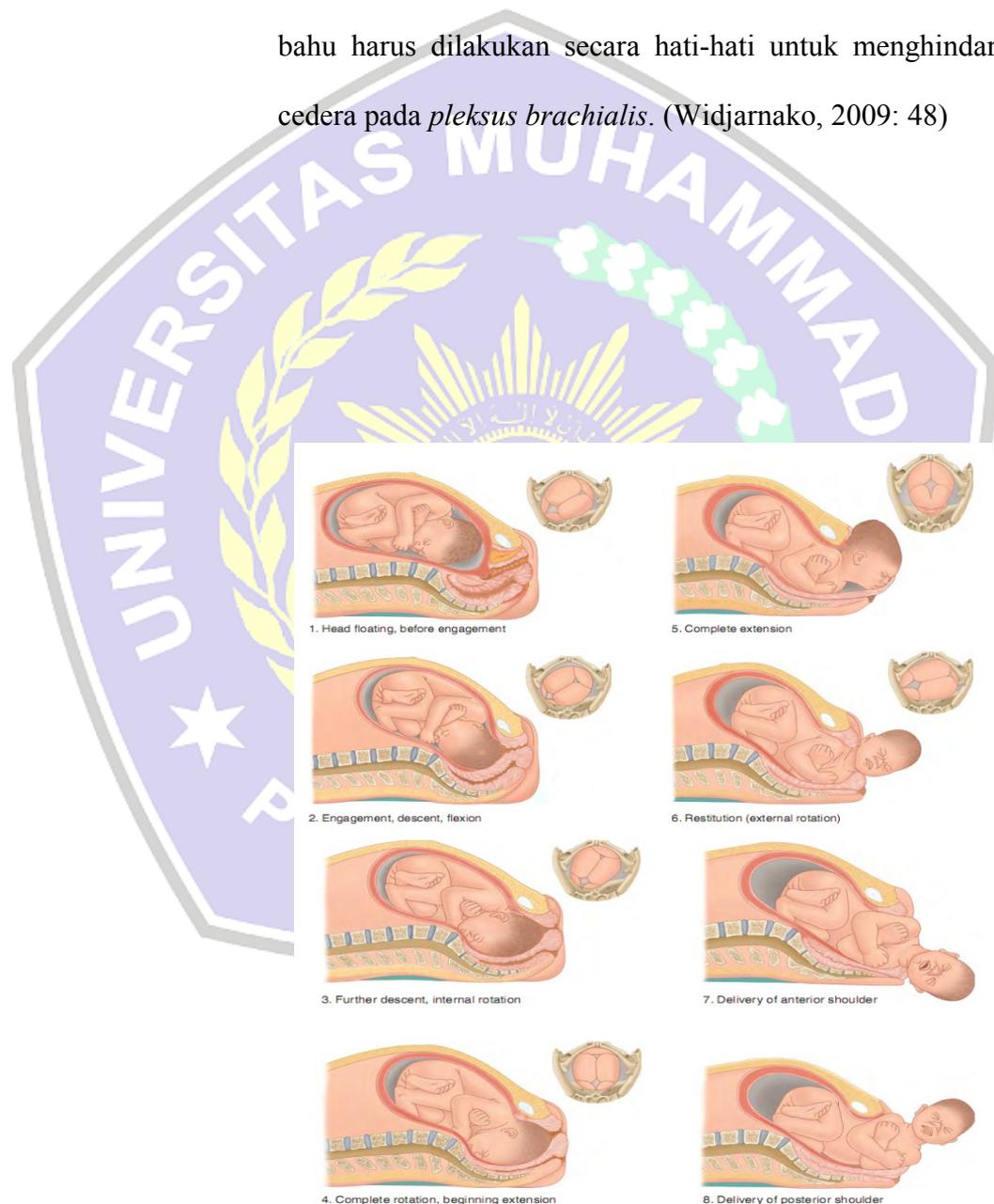
(b) Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar bahu depan dibawah simfisis menjadi hipomoklion kelahiran bahu belakang, bahu depan menyusul lahir, diikuti seluruh badan anak.

(Hidayat Dkk, 2010: 25-27).

Setelah putar paksi luar kepala, bahu mengalami desensus kedalam panggul dengan cara seperti yang terjadi pada desensus kepala. Bahu anterior akan mengalami putar

paksi dalam sejauh 45° menuju arcus pubis sebelum dapat lahir dibawah simfisis. Persalinan bahu depan dibantu dengan tarikan curam bawah pada samping kepala janin .Setelah bahu depan lahir, dilakukan traksi curam atas untuk melahirkan bahu posterior. Traksi untuk melahirkan bahu harus dilakukan secara hati-hati untuk menghindari cedera pada *pleksus brachialis*. (Widjarnako, 2009: 48)



Gambar 2.6

Mekanisme persalinan
Sumber: Marmi, 2011: 190)

H. Kebutuhan Dasar Ibu Dalam Proses Persalinan

1. Nutrisi dan cairan

Makanan bergizi harus dipersiapkan sebelum seseorang ibu berencana hamil. Sehingga pada saat hamil dan persalinan, badan sudah terkondisikan dengan sangat baik untuk pertumbuhan janin dan sesudahnya. Gizi pada ibu menyusui sangat penting untuk produksi air susu, yang sangat dibutuhkan untuk tumbuh kembang bayi. Kebutuhan nutrisi selama laktasi didasarkan pada kandungan nutrisi air susu dan jumlah nutrisi penghasil susu. Ibu menyusui disarankan memperoleh tambahan zat makanan 800 kkal, kebutuhan kalori ini lebih tinggi bila dibandingkan saat kehamilan. Kandungan kalori ASI rata-rata yang dihasilkan ibu dengan nutrisi baik adalah 70 kal/100 ml, dan kira-kira 85 kal diperlukan oleh ibu untuk tiap 100 ml yang dihasilkan. Rata-rata ibu menggunakan 640 kal/hari untuk 6 bulan pertama dan 510 kal/ hari selama 6 bulan kedua untuk menghasilkan susu normal.

Komponen nutrient dalam ASI antara lain, protein, laktosa dan lemak. Kadar protein ASI sebesar 0,9 % sebesar 60 % diantaranya berupa whey yang lebih mudah dicerna dari pada kasein (protein utama susu sapi). Dalam

ASI juga terdapat asam amino (sistidin taurin) yang tidak terdapat dalam susu sapi. Sistin digunakan untuk pertumbuhan somatik dan taurin untuk pertumbuhan otak.

Selain itu ASI juga mengandung zat imunitas, seperti sel T dan immunoglobulin, yang merupakan pertahanan tubuh spesifik. Juga mengandung sel fagosit, komplemen c2 dan c4, lisosom, laktoperoksidase, laktoferin, transferin, yang merupakan pertahanan tubuh non spesifik. Dengan mengikat besi, laktoferin telah berperan menghambat pertumbuhan bakteri staphylococcus dan e-coli yang memerlukan zat besi untuk pertumbuhannya. Laktoferin juga menghambat pertumbuhan jamur candida.

Selain itu, lactobacillus bifidus didalam ASI berfungsi mengubah laktosa menjadi asam laktat dan asam asetat. Kedua asam ini menjadikan saluran pencernaan menjadi asam sehingga menghambat pertumbuhan mikroorganisme seperti e-coli, shigella dan jamur

Kebutuhan nutrient ibu menyusui meliputi :

a. Protein

Ibu memerlukan tambahan 20 gram diatas kebutuhan normal ketika menyusui. Jumlah ini hanya 16% dari tambahan 500 kal yang dianjurkan

b. Cairan

Nutrisi lain yang diperlukan selama laktasi adalah asupan cairan. Dianjurkan ibu menyusui minum 2-3 liter perhari, dalam bentuk air putih, susu dan jus buah

c. Vitamin dan mineral

Kebutuhan vitamin dan mineral selama menyusui lebih tinggi dari pada selama hamil (Hidayat Dkk, 2010: 32).

2. Dukungan persalinan

Mengurangi nyeri persalinan dan memberi kenyamanan dalam bentuk yang – sederhana, efektif, murah, resiko rendah, kemajuan persalinan bertambah baik, hasil persalinan bertambah baik dalam bentuk metode metode dukungan persalinan yaitu asuhan dan dukungan bagi ibu, orang yang memberi dukungan persalinan, mengatur posisi, latihan relaksasi dan pernafasan, istirahat dan privasi, penjelasan proses dan kemajuan serta prosedur, asuhan fisik-perawatan mulut, hydorterapi, lingkungan yang bersih dan kering, handuk lembab dan sentuhan (Hidayat Dkk, 2010: 32).

3. Asuhan tubuh dan fisik

Asuhan yang dapat diberikan adalah:

- a. Menjaga kebersihan diri dengan cara menganjurkan ibu membasuh sekitar kemaluannya sesudah BAK/BAB dan menjaganya tetap bersih dan kering. Mandi di bak/shower dapat menjadi sangat menyegarkan dan menimbulkan rasa santai, dan merasa sehat.
- b. Berendam, berendam dapat menjadi tindakan pendukung dan kenyamanan yang paling menenangkan Ibu yang sedang ada dalam proses persalinan biasanya nafasnya berbau, bibir kering dan pecah-pecah, tenggorokkan kering terutama jika dalam persalinan selama beberapa jam tanpa cairan oral dan tanpa perawatan mulut.
- c. Perawatan yang dapat diberikan adalah sebagai berikut:
 - a. Menggosok gigi
 - b. Mencuci mulut
 - c. Pemberian gliserin
 - d. Pemberian permen untuk melembabkan mulut dan tenggorokkan.
 - e. Pengipasan Ibu tersalin biasanya banyak mengeluarkan keringat, bahkan pada ruang bersalin dengan kontrol suhu terbaik pun mereka akan mengeluh berkeringat pada beberapa waktu tertentu.

(Hidayat Dkk, 2010: 32).

4. Pengurangan rasa nyeri

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

1) Metode pengendalian nyeri persalinan secara farmakologis yaitu dengan menggunakan obat sedative (misalnya golongan barbiturat) dan opioid (misalnya morfium).

2) Metode pengendalian nyeri persalinan secara nonfarmakologis bisa dilakukan dengan jalan kompres panas, kompres dingin, hidroterapi, counterpressure (peremasan pada kedua pinggul), penekanan lutut, menggerak-gerakkan tubuh secara berirama, pengaturan posisi relaksasi dan latihan pernafasan, usapan di punggung atau abdomen, pengosongan kandung kemih (Rohani, 2011: 126).

5. Penerimaan terhadap perilaku dan sikap

Asuhan yang harus diberikan adalah pemberian dukungan mental dan penjelasan kepada ibu bahwa rasa sakit yang ia alami selama persalinan merupakan suatu proses yang harus dilalui dengan diharapkan ibu tenang dalam menghadapi persalinan (Rohani, 2011: 126).

6. Kehadiran pendamping

Fungsi hadirnya seorang pendamping pada saat persalinan yaitu mengurangi rasa sakit... membuat waktu persalinan lebih singkat, dan menunmkan 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 rasa percaya diri lebih besar untuk bertanya secara langsung atau melalui pendamping tersebut (Rohani, 2011: 126).

7. Informasi dan kepastian tentang hasil persalinan yang aman

Setiap ibu bersalin selalu ingin mengetahui 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 pengurangan rasa takut akan menurunkan nyeri akibat ketegangan dari rasa takut, serta menjelaskan tentang prosedur dan adanya pembatasan, hal ini memungkinkan ibu bersalin merasa aman dan dapat mengatasinya secara efektif (Rohani, 2011: 126).

I. Masalah dalam persalinan

Beberapa komplikasi melahirkan yang bisa terjadi pada Anda adalah:

1. Bayi sungsang

Saat usia kehamilan Anda sudah mendekati waktu kelahiran, biasanya Anda perlu memeriksakan diri Anda ke dokter untuk melihat posisi bayi. Apakah posisi bayi sudah baik atau bayi sungsang? Posisi bayi yang baik saat dilahirkan adalah kepala bayi di bawah dan bayi menghadap ke bawah. Jika posisi [bayi sungsang](#), maka Anda akan disarankan untuk melakukan berbagai cara untuk mengembalikan bayi ke posisi seharusnya dengan cara alami. Namun, jika hal ini tidak berhasil dan posisi bayi masih sungsang saat akan dilahirkan, maka ini akan membuat proses melahirkan lebih rumit. Melahirkan dengan operasi caesar mungkin direkomendasikan pada saat ini (Veratamala, 2015: 56).

2. Proses melahirkan yang terlalu lama

Melahirkan merupakan sebuah proses alami di mana setiap ibu pasti bisa melakukannya. Sebuah proses kelahiran yang lancar mungkin akan memakan waktu selama beberapa jam saja. Namun, beberapa ibu mungkin mengalami masalah pada leher rahimnya (sebagai jalan keluarnya bayi). Leher rahim ibu bisa mengalami kesulitan

untuk berkembang dan membesar, sehingga bayi sulit untuk keluar dan proses melahirkan berjalan lebih lama. Proses melahirkan yang lebih lama ini tentu tidak baik jika dibiarkan. Risiko ibu mengalami infeksi (jika air ketuban sudah pecah) semakin besar. Untuk itu, dokter biasanya akan memberikan obat untuk membantu mempercepat proses melahirkan atau terkadang [operasi caesar](#) perlu dilakukan (Veratamala, 2015: 56).

3. Prolaps tali pusar

Selama dalam kandungan, tali pusar merupakan tumpuan hidup bayi. Tali pusar mengalirkan nutrisi dan oksigen dari ibu ke tubuh bayi sehingga bayi dapat tumbuh dan berkembang di dalam rahim ibu. Terkadang, selama proses melahirkan, [tali pusar dapat masuk ke dalam leher rahim](#) terlebih dulu sebelum bayi setelah air ketuban pecah. Tali pusar bahkan bisa keluar lebih dulu di vagina dibandingkan bayi. Sehingga, kondisi ini sangat berbahaya bagi bayi Anda. Aliran darah yang masih berjalan dari tali pusar ke bayi dapat terganggu. Ini merupakan keadaan darurat bagi bayi (Veratamala, 2015: 56).

4. Tali pusar melilit bayi

Karena bayi selalu bergerak di dalam kandungan, bayi mungkin bisa terlilit tali pusar. Tali pusar bisa melilit

bayi dan terlepas dengan sendirinya berkali-kali selama kehamilan. Namun, tali pusar yang melilit bayi selama proses melahirkan mungkin bisa membahayakan bayi ketika terjadi penurunan aliran darah ke bayi karena tali pusar tertekan. Hal ini dapat menyebabkan detak jantung bayi menurun. Jika detak jantung bayi terus memburuk selama persalinan dan bayi menunjukkan tanda-tanda bahaya lainnya, melahirkan dengan cara caesar mungkin diperlukan (Veratamala, 2015: 56).

5. Perdarahan berat

Setelah bayi berhasil dilahirkan, perdarahan bisa terjadi pada ibu. [Perdarahan](#) ringan normal terjadi, namun perdarahan berat dapat menjadi hal yang serius. Perdarahan yang berlebihan bisa disebabkan karena kontraksi rahim setelah melahirkan berjalan buruk, bagian plasenta yang masih tersisa dalam rahim, dan infeksi pada dinding rahim.

Sehingga, hal ini mengakibatkan pembuluh darah yang terbuka saat plasenta lepas dari dinding rahim terus mengeluarkan darah. Perdarahan berlebih setelah melahirkan ini biasa disebut dengan perdarahan postpartum. Terdapat dua jenis perdarahan postpartum, yaitu primer atau langsung (perdarahan yang terjadi dalam waktu 24 jam setelah melahirkan) dan sekunder atau

tertunda (perdarahan setelah 24 jam pertama sampai 6 minggu setelah melahirkan). (Veratamala, 2015: 56)

J. 5 benang merah

1. Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang diperlukan oleh pasien. Keputusan itu harus akurat, komprehensif dan aman, baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberikan pertolongan. Semua upaya akan bermuara pada bagaimana kinerja dan perilaku yang diharapkan dari seorang pemberi asuhan dalam menjalankan tugas dan pengamalan ilmunya kepada pasien atau klien. Pengetahuan dan keterampilan saja ternyata tidak dapat menjamin asuhan atau pertolongan yang diberikan dapat memberikan hasil maksimal atau memenuhi standar kualitas pelayanan dan harapan pasien apabila tidak disertai dengan perilaku yang terpuji. Tujuh langkah dalam membuat keputusan klinik:

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

4. Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk mengatasi masalah
5. Menyusun rencana pemberian asuhan atau intervensi untuk solusi masalah
6. Melaksanakan asuhan/intervensi terpilih
7. Memantau dan mengevaluasi efektifitas asuhan atau intervensi.

(Wiknjosastro, 2008: 5)

2. Asuhan sayang ibu dan bayi

Lima aspek dasar/lima benang merah yang penting dan saling terkait dalam persalinan yang bersih dan aman adalah: Membuat keputusan klinik, Asuhan sayang ibu dan bayi, Pencegahan infeksi, Pencatatan/Rekam medis, Rujukan (Sujiati Dkk, 2010: 6)

Menurut Pusdiknakes (2008:60), upaya penerapan asuhan sayang ibu dan bayi meliputi kegiatan:

- a) Memanggil ibu sesuai nama panggilan sehingga akan ada perasaan dekat dengan bidan.
- b) Meminta izin dan menjelaskan prosedur tindakan yang akan dilakukan bidan dalam pemberian asuhan.
- c) Bidan memberikan penjelasan tentang gambaran proses persalinan yang akan dihadapi ibu dan keluarga.

- d) Memberikan informasi dan menjawab pertanyaan dari ibu dan keluarga sehubungan dengan proses persalinan.
- e) Mendengarkan dan menanggapi keluhan ibu dan keluarga selama proses persalinan.
- f) Menyiapkan rencana rujukan atau kolaborasi dengan dokter spesialis apabila terjadi kegawatdaruratan kebidanan.
- g) Memberikan dukungan mental, memberikan rasa percaya diri kepada ibu, serta berusaha memberi rasa nyaman dan aman.
- h) Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik meliputi sarana dan prasarana pertolongan persalinan.
- i) Menganjurkan suami dan keluarga untuk mendampingi ibu selama proses persalinan.
- j) Membimbing suami dan keluarga tentang cara memperhatikan dan mendukung ibu selama proses persalinan dan kelahiran bayi, seperti: memberikan makan dan minum, memijit punggung ibu, membantu mengganti posisi ibu, membimbing relaksasi dan mengingatkan untuk berdoa.
- k) Bidan melakukan tindakan pencegahan infeksi.

- l) Menghargai privasi ibu dengan menjaga semua kerahasiaan.
- m) Membimbing dan menganjurkan ibu untuk mencoba posisi selama persalinan yang nyaman dan aman.
- n) Menganjurkan ibu untuk makan dan minum saat tidak berkontraksi.
- o) Menghargai dan memperbolehkan praktek-praktek tradisional yang tidak merugikan.
- p) Menghindari tindakan yang berlebihan dan membahayakan.
- q) Memberi kesempatan ibu untuk memeluk bayi segera setelah lahir dalam waktu 1 jam setelah persalinan.
- r) Membantu ibu memulai pemberian ASI dalam waktu 1 jam pertama setelah kelahiran bayi dengan membimbing ibu membersihkan payudara, posisi menyusui yang benar dan penyuluhan tentang manfaat ASI.

3. Pencegahan infeksi

Pencegahan infeksi adalah suatu usaha yang dilakukan untuk mencegah terjadinya resiko penularan infeksi mikroorganisme dari klien, dan tenaga kesehatan, pengunjung dan masyarakat. (Wiknjastro, 2008: 15).

Penerapan Kewaspadaan Universal / Standar Yang Harus Diperhatikan Dalam pertolongan persalinan pada kala I, II, III, IV.

1. Kebersihan tangan, cuci tangan, alkohol-handrubs
2. APD : sarung tangan, masker, pelindung wajah, pelindung mata, gaun/jubah, pelindung kaki.
3. Dekontaminasi, sterilisasi, disinfektans: pengelolaan peralatan medik.
4. keamanan dan kesehatan lingkungan.
5. Pengelolaan linen (barang steril di ruangan).

Penatalaksana pencegahan infeksi untuk meminimalkan risiko terjadinya infeksi pada ibu bersalin meliputi: Prosedur cuci tangan, pemakaian sarung tangan, pengelolaan cairan antiseptik, pemrosesan alat bekas pakai, dan pengelolaan sampah medik belum sepenuhnya dilakukan sesuai dengan pedoman pencegahan infeksi.

a) Prosedur cuci tangan

Mencuci tangan dengan air dan sabun akan banyak mengurangi jumlah mikroorganisme dari kulit dan tangan, Berikut adalah 7 langkah cuci tangan yang efektif.

b) Pengelolaan cairan antiseptik

Klorin berfungsi sebagai disinfektan Mikroorganisme patogen utama yang terdapat di dalam air umumnya berasal dari

kotoran manusia. Desinfeksi air dapat dilakukan mendekati sempurna, yaitu 99,9%. populasi bakteri Istilah klorinasi dalam desinfeksi air.

c) proses Alat partus bekas pakai

Pengelolaan alat kesehatan dapat mencegah penyebaran Infeksi melalui alat kesehatan, atau menjamin alat tersebut selaludalam kondisi steril dan pakai Pemilihan pengelolaan alat tergantung pada kegunaan alat dan berhubungan dengan tingkat.

Risiko penyebaran infeksi Pengelolaan alat dilakukan melauieempat tahapan yaitu :

- 1) Dekontaminasi,
- 2) Pencucian
- 3) Sterilisasi atau DTT
- 4) Penyimpanan

Pemilihan cara pengelolaan alat kesehatan sesuai dengan risiko infeksi dan jenis penggunaan alat :

Tabel 2.5
Pengelolaan alat dengan Risiko infeksi

Tingkat Risiko	Jenis penggunaan alat	Cara pengelolahaan
Resiko Tinggi	Alat yang digunakan menembus kulit atau rongga tubuh	Sterilisasi atau menggunakan alat steril sekali pakai
Resiko sedang	Alat untuk digunakan pada mukosa atau kulit yang tidak utuh	Sterilisasi atau desinfeksi kimiawi atau perebusan

Resiko rendah	Alat yang digunakan pada kulit utuh tanpa menembus	Cuci bersih
---------------	--	-------------

(Sulistyawati, 2010).

4. Pencatatan

Catat semua asuhan yang telah diberikan kepada ibu atau bayinya. Jika asuhan tidak dicatat, dapat dianggap bahwa hal tersebut tidak dilakukan. Yang diperhatikan dalam pencatatan adalah :

- a) Kelengkapan status klien
- b) Anamnesis, prosedur dan hasil pemeriksaan fisik, laboratorium, dan uji atau penapisan tambahan lainnya
- c) Partograf sebagai instrumen membuat keputusan dan dokumentasi klien
- d) Kesesuaian kondisi klien dan prosedur klinik terpilih
- e) Upaya tata laksana rujukan yang diperlukan

Dokumentasi dalam manajemen kebidanan merupakan bagian yang sangat penting. Hal ini karena :

- a. Dokumentasi menyediakan catatan permanen tentang manajemen pasien
- b. Memungkinkan terjadinya pertukaran informasi diantara petugas kesehatan

- c. Kelanjutan dari perawatan dipermudah, dari kunjungan ke kunjungan berikutnya, dari petugas ke petugas yang lain, atau petugas ke fasilitas.
- d. Informasi dapat digunakan untuk evaluasi, untuk melihat apakah perawatan sudah dilakukan dengan tepat, mengidentifikasi kesenjangan yang ada, dan membuat perubahan dan perbaikan peningkatan manajemen perawatan pasien.
- e. Memperkuat keberhasilan manajemen, sehingga metode-metode dapat dilanjutkan dan disosialisasikan kepada yang lain.
- f. Data yang ada dapat digunakan untuk penelitian atau studi kasus.
- g. Dapat digunakan sebagai data statistik, untuk catatan nasional
- h. Sebagai data statistik yang berkaitan dengan kesakitan dan kematian ibu.

Dalam Asuhan Persalinan Normal, sistem pencatatan yang digunakan adalah patograf, hasil pemeriksaan yang tidak dicatat pada patograf dapat diartikan bahwa pemeriksaan tersebut tidak dilakukan. (Marmi, 2016 : 20)

5. Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas yang memiliki sarana lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Rujukan adalah suatu pelimpahan tanggung jawab timbal balik atas kasus atau masalah kebidanan yang timbul baik secara vertikal (dari satu unit ke unit yang lebih lengkap /Rumah Sakit) maupun horizontal (dari satu bagian ke bagian lain dalam satu unit). Sangat sulit untuk menduga kapan penyulit terjadi sehingga persiapan merujuk ibu/bayi ke fasilitas rujukan secara optimal dan tepat waktu menjadi syarat bagi keberhasilan upaya penyelamatan. Jika timbul masalah pada saat persalinan dan rencana rujukan belum dibicarakan maka sering kali sulit untuk melakukan secara cepat. Singkatan BAKSOKUDA dapat digunakan untuk mengingat hal – hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi :

- a. B (Bidan) yaitu pastikan bahwa ibu dan bayi baru lahir di dampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk dibawa ke fasilitas rujukan
- b. A (alat) yaitu bawa perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan dan BBL bersama ibu ke tempat rujukan

- c. K (keluarga) beritahu ibu dan keluarga kondisi terakhir ibu dan bayi dan mengapa ibu dan bayi perlu di rujuk.
 - d. S (surat) berikan surat ke tempat rujukan.surat ini berisi identifikasi mengenai ibu dan BBL
 - e. O (obat) bawa obat-obatan esensia pada saat mengantar ibu ke pasilitas rujukan.
 - f. K (kendaraan) siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu.
 - g. U (uang) ingatkan keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli keperluan lainnya
 - h. Da (darah) persiapkan darah baik dari anggota keluarga maupun kerabat sebagai persiapan jika terjadi perdarahan
- (Hidayat, 2010: 98)

K. Partograf

Partograf adalah alat yang dipakai untuk memantau kemajuan persalinan dan membantu petugas kesehatan dalam menentukan keputusan dan penatalaksanaan (Saifudin, 2009: 104). Penerapan panograf ditujukan pada kehamilan normal yang rencanakan untuk persalinan pervaginam. Dengan memperhatikan garis tindakan sebagai titik tolok evaluasi pertolongan persalinan (Manuaba, 2010:157)

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

1. Denyut jantung janin, dicatat setiap 30 menit

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

2. Air ketuban dicatat melakukan pemeriksaan vagina: U :

Selaput utuh

J : Selaput pecah; air Ketuban Jernih

M : air ketuban bercampur meconium

D : air ketuban bernoda darah. (Saifudin, 2009: 1 04) K : tidak ada cairan ketuban/kering. (Manuaba, 2010:160).

3. Perubahan bentuk kepala janin (molding dan molase):

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

1 : tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.

2 : tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih . tapi masih dapat dipisahkan

3 : tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan

4. Pembukaan mulut rahim (serviks) dinilai setiap 4 jam dan

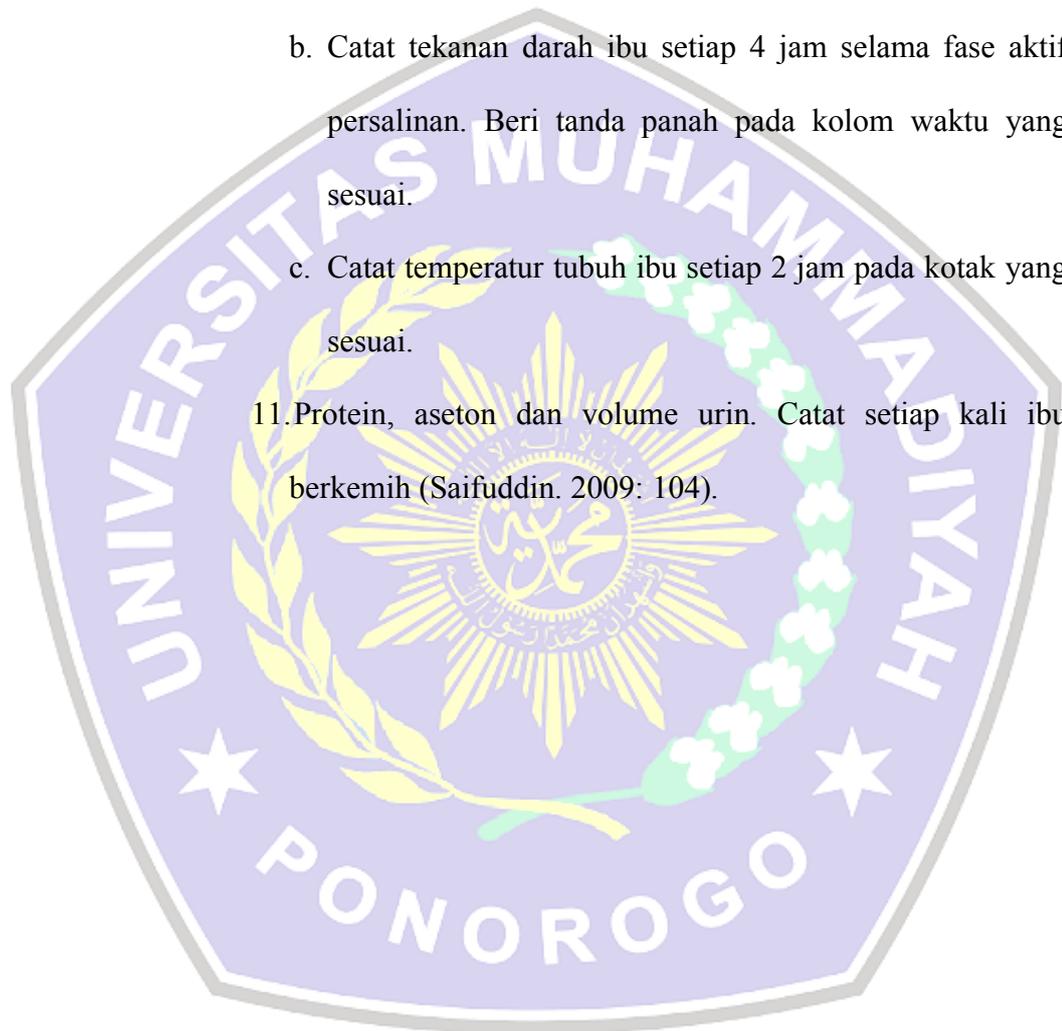
diberi tanda silang (X) (Saifuddin. 2009:104)

5. Penurunan, mengaju pada bagian kepala (dibagi 5 bagian) yang teraba (pada pemeriksaan abdomen/luar) diatas simflsis pubis, dicatat dengan tanda lingkaran (O).
6. Waktu dan jam , menyatakan berapa jam waktu yang telah dijalani sesudah pasien diterima
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. Berikan titik-titik dikotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik.
 - b. Beri garis-garis dikotak-yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik.
 - c. Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya lebih dari 40 detik (Saifuddin, 2010:321)
8. Oksitosin. Bila memakai oksitosin catatlah banyaknya oksitosin per voleme cairan infus dan dalam tetesan per menit (Saifuddin, 2009:104)
9. Obat-obatan lain dan cairan IV. Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan atau cairan I.V. dalam kotak yang sesuai. (Saifuddin, 2010:322).

10. Nadi, tekanan darah dan temperatur tubuh ibu. Angka sebelah kiri partogram berkaitan dengan nadi dan tekanan darah ibu.

- a. Catat 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 temperatur tubuh ibu setiap 2 jam pada kotak yang sesuai.

11. Protein, aseton dan volume urin. Catat setiap kali ibu berkemih (Saifuddin, 2009: 104).



2.1.3 Konsep Dasar Nifas

A. Pengertian nifas (peurperium)

Masa nifas (peurperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas peurperium dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu(42 minggu). (Putriani, 2014:1).

Masa nifas (puerperium) adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu. (Kumalasari, 2015:67).

B. Proses 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 mengalir darah ke plasenta. Setelah plasenta lepas, otot rahim akan berkontraksi atau mengerut, sehingga pembuluh darah terjepit dan pendarahan berhenti, setelah bayi lahir, umumnya berat rahim menjadi sekitar 1000 gram dan dapat diraba kira-kira 2 jari dibawah umbilikus.

Setelah 1 minggu beratnya sekitar 300 gr dan tidak dapat diraba lagi, secara alamiah rahim akan kembali mengecil perlahan-lahan kebentuknya semula. Setelah 6 minggu beratnya sudah sekitar 40-60 gr. Pada saat ini dianggap bahwa masa nifas sudah selesai. Namun sebenarnya rahim akan kembali keposisi yang normal, rapi juga kondisi tubuh ibu secara keseluruhan.

2. kekentalan darah (homokonsentrasi) kembali normal

Selama hamil darah ibu relatif encer, karena cairan darah ibu banyak, sementara sel darahnya berkurang. Bila dilakukan pemeriksaan kadar Homoglobin (Hb) akan tampak sedikit menurun dari angka normal sebesar 11-12 gr%. Jika homoglobin terlalu rendah setelah melahirkan, sistem sirkulasi darah ibu akan kembali seperti semula. Darah kembali mengental dimana kadar perbandingan sel darah dan cairan darah kembali normal. Umumnya hal ini terjadi pada hari ke 3 sampai hari ke 15 pasca persalinan.

3. Proses laktasi 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 dipayudara sudah terbentuk kolostrum yang sangat baik untuk bayi, karena mengandung zat kaya gizi, dan anti bodi pembunuh kuman (Saleha, 2009:2-4).

C. Fisiologis Masa Nifas

Pada masa nifas terjadi beberapa perubahan yang yaitu sebagai berikut :

1. Perubahan sistem reproduksi

a) Involusi uterus

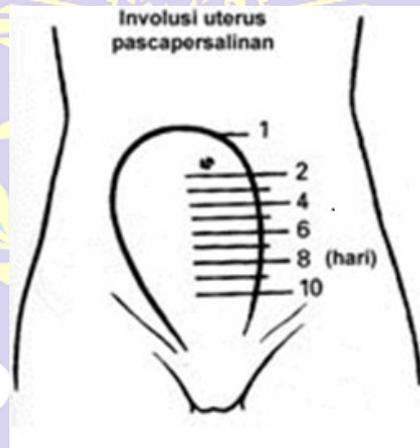
Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses yakni uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berta sekitar 60 gram. Proses ini di mulai segera setelah plasenta lahir akibat adanya kontraksi otot-otot polos uterus. involusi uterus dari luar dapat di amati dengan memeriksa fundus uterus dengan cara sebagai berikut :

- (1) Segera setelah persalinan, tinggi fundus uteri 2 cm dibawah pusat, 12 jam kemudian kembali 1 cm di atas pusat, dan menurun kurang lebih 1 cm di setiap harinya.
- (2) Pada hari kedua setelah persalinan tinggi fundus uteri 1 cm di bawah pusat pada hari ke 3-4 tinggi fundus uteri 2 cm di bawah pusat.
- (3) pada hari ke 5-7 tinggi fundus uteri setenah pusat simfisis, pada hari ke 10 tinggi fundus uteri tidak teraba.

Tabel 2.6
Perubahan uterus pada masa nifas

No	Waktu involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat uterus	Diameter uterus	Palpasi serviks
1.	Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm	Lunak
2.	Plasenta lahir	Dua jari dibawah pusat	750 gram	12,5 cm	Lunak
3.	Satu minggu	Pertengahan pusat sampai simpisis	500 gram	7,5 cm	2 cm
4.	Dua minggu	Tidak teraba diatas simpisis	300 gram	5 cm	1 cm
5.	Enam minggu	Bertambah kecil	60 gram	2,5 cm	menyempit

Sumber: Kumalasari, 2015: 156



Gambar 2.7

Perubahan tinggi fundus uteri

Sumber: Dewi dkk, 2013: 78

b) Serviks

Serviks mengalami perubahan involusi bersama dengan uterus, warna serviks merah kehitaman karena pembuluh

darah. Konsistensinya lunak lunak, kadang terdapat laserasi/ perluaan kecil. Karena adanya robekan kecil yang terjadi dilatasi, serviks tidak pernah kembali pada keadaan sebelum hamil. (Suherni, 2008:79).

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendor, terkulai dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi dilahirkan, tangan pemeriksa masih dapat dimasukan 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk. Oleh karena hiperpalpasi dan retraksi serviks, robekan serviks dapat sembuh. Namun demikian, selesai involusi, ostium eksternum tidak sama waktu sebelum hamil. Pada umumnya ostium eksternum lebih besar, tetap ada retak-retak dan robekan-robekan pada pinggirnya, terutama pada pinggir sampingnya. (Dessy, Dkk, 2009: 34)

c) Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahapan dalam waktu 6-8 minggu

postpartum. Penurunan hormon estrogen pada masa postpartum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae-rugae (lipatan-lipatan/ kerutan) akan kembali pada minggu ke 4. (Suherni,2008:79).

d) Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas.

Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Berdasarkan waktu lochea dibedakan menjadi beberapa jenis di antaranya :

(1) Lochea rubra

(2) Lochea ini muncul pada hari 1-4 masa postpartum, berwarna merah karena berisi darah dari perobekan/luka pada plasenta.

(3) Lochea sanguinolenta

Cairan yang berwarna merah kecoklatan dan berlendir, berlangsung pada hari ke 3-7 hari.

(4) Lochea serosa

Berwarna kuning kecoklatan, juga terdiri dari leukosit dan robekan. Laserasi plasenta, berlangsung terjadi pada hari ke 7-14 hari.

(5) Lochea alba

Lochea alba mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, serabut jaringan yang mati berlangsung selama 2-6 minggu. (Sukarni.2013.321).

e) Endometrium

Pada hari kedua – ketiga pasca persalinan, lapisan desidua berdiferensiasi menjadi dua lapisan. Stratum superfisial menjadi nekrotik bersama lokia, sedangkan stratum basal yang bersebelahan dengan myometrium tetap utuh dan yang menjadi sumber pembentukan endometrium baru. Endometrium terbentuk dari proliferasi sisa-sisa kelenjar endometrium dan stroma jaringan ikat antar kelenjar tersebut. Proses pembentukan kembali endometrium berlangsung secara cepat selama masa nifas, kecuali pada tempat insersi plasenta. Dalam satu minggu atau lebih permukaan bebas menjadi tertutup kembali oleh epitel endometrium dan pulih kembali dalam waktu 3 minggu. (Moudy, 2015: 88).

f) Payudara (Mamae)

Pada semua wanita yang telah melahirkan, proses laktasi terjadi alami. Proses menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologi, yaitu produksi susu dan sekresi atau *letdown* (Kumalasari, 2015:158).

2. Perubahan sistem pencernaan pada masa nifas

a) Nafsu makan

Pasca melahirkan, biasanya ibu merasa lapar sehingga diperbolehkan untuk mengkonsumsi makanan. Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesterone menurun setelah melahirkan, asupan makan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari. (Heryani R. 2012 : 33).

b) Motilitas

Penurunan otot motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesik bisa mengakibatkan keterlambatan pengembalian tonus motilitas keadaan normal.

c) Pengosongan usus

Buang air besar secara spontan bisa tertunda selama dua sampai tiga hari setelah ibu melahirkan. Keadaan ini disebabkan karena otot usus menurun selama proses persalinan dan pada awal masa pascapartum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan atau dehidrasi. Ibu sering kali menduga nyeri pada saat defekasi karena nyeri yang dirasakan akibat episiotomi laserasi atau hemoroid. (Sukarni, dkk.2013 : 345).

3. Perubahan sistem perkemihan pada saat nifas

a) Deuresis postpartum

Dalam 12 jam pasca melahirkan, ibu mulai membuang kelebihan cairan yang tertimbun di jaringan selama iya hamil. Deuresis postpartum, yang di sebabkan oleh penurunan kadar esterogen, hilangnya peningkatan volume darah tersebut akibat kehamilan, merupakan mekanisme tubuh untuk mengatasi kelebihan cairan. Kehilangan cairan melalui keringat dan peningkatan jumlah urine menyebabkan penurunan berat badan sekitar 2,5 kg selama masa pascapartum.

b) Uretra dan kandung kemih

Dinding kandung kemih dapat mengalami hiperemesis dan oedema, sering kali di sertai di daerah-daerah kecil hemoragi. Kandung kemih yang edema terisi penuh dan gepotonik dapat mengakibatkan overdistensi, pengosongan yang tidak sempurna dan urin residual dan jika di lakukan untuk pengosongan kandung kemoh.

(Sukarni dkk, 2013:345).

4. Perubahan sistem muskuloskuletal/diastasis rectus abdominkus pada masa nifas

a) Dinding perut dan peritoneum

Dinding perut akan longgar pascapersalinan. Keadaan ini akan pulih kembali dalam 6 minggu. (Heryani R. 2012 :36).

b) Kulit abdomen

Kulit abdomen yang melebar selama masa kehamilan tampak melonggar dan mengendur sampai berminggu-minggu atau bahkan berbulan-bulan yang id namakan striae. Melalui latihan postnatal, otot-otot dari dinding abdomen seharusnya dapat normal kembali dalam bebarapa minggu. (Sukarni dkk. 2013: 330).

c) Striae

Striae adalah suatu perubahan warna seperti jaringan perut pada dinding abdomen. Striae pada dinding abdomen tidak dapat menghilang sempurna melainkan membentuk garis lurus yang samar. (Heryani R . 2012:37).

d) Perubahan ligament

Ligamen-ligamen dan diafragma pelvis serta fasia yang mengang sewaktu kehamilan dan partus, setelah janin lahir, berangsur-angsur menciut kembali seperti sedia kala.

e) Simpisis pubis

Meskipun relatif jarang, tetapi simpisis pubis yang terpisah ini merupakan penyebab utama morbiditas maternal dan kadang-kadang penyebab ketidak mampuan jangka panjang.

Hal ini biasanya di tandai oleh nyeri tekan signifikan pada pubis di sertai peningkatan nyeri pada saat bergerak di tempat tidur atau pada saat berjalan. (Sukarni dkk. 2013:330-331).

5. Perubahan sistem kardioaskuler

Selama kehamilan volume darah normal digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat, yang diperlukan oleh plasenta dan pembuluh darah uterin. Penarikan kembali esterogen menyebabkan diuresis terjadi, yang secara cepat mengurangi volume plasma kembali pada proporsi normal. Aliran ini terjadi dalam 2-4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Selama masa ini ibu mengeluarkan banyak sekali jumlah urin. Hilangnya progesteron membantu mengurangi retensi cairan yang melekat dengan meningkatnya vaskuler pada jaringan tersebut selama kehamilan bersama-sama dengan trauma selama persalinan. Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300 – 400 cc. Bila kelahiran melalui seksio sesarea, maka kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah (*blood volume*) dan hematokrit (*haemoconcentration*). Bila persalinan pervaginam, hematokrit akan naik dan pada seksio sesaria, hematokrit cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu. Setelah persalinan, shunt akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menimbulkan beban pada jantung, dapat menimbulkan *decompensation cordia* pada penderita vitum cordia.

Keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya haemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala, umumnya hal ini terjadi pada hari 3-5 postpartum. (Santi Nurma, 2008: 100)

6. Perubahan tanda-tanda vital

a. Suhu Badan

Satu hari (24jam) postpartum suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C} - 38^{\circ}\text{C}$) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Apabila keadaan normal suhu badan menjadi biasa. Biasanya pada hari ketiga suhu badan naik lagi karena adanya pembentukan ASI, buah dada menjadi bengkak, berwarna merah karena banyaknya ASI. Bila suhu tidak turun kemungkinan adanya infeksi pada endometrium, mastitis, tractus genitalis atau sistem lain.

b. Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali permenit. Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi itu akan lebih cepat.

c. Tekanan darah

Biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada

perdarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan terjadinya preeklampsia postpartum.

d. Pernafasan

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

(Dina dkk, 2008: 90)

D. Tahapan Masa Nifas

1. Puerperium dini

Masa pemulihan, yakni saat-saat ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan biasanya 1 hari setelah melahirkan.

2. Puerperium intermedial

Masa pemulihan menyeluruh dari organ-organ genital, kira-kira antara 6-8 minggu.

3. Remote puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi biasanya membutuhkan berminggu-minggu, bulan dan tahun. (Suherni dkk. 2009:59).

E. Perubahan Psikologis Masa Nifas

Tahapan masa nifas menurut Reva Rubin yaitu :

1. Periode teking in(hari ke1-2 setelah melahirkan)
 - a) Ibu masih pasif dan tergantung dengan orang lain
 - b) Perhatian ibu tertuju pada khawatiran perubahan tubuhnya
 - c) Ibu akan mengulangi pengalaman-pengalaman waktu melahirkan
 - d) Memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan keadaan tubuh ke kondisi normal.
 - e) Nafsu makan ibu biasanya akan bertambah sehingga membutuhkan peningkatan nutrisi. Kurangnya nafsu akan menandakan proses pengembalian kondisi tubuh tidak berlangsung normal.
2. Periode Teking On/ Taking Hold (hari ke 2-4 setelah melahirkan)
 - a) Ibu memperhatikan kemampuan menjadi orang tua dan meningkatkan tanggung jawab akan bayinya.
 - b) Ibu berusaha untuk menguasai keterampilan merawat bayi seperti menggendong, menyusui, memandikan dan mengganti popok.
 - c) Ibu cenderung terbuka menerima nasehat bidan dan kritikan pribadi.

d) kemungkinan ibu mengalami depresi postpartum karena merasa tidak mampu membesarkan bayinya.

3. Periode Letting Go

a) Terjadi setelah ibu pulang ke rumah dan di pengaruhi oleh dukungan serta perhatian keluarga

b) Ibu sudah mengambil tanggung jawab dalam merawat bayi dan memahami kebutuhan bayi sehingga akan mengurangi hak ibu dalam kebebasan dan hubungan sosial.

c) Depresi postpartum sering terjadi pada masa ini. (Putriani dkk. 2014: 7-8)

F. Kebutuhan Fisik Ibu Nifas

1. Nutrisi dan Cairan

Ibu nifas membutuhkan nutrisi yang cukup, bergizi seimbang, terutama kebutuhan protein dan karbohidrat. Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari, (ibu harus mengonsumsi 3 sampai 4 porsi tiap hari). Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (anjurkan ibu minum setiap kali menyusui). Pil zat besi harus diminum, untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin. Minum kapsul vitamin A ke-pada bayinya melalui ASI nya (Heryani R, 2012:57).

2. Kebersihan Diri / Perinium

Kebersihan diri ibu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman pada ibu. Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan diri dengan cara mandi yang teratur minimal 2 kali sehari, mengganti pakaian dan alas tempat tidur serta lingkungan dimana ibu tinggal. Perawatan luka perinium bertujuan untuk mencegah infeksi, meningkatkan rasa nyaman dan proses penyembuhan. Perawatan perinium dapat dilakukan dengan cara mencuci daerah genital dengan air dan sabun setiap kali habis BAK/BAB yang di mulai dengan mencuci bagian depan baru kemudian daerah anus. Pembalut hendaknya diganti 2 kali sehari.

Beberapa hal yang dapat dilakukan ibu postpartum dalam menjaga kebersihan diri, ada;ah sebagai berikut :

- a) Mandi teratur minimal 2 kali sehari
- b) Mengganti pakaian dan alas tempat tidur
- c) Menjaga lingkungan sekitar tempat tinggal
- d) Melakukan perawatan perinium
- e) Mengganti pembalut 2 kali sehari
- f) Mencuci tangan setiap membersihkan daerah genitalia

(Heryani R, 2012:62).

3. Eliminasi

Dalam 6 jam pertama postpartum, pasien sudah harus dapat buang air kecil (BAK) semakin lama urine tertahan dalam kandung kemih maka dapat mengakibatkan kesulitan pada organ perkemihan, misalnya infeksi. Kemudian dalam 24 jam pertama, pasien juga harus dapat buang air besar (BAB) karena semakin lama fases tertahan dalam usus maka akan semakin sulit untuk ibu buang air besar secara lancar (Sulistiyowati,2009:59).

4. Mobilisasi

Mobilisasi dini adalah kegiatan untuk secepat mungkin membimbing ibu nifas keluar dari tempat tidurnya untuk berjalan. Pada persalinan normal sebaiknya Mobilisasi di kerjakan setelah 2 jam (ibu boleh miring ke kiri atau ke kanan untuk mencegah adanya trombosit) (Dewi, 2011:70)

5. Personal Hygiene

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

Langkah-langkah yang dapat di lakukan untuk menjaga kebersihan diri ibu posyartum adalah sebagai berikut.

- a) Anjurkan kebersihan seluruh tubuh, terutama perinium

- b) Mengajarkan ibu cara membersihkan area kelamin dengan sabun dan air. pastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan bagian vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang. Kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Nasihati ibu untuk membersihkan vulva setiap kali buang air kecil atau besar.
- c) Saarkan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya 2 kali sehari. Kain dapat di gunakan ulang jika telah di cuci dengan baik dan di keringkan di bawah matahari dan di setrika.
- d) Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.
- e) Jika ibu luka episiotomi atau laserasi , sarankan ibu untuk menghindari menyantuh daerah tersebut (Saleha,2009:73-74).

6. Istirahat dan Tidur

★ Kebutuhan istirahat sangat di perlukan ibu beberapa jam setelah melahirkan. Proses persalinan yang lama dan melelahkan dapat membuat ibu frustasi bahkan depresi apa bila kebutuhan istirahatnya tidak terpenuhi. Masa nifas sangat erat kaitannnya dengan gangguan pola tidur yang di alami ibu, terutama segera setelah melahirkan. Pada 3 hari pertama dapat merupakan hari yang sulit bagi ibu akibat menumpuknya kelelahan karena proses persalinan dan nyeri yang timbul pada

luka perineum. Dan akan mendekati normal dalam 2-3 minggu minggu setelah persalinan.

Pada nifas ibu kurang tidur mengakibatkan :

- a) Berkurangnya produksi ASI.
- b) Membuat proses involusi uterus dan meningkatkan pendarahan.
- c) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Maritalia,2012:52-53).

7. Seksual

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

8. Latihan/Senam Nifas

Menurut Saleha, (2009:75-76), setelah persalinan terjadi involusi pada hampir seluruh organ tubuh wanita. Involusi ini sangat jelas terlihat pada alat-alat kandungan. Sebagai akibat kehamilan dinding perut menjadi lembek dan lemas disertai adanya striae gravidarum yang membuat keindahan tubuh sangat terganggu. Oleh karena itu, mereka akan selalu

berusaha untuk memulihkan dan mengancangkan keadaan dinding perut. Cara untuk mengembalikan dinding perut seperti semula adalah dengan melakukan latihan dan senam nifas. Untuk itu beri penjelasan pada ibu tentang beberapa hal berikut.

- a. Diskusikan pentingnya otot-otot perut dan panggul agar kembali normal. Karena ini akan membuat ibu merasa kuat dan ini juga menjadikan otot perutnya menjadi kuat, sehingga mengurangi rasa sakit pada punggung.
- b. Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu.
 - (1) Dengan tidur telentang dan lengan di samping, tarik otot perut selagi menarik nafas, tahan napas dalam, angkat dagu ke dada, tahan mulai hitungan 1-5. Rileks dan ulangi sebanyak 10 kali.
 - (2) Untuk memperkuat tonus otot jalan lahir dan dasar panggul lakukan latihan kegel.
 - (3) Berdiri dengan tungkai dirapatkan. Kencangkan otot bokong dan panggul, tahan sampai 5 hitungan. Relaksasi otot dan ulangi latihan sebanyak 5 kali.
 - (4) Mulai mengerjakan 5 kali latihan untuk setiap gerakan. Setiap minggu naikkan jumlah latihan 5 kali lebih banyak. Pada minggu ke-6 setelah persalinan ibu harus melakukan setiap gerakan sebanyak 30 kali.

G. Kunjungan Masa Nifas

Standar kunjungan masa nifas dibagi menjadi 4 yaitu :

1. Kunjungan 1 (6-8 jam postpartum)

Asuhan yang di berikan antara lain

- a. Mencegah perdarahan nifas karena atonia uteri
- b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain Perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut.
- c. Memberikan konseling tentang pencegahan perdarahan masa nifas yang di sebabkan atonia uteri
- d. Pemberian ASI awal
- e. Mengajarkan cara mempercepat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
- f. Menjaga bayi tetap sehat agar terhindar dari hipotermia
- g. Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik (Heryani, 2012:70).

2. Kunjungan 2 (6 hari postpartum)

Asuhan yang di berikan antara lain

- a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkonsentrasi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilicus, tidak ada pendarahan abnormal.
- b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau peredaran darah abnormal.
- c. Memastikan ibu cukup makan, cairan dan istirahat.
- d. Memastikan ibu menyusui dengan baik, mengenal asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari-hari.

(Heryani, 2012: 70).

3. Kunjungan 3 (2 minggu postpartum)

Asuhan pada 2 minggu postpartum sama dengan asuhan yang di berikan pada kunjungan 6 hari postpartum.

4. Kunjungan 4 (6 minggu postpartum)

- a. Menanyakan kesulitan-kesulitan yang di alami ibu selama masa nifas
- b. Memberikan konseling KB

Kunjungan masa nifas menurut Kepmenkes RI dalam buku KIA (2015), terdapat 3 kunjungan yaitu:

1. Kunjungan pertama yaitu pada 6 jam – 3 hari postpartum
2. Kunjungan kedua yaitu pada 4-28 hari post partum
3. Kunjungan ketiga yaitu pada 29-42 hari post partum

Jenis pelayanan ibu nifas antara lain:

1. Kondisi ibu nifas secara umum
2. Tekanan darah, suhu tubuh, respirasi dan nadi
3. Perdarahan pervaginam, kondisi perinium, tanda infeksi, kontraksi rahim, tinggi fundus uteri dan memeriksa payudara
4. Lokhia dan perdarahan
5. Pemeriksaan jalan lahir
6. Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI eksklusif
7. Pemberian kapsul Vit. A
8. Pelayanan kontrasepsi pascapersalinan
9. Penanganan risiko tinggi dan komplikasi pada nifas (Kemenkes RI, 2015 buku KIA)

Memberi nasihat pada ibu nifas antara lain:

1. Makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur dan buah-buahan
2. Kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari
3. Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin
4. Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat

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

(Kemenkes RI dalam buku KIA, 2015)

H. Tanda-Tanda Bahaya Ibu Nifas

1. Pendarahan postpartum adalah pendarahan lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir (Prawiroharjo, 2009:299).

Menurut waktu terjadinya di bagi menjadi 2 bagian.

- a. Perdarahan postpartum primer (*Early Post Partum Hemorrhage*) yang terjadi dalam 24 jam setelah anak lahir.

Penyebab utamanya adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta dan robekan jalan lahir. Terbanyak dalam 2 jam pertama.

b. Perdarahan post partum *sekunder (Late Post Partum Hemorrhage)* yang terjadi setelah 24 jam, biasanya terjadi antara hari ke 5 sampai 15 post partum. Penyebab utamanya adalah robekan jalan lahir dan sisa plasenta (Yudiana W, 2016:321).

Perdarahan post partum merupakan penyebab penting kematian maternal khususnya di negara berkembang.

Faktor-faktor penyebab Perdarahan post partum adalah :

- a) Grandenmultipara
- b) Jarak persalinan pendek kurang dari 2 tahun
- c) Persalinan yang di lakukan dengan tindakan :
pertolongan kala uri sebelum uri pada waktunya,
persalinan oleh dukun, persalinan dengan tindakan pasha,
persalinan dengann narkosa.

(Manuaba, 2009:103)

2. Sub-Involusi Uterus (Pengecilan Rahim Yang Terganggu)

involusi adalah keadaan uterus mengecil oleh kontraksi rahim dimana berat rahim dari 1000 gram saat setelah bersalin, menjadi 40-60 mg 6 minggu kemudian. Bila pengecilan ini kurang baik atau terganggu disebut Sub-Involusi (Yudiana W, 2016:98).

Faktor penyebab Sub-involusi antara lain : sisa plasenta dalam uterus, endometritis, adanya mioma uteri (Prawirohardjo, 2009:64).

Pada pemeriksaan bimanual di temukan uterus lebih besar dan lebih lembek dari seharusnya, fundus masih tinggi, lochea banyak dan berbau, dan tidak jarang pula terdapat Perdarahan.

3. Infeksi Pada Masa Nifas

infeksi pada masa nifas atau sepsis *puerperalis* adalah infeksi pada traktus genitalia yang terjadi pada setiap saat antara awitan pecah ketuban (*rupture membran*) atau persalinan dan 42 hari setelah persalinan atau abortus dimana dua atau lebih dari tanda-tanda berikut : nyeri pelvik, demam 38.5 derajat celcius atau lebih, rabas vagina yang abnormal, rabas vagina yang berbau busuk, keterlambatan dalam percepatan penurunan uterus (Suherni dkk, 2009:132).

4. keadaan abnormal pada payudara

a. Bendungan ASI : disebabkan oleh penyumbatan saluran ASI, keluhan mammae bengkak, keras, dan terasa panas sampai suhu badan meningkat.

b. Mastitis dan *Abses Mammae*

Infeksi ini menimbulkan demam, nyeri local pada mammae, pematatan mammae dan terjadi perubahan warna kulit mammae (Haryani, 2010: 108).

I. Perawatan Payudara

Bidan dapat mengajarkan kepada ibu bagaimana cara merawat payudara dan perawatan tersebut dapat dilakukan oleh ibunya sendiri, ibu dapat melakukan perawatan payudara selama menyusui dengan cara berikut :

1. Ibu dapat mengatur ulang posisi menyusui jika mengalami kesulitan
2. Ibu mengeringkan payudara setelah menyusui, untuk mencegah lecet dan retak oleskan sedikit ASI keputing, keringkan dulu sebelum menggunakan pakaian. Lecet dan retak pada puting susu tidak bahaya.
3. Jika ibu mengalami mastitis/tersumbatnya saluran ASI anjurkan ibu untuk tetap memberikan ASI.
4. Tanda dan gejala bahaya dalam menyusui yaitu diantaranya adalah bintik/garis merah panas pada payudara, terdapat gumpalan/bengkak pada payudara, demam (>38 C) (JNPK-KR,2007)
5. Berkaitan dengan ASI, bidan memiliki tugas utama diantaranya seperti memberdayakan perawatan payudara, cara menyusui, merawat tali pusat dan memandikan bayi. Serta mengatasi masalah laktasi dan memanta keadaan ibu bayi (JNPK-KR,2007). Kedua mammae harus sudah dirawat selama kehamilan. Areola mammae dan puting susu dicuci

dengan menggunakan sabun dan diberi minyak atau cream, agar tetap lemas, jangan sampai menjadi lecet atau pecah-pecah. Sebelum menyusui mammae harus dalam keadaan lemas(*massase*), dan juga bersih (Rukiyah dkk,2010:29-30).

a. Cara Menyusui

Tujuan menyusui yang benar adalah untuk merangsang produksi susu memperkuat reflek menghisap bayi.

1. Posisi

a) Posisi madona atau menggendong : bayi berbaring menghadap ibu, leher dan punggung atas bayi diletakan pada lengan bawah lateral payudara. Ibu menggunakan tangan lainnya untuk memegang payudara.

b) Posisi football atau mengepit : bayi berbaring atau punggung melingkar antara lengan dan samping dada ibu. Lengan bawah dan lengan ibu menyangga bayi, dan ia menggunakan tangan sebelahnya untuk menyangga payudara jika diperlukan.

c) Posisi berbaring miring : ibu dan bayi berbaring miring saling berhadapan. Posisi ini merupakan posisi yang paling aman bagi ibu yang mengalami penyembuhan dari proses persalinan melalui pembedahan.

2. Tahap tata laksana menyusui

a) Posisi badan ibu dan badan bayi

- 1) Ibu harus duduk atau berbaring dengan santai
 - 2) Pegang bayi pada belakang bahunya, tidak pada dasar kepala
 - 3) putar seluruh badan bayi, sehingga menghadap ke ibu
 - 4) Rapatkan dada bayi dengan dada ibu atau bagian bawah payudara ibu
 - 5) Tempelkan dagu bayi pada payudara ibu
 - 6) Dengan posisi ini maka telinga bayi akan berada dalam satu garis dengan leher dan lengan bayi
 - 7) Jauhkan hidung bayi dari payudara ibu dengan cara menekan pantat bayi dengan lengan ibu bagian dalam
- b) Posisi mulut bayi dan puting susu ibu
- 1) Keluarkan ASI sedikit oleskan pada puting susu dan areola
 - 2) Pegang payudara dengan pegangan seperti membentuk huruf C yaitu payudara di pegang dengan ibu jari dibagian atas dan jari yang lain menompang dibawah atau dengan pegangan seperti gunting (putting susu dan areola dijepit oleh jari telunjuk dan jari tengah seperti gunting) dibelakan areola.
 - 3) Sentuh pipi atau bibir bayi untuk merangsang rooting refleks(refleks menghisap)

- 4) Tunggu sampai mulut bayi terbuka lebar, dan lidah menjulur kebawah
- 5) Dengan cepat dekatkan bayi kepayudara ibu dengan menekan bahu belakang bayi bukan belakang kepala
- 6) Kemudian arahkan puting susu keatas menyusui langit-langit mulut bayi.
- 7) Posisikan puting susu diatas bibir atas bayi dan berhadap-hadapan dengan hidung bayi
- 8) Usahakan sebagian besar areola masuk ke mulut bayi, sehingga puting susu berada diantara pertemuan langit-langit yang keras (palatum durum) dan langit-langit yang lunak (palatum molle)
- 9) Lidah bayi akan menekan dinding bawah payudara dengan gerakan memerah ASI akan keluar.
- 10) Setelah bayi menyusui atau menghisap dengan baik, payudara tidak perlu dipegang atau di sangga lagi
- 11) Beberapa ibu sering meletakkan jarinya pada payudara dengan hidung bayi dengan maksud untuk memudahkan bayi bernafas. Hal ini tidak perlu karena hidung bayi telah dijauhkan dari payudara dengan cara menekan pantat bayi dengan lengan ibu.
- 12) Dianjurkan tangan ibu yang bebas untuk mengelus-ngelus bayi.

3. Tanda-tanda bayi menyusui dengan baik.
- b) Tubuh bagian depan bayi menempel pada tubuh ibu
 - c) Dagu bayi menempel pada payudara ibu
 - d) Dada bayi menempel pada dada ibu yang berada didasarpayudara
 - e) Telinga bayi berada dalam satu garis dengan leher dan lengan bayi
 - f) Mulut bayi terbuka lebar dengan bibir bawah yang terbuka
 - g) Hidung bayi mendekati kadang menyentuh payudara ibu
 - h) Mulut bayi mencakup sebanyak mungkin areola (tidak hanya puting susu saja) sehingga sebagian besar areola tidak tampak
 - i) Lidah bayi menompang puting susu dan areola bagian bawah
 - j) Bibir bawah bayi melengkung keluar
 - k) Bayi menghisap kuat dan dalam secara perlahan dan kadang disertai berhenti sesaat.
 - l) Terkadang terdengar suara bayi menelan
 - m)Bayi puas dan tenang pada akhir menyusui

Puting susu tidak terasa sakit atau lecet. (Marmi, 2015:58-60)

J. Komplikasi masa nifas

1. Infeksi nifas

a) Definisi

Infeksi nifas adalah peradangan yang terjadi pada organ reproduksi yang disebabkan oleh masuknya mikroorganisme atau virus ke dalam organ reproduksi tersebut selama proses persalinan dan masa nifas. Mikroorganisme penyebab infeksi nifas dapat berasal dari eksogen atau endoge. Beberapa mikroorganisme yang sering menyebabkan infeksi nifas adalah streptococcus, bacil coli dan staphylococcus.

b) Macam-macam infeksi nifas

1) Endometritis

Endometritis adalah peradangan atau infeksi yang terjadi pada endometrium. Infeksi ini merupakan jenis yang paling sering terjadi pada masa nifas. Mikroorganisme masuk ke endometrium melalui luka bekas insersio plasenta dan dalam waktu singkat dapat menyebar ke seluruh endometrium.

2) Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan atau infeksi yang terjadi pada peritoneum (selaput dinding perut). Pada masa nifas peritonitis terjadi pada uterus

melalui pembuluh limfe. Berbeda dengan peritonitis umum. Peritonitis ini biasanya hanya terbatas pada daerah pelvis sehingga gejalanya tidak seberat pada peritonitis umum.

3) Mastitis

Mastitis adalah peradangan atau infeksi yang terjadi pada payudara atau mammae. Dalam masa nifas dapat terjadi infeksi dan peradangan pada mammae, terutama pada primipara. Penyebab infeksi ini adalah staphylococcus aureus. Tanda ibu yang mengalami mastitis adalah rasa panas dingin disertai dengan peningkatan suhu tubuh, lesu dan tidak nafsu makan, mammae membesar dan nyeri lokal, kulit merah, membengkak dan nyeri pada perabaan. Jika tidak segera ditangani dapat menjadi abses.

4. Thrombophlebitis

Thrombophlebitis adalah penularan infeksi melalui vena. Hal ini terjadi pada masa nifas karena terbukanya vena-vena selama proses persalinan sehingga memudahkan masuknya mikroorganisme patogen. Trombophlebitis sering menyebabkan kematian karena mikroorganisme dapat dengan mudah dan cepat menjangkit ke seluruh tubuh melalui

sistem peredaran darah dan menyebabkan infeksi pada organ tertentu

2. Perdarahan post partum

Perdarahan post partum adalah perdarahan yang terjadi pada jalan lahir yang volumenya lebih dari 500 ml dan berlangsung dalam 24 jam setelah bayi lahir. Menurut waktu terjadinya, perdarahan post partum dibagi menjadi 2 tahap, yaitu:

a) Post partum lanjut (early post partum) atau disebut juga perdarahan postpartum partum primer, yang terjadi dalam 24 jam pertama setelah bayi lahir.

b) Post partum lanjut (late post partum) disebut juga perdarahan post partum sekunder, yang terjadi setelah 24 jam pertama setelah bayi lahir. Perdarahan postpartum dapat disebabkan oleh berbagai faktor, antara lain :

1) Atonia uteri

Atonia uteri adalah kegagalan otot-otot rahim untuk mempertahankan kontraksi setelah melahirkan bayi sehingga tidak dapat menekan pembuluh darah yang berada di tempat menempelnya plasenta.

2) Retensio plasenta

Adalah suatu keadaan dimana plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir

3) Inversio uteris

Adalah suatu keadaan dimana fundus uteri terbalik sebagian atau seluruhnya ke dalam kavum uteri.

4) Robekan jalan lahir

Merupakan laserasi atau luka yang terjadi di sepanjang jalan lahir (perineum) akibat proses persalinan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara disengaja (episiotomi) atau tidak disengaja.

5) Tertinggalnya sebagian sisa plasenta dalam uterus

Tertinggalnya sebagian sisa plasenta dalam uterus Sisa plasenta yang masih tertinggal di dalam uterus dapat menyebabkan terjadinya perdarahan. Sisa plasenta mengakibatkan kontraksi uterus tidak adekuat sehingga pembuluh darah yang terbuka pada dinding uterus tidak dapat berkontraksi/terjepit dengan sempurna. (Maritalia, 2014:57).

Tabel 2.7
Penyebab perdarahan post partum

NO	Tanda dan gejala	Penyebab yang harus difikirkan
1.	<ul style="list-style-type: none"> • Perdarahan segera setelah anak lahir • Uterus tidak berkontraksi dan lembek 	Atonia uteri
2.	<ul style="list-style-type: none"> • Perdarahan segera • Darah segar yang mengalir segera setelah bayi ;lahir 	Robekan jalan lahir
3.	<ul style="list-style-type: none"> • Plasenta belum dilahirkan dalam 30 menit setelah kelahiran bayi 	Retensio plasenta
4.	<ul style="list-style-type: none"> • Plasenta atau sebagian selaput (mengandung pembuluh darah) tidak lengkap • Perdarahan dapat muncul 6-10 hari post partum disertai subinvolusi uteurus 	Sisa plasenta
5.	<ul style="list-style-type: none"> • Perdarahan segera (perdarahan intraabdominal dan darii atau pervaginam) • Nyeri perut yang hebat • Kontraksi yang hilang 	Ruptur uteri
6.	<ul style="list-style-type: none"> • Fundus uteri tidak teraba pada palpasi abdomen • Lumen vagina terisi massa • Nyeri ringan atau berat 	Inversio uteri
7.	<ul style="list-style-type: none"> • Perdarahan tidak berhenti, encer,tidak terlihat gumpalan sederhana • Kegagalan terbentuknya gumpalan pada uji pembentukan darah sederhana • Terdapat faktor predisposisi solusio plasenta, kematian janin dalam uterus, eklamsia, emboli air ketuban 	Gangguan pembekuan darah

Sumber: Maritalia, 2014: 58

2.1.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

A. Pengertian bayi baru lahir

Bayi baru lahir disebut juga neonatus merupakan individu yang baru tumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ektrauterin. Bayi baru lahir adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37 minggu -42 minggu dan berat badannya 2.500-4.000 gram (Vivian, 2010: 1).

Menurut Ai yeyeh Rukiyah, 2010: 2 yang dimaksud dengan bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai apgar >7 dan tanpa cacat bawan.

B. Ciri Ciri Bayi Baru Lahir Normal

1. Lahir aterm antara 37-42 minggu
2. Berat badan 2500-4000 gram
3. Panjang badan 48-52 cm
4. Lingkar dada 30-38 cm
5. Lingkar kepala 33-35 cm
6. Lingkar lengan 11-12 cm
7. Frekuensi denyut jantung 120-160x/menit
8. Pernafasan \pm 40-60 x/menit

9. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup
10. Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna
11. Kuku agak panjang dan lemas
12. Nilai APGAR >7
13. Gerak aktif
14. Bayi lahir langsung menangis normal
15. Refleks rooting (mencari puting susu dengan rangsanagn taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik
16. Refleks sucking (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik
17. Refleks morro (gerakan memek bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik
18. Reflek grasping (menggeggam) sudah baik
19. Genetalia
 - a) Pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang
 - b) Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang serta adanya labia minora dan mayora

20. Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan (Vivian, 2010: 12)

C. Penilaian APGAR Skor

APGAR Skor adalah suatu metode yang dipakai untuk memeriksa keadaan bayi yang baru lahir. APGAR Skor ditemukan oleh dr. Virginia Apgar pada tahun 1952 untuk menilai status klinis bayi yang baru lahir pada usia 1 menit dan menilai kebutuhan intervensi segera untuk merangsang pernafasan. Dr. Apgar kemudian menerbitkan penelitian lanjutan yang mencakup lebih banyak pasien. APGAR Skor menghitung kuantitas dari tanda-tanda klinis depresi neonatal, seperti sianosis atau muka pucat, bradikardia, depresi refleks respon terhadap stimulus, hipotonus, dan apnu atau respirasi yang terganggu. APGAR Skor tidak dipakai untuk menilai mortalitas seorang bayi dan tidak dapat digunakan untuk menilai kesehatan atau keadaan neurologis bayi di masa mendatang. (Huined Kautsar, 2008: 10).

Berdasarkan pedoman yang dikeluarkan oleh Neonatal Resuscitation Program, Skor APGAR berguna untuk memperoleh informasi mengenai status klinis bayi yang baru lahir secara umum dan respon bayi terhadap resusitasi. Namun, resusitasi harus diinisiasi sebelum penentuan Skor APGAR pada menit ke-1. Oleh karena itu Skor APGAR tidak bisa digunakan untuk menentukan kebutuhan resusitasi inisial, tahapan resusitasi yang diperlukan ataupun kapan resusitasi

diperlukan. Untuk menentukan kebutuhan resusitasi pada bayi yang baru lahir, digunakan *Neonatal Resuscitation Algorithm*. Persiapan dimulai dari sebelum bayi lahir yakni dengan menilai resiko perinatal. (Cika, dkk, 2016: 12)

Tabel 2.8
Tanda APGAR score

Tanda	Nilai : 0	Nilai : 1	Nilai : 2
Appearance (warna kulit)	Pucat/biru seluruh tubuh	Tubuh merah, ekstremitas biru, sekitar mulut	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse (denyut jantung)	Tidak ada	< 100	>100
Grimace (reaksi rangsangan)	Tidak ada	meringis atau menangis lemah saat distimulasi, menyeringai	bayi menangis, batuk atau bersin
Activity (aktivitas)	Tidak ada	Ekstermitas fleksi	Bergerak aktif
Respiration (pernapasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis kuat

Sumber: Sulistyawati, 2010: 124

Interpretasi :

- a. Nilai 1-3 asfiksia berat
- b. Nilai 4-6 asfiksia sedang
- c. Nilai 7-10 asfiksia ringan (normal)

D. Tahapan Bayi Baru Lahir

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

3. Tahap III disebut tahap periodik, pengkajian dilakukan setelah 24 jam pertama yang meliputi pemeriksaan seluruh tubuh
(Vivian, 2010: 34)

Berikut tahap demi tahap perkembangan bayi saat lahir menurut Dewi tahun 2008:16 :

1. Minggu Pertama Bayi Melihat Dunia

Selama sembilan bulan bayi berada di dalam rahim dengan nyaman, tak heran saat bayi lahir terlihat begitu rapuh, dan mengkerut. Bahkan tangan dan kakinya pun belum dapat direntangkan dengan sempurna. Tapi kamu jangan khawatir, minggu-minggu awal akan dihabiskan bayi untuk membiasakan diri dengan dunia barunya.

2. Bergelung dengan Nyaman

Selama berada di dalam rahim, sang bayi akan banyak bergelung dengan nyaman. Oleh karena itu, saat lahir ia akan cenderung selalu bergelung. Bahkan Si Kecil akan lebih menyukai jika dibungkus dengan selimut yang lembut dan hangat hingga usia 6 bulan.

3. Makanan Pertama Bayi Ibu

Sumber gizi terbaik untuk bayi yang baru lahir adalah ASI, karena saat baru melahirkan, tubuh ibu akan memproduksi kolostrum dalam jumlah yang terbatas dan kolostrum itu sendiri sangat baik

untuk melindungi si Kecil dari infeksi. Selain itu, asupan makanan yang dikonsumsi oleh ibu sangat mempengaruhi kualitas ASI.

4. Gerakan Refleksi yang Alami

Saat baru lahir, bayi hanya bisa mengandalkan gerakan refleksi alami agar ia dapat menyesuaikan diri secara bertahap terhadap lingkungan barunya dan gerakan refleksi alaminya antara lain adalah si bayi akan mencoba menggenggam jari saat ibu menyentuh telapak tangannya dan secara spontan ia juga akan menghisap bila ibu menaruh sesuatu ke mulutnya.

5. Cara Bayi Berkomunikasi

Satu-satunya cara bayi berkomunikasi di minggu-minggu awal adalah lewat tangisan. Walaupun awalnya akan sedikit membuat ibu kebingungan, namun lambat laun kamu akan mengetahui kenapa bayi menangis dan bagaimana cara mengartikan setiap tangisan si Kecil.

6. Jadwalnya Hanya Makan dan Tidur

Mendapatkan ASI saat bayi baru lahir adalah hal terpenting dalam hidupnya. Sebagian bayi yang baru lahir juga akan minta disusui setiap dua hingga tiga jam sekali, sepanjang hari. Setelah cukup dengan asupan ASI, tidur adalah urutan berikutnya. Bahkan biasanya si Kecil membutuhkan 16 sampai 17 jam sehari untuk tidur.

7. Penglihatan Bayi Ibu

Sampai usia empat bulan, si bayi hanya bisa melihat apa yang ada di sekelilingnya dengan samar. Ia baru akan bisa melihat wajah ibu jelas dengan jarak yang sangat dekat, yaitu 20-25 cm dari matanya. Namun, setelah si bayi berusia empat hingga enam bulan, kedua matanya akan mulai dapat melihat fokus pada satu objek.

E. Klasifikasi bayi baru lahir

1. Berdasarkan masa gestasi
 - a. Neonatus kurang bulan (Preterm infant) : kurang dari 259 hari (37 minggu)
 - b. Neonatus cukup bulan (Term infant) : 259-294 hari (37-42 minggu)
 - c. Neonatus lebih bulan (Posterm infant) : lebih dari 394 hari (42 minggu)
2. Berdasarkan berat badan lahir
 - a. Neonatus berat badan 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: 10)
3. Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan):
 - a) Neonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)
 - b) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK)
4. Berdasarkan berat lahir terhadap masa gestasi
 - a. Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

Bayi baru lahir yang mempunyai berat badan rendah dapat meningkatkan risiko masalah kesehatan di kehidupannya kelak. Bayi dengan berat badan rendah dapat mengalami masalah nutrisi dan perkembangan di awal-awal kehidupannya, dan jika ia tidak bisa memperbaiki masalahnya di tahun-tahun awal kehidupannya, maka dapat meningkatkan risiko masalah kesehatan, seperti obesitas, diabetes, tekanan darah tinggi, dan penyakit jantung, karena asupan makanan yang ia konsumsi tidak sesuai dengan kebutuhan tubuhnya. Jadi, masalah kesehatan pada bayi dengan BBLR mungkin dapat dihindari dengan cara perbaikan gizi pada awal kehidupannya, sehingga bayi dapat mengejar ketertinggalannya. Selain itu, masalah yang dihadapi bayi dengan BBLR juga tergantung dari apa yang menyebabkan ia menjadi BBLR, pada tahap kehamilan yang mana bayi mengalami keterbatasan untuk bertumbuh dalam rahim, dan seberapa parah tingkat BBLR-nya. Semakin kecil berat badan bayi lahir dan semakin cepat bayi lahir, semakin besar juga risiko bayi untuk mengalami masalah kesehatan.

b. Bayi besar

Bayi besar bisa disebabkan oleh ukuran orangtua yang juga besar (genetik) dan kenaikan berat badan ibu selama hamil yang berlebihan. Selain itu, juga dapat disebabkan karena ibu mengidap diabetes saat hamil. Diabetes saat hamil atau dikenal dengan nama

diabetes gestasional menyebabkan glukosa darah ibu yang dialirkan ke bayi meningkat, sehingga tubuh bayi lebih banyak memproduksi insulin. Kelebihan gula darah dan produksi insulin ini dapat menyebabkan bayi tumbuh lebih besar dan cadangan lemak bayi juga lebih banyak, sehingga berat bayi lahir bisa mencapai lebih dari 4000 gram. Bayi besar ini dapat menyulitkan ibu saat melahirkan, dan mungkin harus diambil tindakan operasi caesar untuk kelahirannya. Selain itu, bayi besar yang disebabkan oleh diabetes gestasional dapat menyebabkan bayi juga mengalami masalah dengan pengaturan glukosa pada tubuhnya, misalnya bayi dapat mengalami hipoglikemia (gula darah rendah) setelah bayi lahir. Bayi besar juga dapat mengalami kesulitan bernapas, penyakit kuning (jaundice), dan meningkatkan risiko cacat lahir. (Veritamala, 2013:65)

F. Macam-macam reflek pada bayi

Menurut Vivian 2010: 45 pembagian refleks pada bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

1. Refleks menghisap (suckling reflex) Bayi akan melakukan gerakan menghisap ketika anda menyentuhkan puting susu ke ujung mulut bayi. Refleks menghisap terjadi ketika bayi yang baru lahir secara otomatis menghisap benda yang ditempatkan di mulut mereka. Refelks menghisap memudahkan bayi yang baru lahir untuk memperoleh makanan sebelum mereka mengasosiasikan puting susu dengan

makanan. Menghisap adalah refleksi yang sangat penting pada bayi. Refleksi ini merupakan rute bayi menuju pengenalan akan makanan. Kemampuan menghisap bayi yang baru lahir berbeda-beda. Sebagian bayi yang baru lahir menghisap dengan efisien dan bertenaga untuk memperoleh susu

2. Refleksi Menggenggam (palmar grasp reflex) Grasping Reflex adalah refleksi gerakan jari – jari tangan mencengkram benda-benda yang disentuhkan ke bayi, indikasi syaraf berkembang normal hilang setelah 3 – 4 bulan Bayi akan otomatis menggenggam jari ketika Anda menyodorkan jari telunjuk kepadanya. Reflek menggenggam terjadi ketika sesuatu menyentuh telapak tangan bayi. Bayi akan merespons dengan cara menggenggamnya kuat kuat.

3. Refelks mencari (rooting reflex) Akan terjadi peningkatan kekuatan otot (tonus) pada lengan dan tungkai sisi ketika bayi Anda menoleh ke salah satu sisi.

4. Refleksi mencari (rooting reflex) Rooting reflex terjadi ketika pipi bayi diusap (dibelai) atau di sentuh bagian pinggir mulutnya. Sebagai respons, bayi itu memalingkan kepalanya ke arah benda yang menyentuhnya, dalam upaya menemukan sesuatu yang dapat dihisap.

Refleksi menghisap dan mencari menghilang setelah bayi berusia sekitar 3 hingga 4 bulan. Refleksi digantikan dengan makan secara sukarela. Refleksi menghisap dan mencari adalah upaya untuk mempertahankan hidup bagi bayi mamalia atau binatang menyusui

yang baru lahir, karena dengan begitu dia begitu dia dapat menentukan susu ibu untuk memperoleh makanan.

5. Refleks Moro (moro refleks) refleks Moro adalah suatu respon tiba tiba pada bayi yang baru lahir yang terjadi akibat suara atau gerakan yang mengejutkan.
6. Babinski Reflex. Refleks primitif pada bayi berupa gerakan jari – jari mencengkram ketika bagian bawah kaki diusap, indikasi syaraf berkembang dengan normal. Hilang di usia 4 bulan.
7. Swallowing Reflex adalah refleks gerakan menelan benda – benda yang didekatkan ke mulut, memungkinkan bayi memasukkan makanan ada secara permainan tapi berubah sesuai pengalaman.
8. Breathing Reflex, Refleks gerakan seperti menghirup dan menghembuskan nafas secara berulang – ulang , fungsi : menyediakan O₂ dan membuang CO₂, permanen dalam kehidupan
9. Eyeblink Reflex, Refleks gerakan seperti menutup dan mengerjapkan mata – fungsi : melindungi mata dari cahaya dan benda – benda asing – permanen dalam kehidupan jika bayi terkena sinar atau hembusan angin, matanya akan menutup atau dia akan mengerjapkan matanya.
10. Pupillary Reflex, Refleks gerakan menyempitkan pupil mata terhadap cahaya terang, membesarkan pupil mata terhadap terhadap lingkungan gelap. – fungsi : melindungi dari cahaya terang, menyesuaikan terhadap suasana gelap.

11. Refleks Tonic Neck, Disebut juga posisi menengadah, muncul pada usia satu bulan dan akan menghilang pada sekitar usia 5 bln. Saat kepala bayi digerakkan kesamping, lengan pada sisi tersebut akan lurus dan lengan yang berlawanan akan menekuk (kadang – kadang pergerakan akan sangat halus atau lemah). Jika bayi baru lahir tidak mampu untuk melakukan posisi ini atau jika reflek ini terus menetap hingga lewat usia 6 bulan, bayi dimungkinkan mengalami gangguan pada neuron motorik atas. Berdasarkan penelitian, refleks tonick neck merupakan suatu tanda awal koordinasi mata dan kepala bayi yang akan menyediakan bayi untuk mencapai gerak sadar.
12. Refleks Tonic labyrinthine / labirin, Pada posisi telentang, reflex ini dapat diamati dengan mengangkat bayi beberapa saat lalu dilepaskan. Tungkai yang diangkat akan bertahan sesaat kemudian jatuh. Refleks ini akan hilang pada usia 6 bulan.
13. Refleks Merangkak (crawling) Jika ibu atau seseorang menelungkupkan bayi baru lahir, ia membentuk posisi merangkak karena saat di dalam rahim kakinya tertekuk kearah tubuhnya.
14. Refelks Berjalan dan melangkah (stepping) Jika ibu atau seseorang menggendong bayi dengan posisi berdiri dan telapak kakinya menyentuh permukaan yang keras, ibu / orang tersebut akan melihat refleks berjalan, yaitu gerakan kaki seperti melangkah ke depan. Jika tulang keringnya menyentuh sesuatu, ia akan mengangkat kakinya seperti akan melangkahi benda tersebut. Refleks berjalan ini

akan dan berbeda dengan gerakan berjalan normal, yang ia kuasai beberapa bulan berikutnya. Menurun setelah 1 minggu dan akan lenyap sekitar 2 bulan.

15. Refleks Yawning, Yakni refleks seperti menjerit kalau ia merasa lapar, biasanya kemudian berlangsung hingga sekitar satu tahun kelahiran. Refleks plantar ini dapat diperiksa dengan menggosokkan sesuatu di telapak kakinya, maka jari – jari kakinya akan melekuk secara erat.

16. Refleks Swimming, Reflek ini ditunjukkan pada saat bayi diletakkan di kolam yang berisi air, ia akan mulai mengayuh dan menendang seperti gerakan berenang. Refleks ini akan menghilang pada usia empat sampai enam bulan. Refleks ini berfungsi untuk membantu bayi bertahan jika ia tenggelam. Meskipun bayi akan mulai mengayuh dan menendang seperti berenang, namun meletakkan bayi di air sangat beresiko. Bayi akan menelan banyak air pada saat itu.

G. Fisiologis Bayi Baru Lahir

1. Sistem pernapasan

Sistem pernapasan adalah pertukaran gas antara makhluk hidup (organisme) dengan lingkungannya. Secara umum, pernapasan dapat diartikan sebagai proses menghirup oksigen dari udara serta mengeluarkan karbondioksida dan uap air. (Sumarni, 2011: 122)

Berikut adalah tabel mengenai perkembangan sistem pulmonal sesuai dengan usia kehamilan.

Tabel 2.9
Pernapasan Pulmonal

Usia Kehamilan	Perkembangan
24 hari	Bakal paru-paru terbentuk
26 -28 hari	Kedua bronkus membesar
6 minggu	Segmen bronkus terbentuk
12 minggu	Lobus terdiferensiasi
24 minggu	Alveolus terbentuk
28 minggu	Surfaktan terbentuk
34-36minggu	Struktur paru matang

Sumber: Diah Maulia, 2015: 12)

Ketika struktur matang, ranting paru paru sudah bisa mengembangkan sistem alveoli. Selama dalam uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta dan setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi. Rangsangan gerakan pernapasan pertama terjadi karena beberapa hal berikut :

- a) Tekanan mekanis dari torak sewaktu melalui jalan lahir (stimulasi mekanik)
- b) Penurunan PaO_2 dan peningkatan $PaCO_2$ merangsang kemoreseptor yang terletak di sinus karotikus (stimulasi kimiawi)
- c) Rangsangan didaerah muka dan perubahan suhu di dalam uterus (stimulasi sensorik)
- d) Refleks deflasi Hering Breut

Pernapasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir. Usaha aby pertama kali untuk mempertahankan tekanan alveoli, selain karena adanya

surfaktan, juga karena adanya tarikan napas dan pengeluaran napas dengan merintih sehingga udara bisa tertahan didalam. Cara neonatus bernapas dengan cara bernapas difragmatim dan abdominal, sedangkan untuk frekuensi dan dalamnya bernapas belum teratur. Apabila surfaktan berkurang, maka alveoli akan kolaps dan paru-paru kaku, sehingga terjadi atelektasis. Dalam kondisi seperti ini (anoksia), neonatus (masih dapat mempertahankan hidupnya karena adanya kelanjutan metabolisme anaerobik (Diah, 2015: 12-13)

2. Peredaran darah

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

Setelah bayi lahir, paru akan berkembang yang akan mengakibatkan tekanan arteriol dalam paru menurun yang diikuti dengan menurunnya tekanan pada jantung kanan. Kondisi ini menyebabkan tekanan jantung kiri lebih lebih besar dibandingkan dengan tekanan jantung kanan, dna hal tersebutlah yang membuat foramen ovale secara fungsional menutup. Hal ini terjadi pada jam-jam pertama setelah kelahiran. Oleh karena tekanan dalam paru

turun dan tekanan dalam aorta desenden naik dan juga karena rangsangan biokimia (PaO_2 yang naik) serta duktus arteriosus yang berobliterasi. Hal ini terjadi pada hari pertama.

Aliran darah paru pada hari pertama kehidupan adalah 4-5 liter per menit/ m^2 (Gessner, 1965). Aliran darah sistolik pada hari pertama rendah yaitu 1,96 liter/menit/ m^2 dan bertambah pada hari kedua dan ketiga (3,54 liter/ m^2) karena penutupan duktus arteriosus. Tekanan darah pada waktu lahir dipengaruhi oleh jumlah darah yang melalui transfusi plasenta yang pada jam-jam pertama sedikit menurun, untuk kemudian naik lagi dan menjadi konstan kira-kira 85/40 mmHg. (Sulistiyawati, 2010: 18)

3. Suhu tubuh

Empat kemungkinan mekanisme yang dapat menyebabkan bayi baru lahir kehilangan panas tubuhnya :

a) Konduksi

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

b) Konveksi

Panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang bergantung pada kecepatan dan suhu udara). Sebagai contoh, konveksi dapat terjadi ketika membiarkan atau menempatkan BBL dekat jendela, atau membiarkan BBL diruangan yang terpasang kipas angin. Suhu udara di kamar bersalin tidak boleh kurang dari 20°C dan sebaiknya tidak berangin. Tidak boleh ada pintu dan jendela yang terbuka. Kipas angin dan AC yang kuat harus cukup jauh dari area resusitasi. Troly resusitasi harus mempunyai sisi untuk meminimalkan konveksi ke udara sekitar bayi (Prawirohardjo, 2014: 56).

c) Radiasi

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

d) Evaporasi

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

dipengaruhi oleh jumlah panas yang dipakai, tingkat kelembapan udara, dan aliran udara yang melewati. Apabila BBL dibiarkan dalam suhu kamar 25°C, maka bayi akan kehilangan panas melalui konveksi, radiasi, dan evaporasi yang besarnya 200 kg/BB, sedangkan yang dibentuk hanya sepersepuluhnya saja. Agar dapat mencegah terjadinya kehilangan panas pada bayi, maka lakukan hal berikut :

- 1) Keringkan bayi secara seksama
- 2) Selimut bayi dengan selimut atau kain bersih yang kering dan hangat
- 3) Tutup bagian kepala bayi
- 4) Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya
- 5) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir\
- 6) Tempatkan bayi di lingkungan yang hangat

Bayi baru lahir yang dalam keadaan basah kehilangan panas dengan cepat melalui cara ini. Karena itu, bayi harus dikeringkan seluruhnya, termasuk kepala dan rambut, sesefera mungkin setelah dahirkan. Lebih baik bila menggunakan handuk hangat untuk mencegah hilangnya panas secara konduktif (Prawirohardjo, 2014: 57).

4. Sistem Metabolisme

Luas permukaan tubuh neonatus relatif lebih luas dari tubuh orang dewasa, sehingga metabolisme basal per kg berat badan akan lebih besar. Oleh karena itulah, BBL harus menyesuaikan diri dengan lingkungan baru sehingga energi dapat diperoleh dari metabolisme karbohidrat dan lemak. (Sriyani, 2008: 63)

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 (prematuur), 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. (Dewi, 2008: 78)

5. Keseimbangan air dan fungsi ginjal

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

- 1) Jumlah nefron masih belum sebanyak orang dewasa
- 2) Ketidakseimbangan luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal
- 3) *Renal blood flow* relatif kurang dibandingkan dengan orang dewasa

(Bambang, 2008: 45)

6. Imunoglobulin

Bayi baru lahir tidak memiliki sel plasma pada sumsum tulang juga tidak memiliki propia ilium dan apendiks. Plasenta merupakan sawar, sehingga fetus bebas dari antigen dan stres imunologis. Pada BBL hanya terdapat gamaglobulin G, sehingga imunologi dari ibu dapat berpindah melalui plasenta karena berat molekulnya kecil. Akan tetapi, bila ada infeksi yang dapat melalui reaksi imunologis dapat terjadi dengan pembentukan sel plasma serta antibodi gama A, G dan M. (Sriyani, 2008: 63-64)

7. Traktus Digestivus (sistem pencernaan)

Traktus Digestivus relatif lebih berat dan lebih panjang dibandingkan dengan orang dewasa. Pada neonatus, traktus digestivus mengandung zat berwarna hitam kehijauan yang terdiri atas mukopolisakarida atau disebut juga dengan mekonium. Pengeluaran mekonium biasanya pada 10 jam pertama kehidupan dan dalam 4 hari setelah kelahiran biasanya feses sudah berbentuk dan berwarna biasa. Enzim dalam traktus digestivus biasanya sudah terdapat pada neonatus, kecuali enzim emilase pankreas (Sriyani, 2008:64)

8. Hati

Fungsi utama hati adalah sebagai tempat terjadinya metabolisme protein, lemak, dan karbohidrat. Bergantung kepada kebutuhan tubuh, ketiga metabolisme dapat saling terkait. Hati juga berfungsi sebagai tempat penyimpanan berbagai zat seperti mineral (Cu, Fe) serta vitamin yang larut dalam lemak (vitamin A,D,E, dan K), Glikogen dan berbagai racun yang tidak dapat dikeluarkan dari tubuh

Segera setelah lahir, hati menunjukkan perubahan kimia dan morfologis yang berupa kenaikan kadar protein dan penurunan kadar lemak serta glikogen. Sel hemopoetik juga mulai berkurang, walaupun dalam waktu yang agak lama. Enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir, daya detoksifikasi hati pada

neonatus juga belum sempurna, contohnya pemberian obat kloramfenikol dengan dosis lebih dari 50 mg/kgBB/hari dapat menimbulkan *grey baby syndrome*. (Sriyani, 2008: 63-64)

9. Keseimbangan Asam basa

Tingkat keasaman (Ph) darah pada waktu lahir umumnya rendah karena glikolisis anaerobik. Namun, dalam waktu 24 jam, neonatus telah mengompensasi asidosis ini (Sriyani, 2008:65)

10. Sistem kelenjar endokrin

Sistem endokrin adalah sistem kontrol kelenjar tanpa saluran (*ductless*) yang menghasilkan hormon yang tersirkulasi di tubuh melalui aliran darah untuk mempengaruhi organ-organ lain. Hormon bertindak sebagai "pembawa pesan" dan dibawa oleh aliran darah ke berbagai sel dalam tubuh, yang selanjutnya akan menerjemahkan "pesan" tersebut menjadi suatu tindakan. Sistem endokrin tidak memasukkan kelenjar eksokrin seperti kelenjar ludah, kelenjar keringat, dan kelenjar-kelenjar lain dalam saluran gastrointestinal. Sistem endokrin terdiri dari sekelompok organ (kadang disebut sebagai kelenjar sekresi internal), yang fungsi utamanya adalah menghasilkan dan melepaskan hormon-hormon secara langsung ke dalam aliran darah. Hormon berperan sebagai pembawa pesan untuk mengkoordinasikan kegiatan berbagai organ tubuh. Jika kelenjar endokrin mengalami kelainan fungsi, maka

kadar hormon di dalam darah bisa menjadi tinggi atau rendah, sehingga mengganggu fungsi tubuh. Untuk mengendalikan fungsi endokrin, maka pelepasan setiap hormon harus diatur dalam batas-batas yang tepat. Kelainan metabolisme seringkali disebabkan oleh kelainan genetik yang mengakibatkan hilangnya enzim tertentu yang diperlukan untuk merangsang suatu proses metabolisme (Saras, 2009: 25).

11. Susunan syaraf

Otak manusia mulai berkembang sejak minggu ke-empat setelah pembuahan, ketika tabung saraf akhirnya menutup. Tabung saraf adalah jaringan saraf yang paling perama terbentuk sejak pembuahan, tampak seperti cacing tanah yang membentang sepanjang bagian belakang embrio. Pada saat Anda hamil tiga minggu, embrio yang sedang berkembang telah membentuk alur saraf, yang merupakan fondasi bagi struktur otak. Otak manusia kemudian terus berkembang seiring usia kehamilan, ditandai dengan munculnya sel-sel saraf (neuron) yang membentuk struktur dan fungsi baru pada otak. Setiap neuron akan terhubung dengan neuron lainnya untuk membentuk sistem saraf dengan bantuan serat yang disebut dendrit dan akson. Saat bayi dilahirkan Ketika bayi dilahirkan, ada sekitar sekitar 100 miliar neuron yang terbentuk sehingga ukuran otak bayi sudah mencapai 60% dari ukuran otak dewasa. Saat lahir, myelin atau zat lemak yang

melindungi akson pada otak serta membantu impuls bergerak lebih cepat sudah diproduksi oleh otak yang berada di dekat sumsum tulang belakang. [Bagian otak](#) tersebut bertugas untuk mengatur fungsi-fungsi dasar, seperti bernapas, makan, dan mengendalikan detak jantung. (Saraswati, 2010: 35)

H. Penanganan Bayi Baru Lahir

Tujuan utama perawatan bayi segera sesudah lahir, ialah :

- 1) Membersihkan jalan napas
- 2) Memotong dan merawat tali pusat
- 3) Mempertahankan suhu tubuh bayi
- 4) Identifikasi
- 5) Pencegahan infeksi (Prawirohardjo, 2009).

Cara penanganan bayi adalah :

- (a) Membersihkan jalan napas

Bayi normal akan menangis spontan segera setelah lahir.

Apabila bayi tidak langsung menangis, penolong segera membersihkan jalan napas dengan cara sebagai berikut :

- (1) Letakkan bayi pada posisi di tempat yang keras dan hangat
- (2) Gulung sepotong kain dan letakkan di bawah bahu sehingga leher bayi lebih lurus dan kepala tidak menekuk. Posisi kepala diatur lurus sedikit tengadah kebelakang.
- (3) Bersihkan hidung, rongga mulut dan tenggorokan bayi dengan jari tangan yang dibungkus dengan steril

(4) Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2-3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain yang kering dan kasar. Dengan rangsangan ini biasanya bayi segera menangis

Dengan menggunakan alat :

(a) Alat penghisap lendir mulut (DeLee) atau alat penghisap lainnya yang steril , tabung oksigen dengan selangnya harus telah siap ditempat

(b) Segera lakukan usaha menghisap mulut dan hidung

(c) Petugas harus memantau dan mencatat usaha napas yang pertama

(d) Warna kulit, adanya cairan atau mekonium dalam hidung atau mulut harus diperhatikan

(5) Bantuan untuk memulai pernapasan mungkin diperlukan untuk mewujudkan ventilasi yang adekuat. Dokter atau tenaga medis lain hendaknya melakukan memompa bila setelah 1 menit bayi tak bernapas (Prawirohardjo, 2009:

348)

(b) Memotong dan merawat tali pusat

Tali pusat dipotong sebelum atau sesudah plasenta lahir tidak begitu menentukan dan tidak akan mempengaruhi bayi, kecuali pada bayi kurang bulan. Apabila bayi lahir tidak menangis, maka tali pusat segera dipotong untuk memudahkan melakukan tindakan resusitasi pada bayi. Tali pusat dipotong 5

cm dari dinding perut bayi dengan gunting steril dan diikat dengan pengikat steril. Apabila masih terjadi perdarahan dapat dibuat ikatan baru. Luka tali pusat dibersihkan dan dirawat dengan alkohol 70% atau povidon iodine 10 % serta dibalut kasa steril. Pembalut tersebut diganti setiap hari dan atau setiap tali basah/kotor (Prawirohardjo, 2009: 349).

(c) Mempertahankan suhu tubuh bayi

Pada waktu baru lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya, dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat. Suhu tubuh bayi merupakan tolok ukur kebutuhan akan tempat tidur yang hangat sampai suhu tubuhnya sudah stabil. Suhu bayi harus dicatat (Prawirohardjo, 2009: 349).

(d) Memberi vitamin K

Kejadian perdarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi baru lahir dilaporkan cukup tinggi, berkisar 0,25-0,5 %. Untuk mencegah terjadinya perdarahan tersebut, semua bayi baru lahir normal dan cukup bulan perlu diberi vitamin K peroral 1 mg/hari selama 3 hari, sedangkan bayi beresiko tinggi diberi vitamin K parenteral dengan dosis 0,5-1 mg IM (Prawirohardjo, 2009: 349-350).

(e) Memberi obat tetes/salep mata

Dibeberapa negara perawatan mata bayi baru lahir secara hukum diharuskan untuk mencegah terjadinya oftalmia neonatorum. Di daerah dimana prevalensi gonorea tinggi, setiap bayi baru lahir perlu diberi salep mata sesudah 5 jam bayi lahir. Oemberian obat mata eritromisin 0,5 % atau tetrasiklin 1% dianjurkan untuk pencegahan penyakit mata karen klamidia (penyakit meular seksual) (Prawirohardjo, 2009: 350).

I. Identifikasi bayi

Apabila bayi dilahirkan di tempat bersalin yang persalinannya mungkin lebih dari satu persalinan, maka sebuah alat pengenal yang efektif harus diberikan kepada bayi setiap bayi baru lahir dan harus tetap di tempatnya sampai waktu bayi dipulangkan.

- (1) Peralatan identifikasi bayi baru lahir harus selalu tersedia di tempat penerimaan pasien, dikamar bersalin, dan di ruangan bayi
- (2) Alat yang digunakan hendaknya kebal air, dengan tepi yang halus tidak mudah melukai, tidak mudah sobek, dan tidak mudah lepas
- (3) Pada alat/gelang identifikasi harus tercantum :
 - a. Nama (bayi, Nyonya)
 - b. Tanggal lahir
 - c. Nomor bayi
 - d. Jenis kelamin
 - e. Unit
 - f. Nama lengkap ibu

- (4) Disetiap tempat tidur harus diberi tanda dengan mencantumkan nama, tanggal lahir, nomor identifikasi. Sidik telapak kaki bayi dan sidik jari ibu harus dicetak di catatan yang tidak mudah hilang. Sidik telapak kaki bayi harus dibuat oleh personil yang berpengalaman menerapkan cara ini, dan dibuat dalam catatan bayi. Bantalan sidik kaki harus disimpan dalam ruangan bersuhu kamar. Ukurlah berat lahir, panjang bayi, lingkar kepala, lingkar perut dan catat dalam rekam medik (Prawirohardjo, 2009: 351-352).

J. Pemantauan bayi baru lahir

Tujuan pemantauan bayi baru lahir adalah untuk mengetahui aktivitas bayi normal atau tidak dan identifikasi masalah kesehatan bayi baru lahir yang memerlukan perhatian keluarga dan penolong persalinan serta tindak lanjut petugas kesehatan

1) Dua jam pertama sesudah lahir

Hal hal yang dinilai waktu pemantauan bayi pada jam pertama sesudah lahir meliputi :

- (a)Kemampuan menghisap kuat atau lemah
- (b)Bayi tampak aktif atau lunglai
- (c)Bayi kemerahan atau biru

(d)Sebelum penolong persalinan meninggalkan ibu dan bayinya

Penolong persalinan melakukan pemeriksaan dan penilaian terhadap ada tidaknya masalah kesehatan yang memerlukan tindak lanjut, seperti :

- (a) Bayi kecil untuk masa kehamilan atau bayi kurang bulan
- (b) Gangguan pernapasan
- (c) Hipotermia
- (d) Infeksi
- (e) Cacat bawaan dan trauma lahir

(Prawirohardjo, 2009: 354).

K. Adaptasi Bayi Baru Lahir

- 1) *Homeostatis* adalah kemampuan adaptasi fisiologi bayi baru lahir dalam mengatasi banyaknya perubahan yang akan dialami oleh bayi yang semula berada dalam lingkungan rahim ke lingkungan luar rahim.
 - a) Homeostatis neonatus ditentukan oleh keseimbangan antara maturitas dan status gizi
 - b) Kemampuan Homeostatis pada neonatus kurang bulan tergantung masa gestasi
 - c) Matriks otak belum sempurna sehingga mudah terjadi perdarahan intrakranial
- 2) Proses adaptasi fisiologi yang dilakukan bayi baru lahir perlu diketahui dengan lebih baik oleh tenaga kesehatan, khususnya bidan, perawat maternitas dan perawat perinatologi yang bertanggung jawab terhadap ibu dan bayi baru lahir, saat lahir, bayi baru lahir harus beradaptasi dengan keadaan yang sangat tergantung menjadi mandiri

- 3) Adaptasi fisiologi bayi baru lahir adalah sangat berguna bagi bayi untuk menjaga kelangsungan hidupnya diluar uterus.
- 1) Artinya nantinya bayi harus dapat melaksanakan sendiri segala kegiatan untuk mempertahankan kehidupannya
 - 2) Dalam hal ini yang sangat perlu diperhatikan adalah bagaimana upaya untuk menjaga agar bayi tetap terjaga kesehatannya
 - 3) Yang utama adalah menjaga bayi agar tetap hangat, mampu mempertahankan pernafasan dengan spontan dan bayi menyusu sendiri pada ibunya (Maryunani dkk. 2014: 2-3).

L. Yang Perlu Diperhatikan Pada Bayi Lahir

Tabel 2.10
Perhatian pada bayi

Kesadaran dan reaksi terhadap sekeliling	Perlu dikenali kurangnya reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit, atau suara keras yang mengejutkan atau suara mainan
Keaktifan	Bayi normal melakukan gerakan gerakan tangan dan kaki yang simetri 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 suatu kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut
Simetri	Apakah secara keseluruhan badan seimbang
Kepala	Apakah tidak simetris, berupa tumor lunak di belakang atas yang menyebabkan kepala tampak lebih panjang, sebagai akibat proses kelahiran, atau tumor lunak hanya di belahan kiri atau kanan saja, atau disisi kiri dan kanan tetapi tidak melampaui garis tengah bujur kepala. Ukur lingkaran kepala

Muka wajah	Bayi tanpa ekspresi
Mata	Dieprhatikan adanya tanda-tanda perdarahan berupa bercak merah yang akan menghilang dalam waktu 6 minggu
Mulut	Salivasi tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapat sekret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna
Leher, dada, abdomen	Melhat adanya cedera akibat persalinan. Ukur lingkar perut
Punggung	Adakah benjolan /tumor atas tulang punggung denga lekukan yang kurang sempurna
Bahu, tangan, sendi, tungkai	Perlu diperhatikan bentuk, gerakanya, fraktur, paresis
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 tak rata (cutis marmorata) telapak tangan, telapak kaki atau kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat atau kuning . bercak bercak besar biru yang sering terdapat disekitar bokong (mongolian spot) akan menghilang pada umur 1-5 tahun
Kelancaran menghisap dan pencernaan	Harus diperhatikan
Tinja dan kemih	Diharakan keluar dalam 24 jam pertama. Waspada bila erjadi perut yang tiba-tiba membesar, tanpa keluarnya tinja, disertai muntah, dan mungkin dengan kulit kebiruan, harap segera konsultasi untuk pemerksaan lebih lanjut
Refleks	Refleks rooting, bai menoleh kearah benda yang menyentuh pipi Refleks isap terjadi apabila terdapat benda menyentuh bibir, yang disertai refleks menelan Refleks moro ialah timbulnya pergerakan tangan yang simetris

	apabila kepala tiba tiba digerakkan Refleks mengeluarkan lidah terjadi apabila diletakkan didalam mulut, yang sering ditafsirkan bayi menolak makan/minum
Berat badan	Sebaiknya tiap hari dipantau. Penurunan berat badan lebih dari 5 % berat badan waktu lahir, menunjukkan kekurangan cairan

(Prawirohardjo, 2009: 256)

Yang Perlu Dipantau Pada Bayi Baru Lahir

- (1) Suhu badan dan lingkungan
- (2) Tanda tanda vital
- (3) Berat badan
- (4) Mandi dan perawatan kulit
- (5) Pakaian
- (6) Perawatan tali pusat (Prawirohardjo, 2009: 257)

M. Pemantauan Tanda-Tanda Vital

- (1) Suhu tubuh bayi diukur melalui dubur atau ketiak
- (2) Pada pernapasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi maupun ekspirasi. Gerak pernapasan 30-50 kali permenit
- (3) Nadi dapat dipantau disemua titik titik nadi perifer
- (4) Tekanan darah dipantau hanya bila ada indikasi

Mencatat hasil pantauan merupakan salah satu cara kerjasama seluruh tim dalam membuat program perawatan. Pencegahan lebih

bermfaat dan ekonomis daripada pengobatan (Prawirohardjo, 2009).

N. Penilaian Bayi Untuk Tanda Tanda Kegawatdaruratan

Semua bayi baru lahir harus dinilai adanya tanda-tanda kegawatan/kelainan yang menunjukkan suatu penyakit. Bayi baru lahir dinyatakan sakit apabila mempunyai salah satu atau beberapa tanda-tanda berikut :

- (1) Sesak napas
- (2) Frekuensi pernapasan 60 kali/menit
- (3) Gerak retraksi didada
- (4) Malas minum
- (5) Panas atau suhu badan bayi rendah
- (6) Kurang aktif
- (7) Berat lahir rendah (1500-2500 gram) dengan kesulitan minum

(Prawirohardjo, 2009)

O. Tanda-tanda bayi sakit berat

Apabila terdapat satu atau lebih tanda tanda berikut :

- (1) Sulit minum
- (2) Sianosis sentral (lidah biru)
- (3) Perut kembung
- (4) Periode apneu
- (5) Kejang/periode kejang0kejang kecil
- (6) Merintih

- (7) Perdarahan
- (8) Sangat kuning
- (9) Berat badan lahir < 1500 gram (Prawirohardjo, 2009)

P. Kebutuhan dasar bayi baru lahir

1. Pemberian minum

Pengertian ASI adalah makanan pokok untuk bayi, berikan ASI 2-3 jam sekali atau on demand (semau bayi). Berikan ASI dengan satu payudara samai teras kosong setelah itu baru ganti payudara yang lain. ASI eksklusive adalah memberi ASI saja sampai usia 6 bulan tanpa tambahan makanan apapun kecuali imunisasi, vitamin. Berikan ASI sampai 2 tahun dengan tambahan makan lunak sesuai tahapan usia bayi.

Pedoman menyusui ASI antara lain:

- a. Inisiasi menyusu dini adalah bayi berusaha menyusu sendiri diatas perut ibu segera setelah minimal 1 jam.
- b. Tanda posisi bayi menyusu dengan baik yaitu dagu menyentuh payudara, mulut membuka lebar, hidung mendekat terkadang menyentuh payudara, mulut mencakup areola, lidah menopang puting dan areola bagian bawah, bibir melengkung keluar, bayi menghisap dengan kuat namun perlahan dan kadang-kadang berhenti sesaat.

2. Perawatan payudara selama ibu menyusui

Perhatikan posisi menyusui, oleskan ASI sebelum dan sesudah menyusui untuk mencegah lecet. Jika mengalami bendungan payudara atau mastitis tetap susukan ke bayi sesering mungkin serta lakukan perawatan payudara.

3. Menolong BAB pada Bayi

BAB hari 1-3 disebut mekoneum yaitu feces berwarna kehitaman, hari 3-6 feces transisi yaitu warna coklat sampai kehijauan karena masih bercampur mekoneum, selanjutnya feces akan berwarna kekuningan. Segera bersihkan bayi setiap selesai BAB agar tidak terjadi iritasi di daerah genitalia.

4. Menolong BAK pada bayi

Bayi baru lahir akan berkemih paling lambat 12-24 jam pertama kelahirannya, BAK lebih dari 8 kali sehari salah satu tanda bayi cukup nutrisi. Setiap habis BAK segera ganti popok supaya tidak terjadi iritasi di daerah genitalia.

5. Kebutuhan Istirahat/ tidur

Dalam 2 minggu pertama bayi sering tidur rata-rata 16 jam sehari. Pada umumnya bayi mengenal malam setelah usia 3 bulan. Jaga kehangatan bayi dengan suhu kamar yang hangat dan selimut bayi.

6. Menjaga kebersihan kulit

Bayi sebaiknya mandi minimal 6 jam setelah kelahiran, sebelum mandi sebaiknya periksa suhu tubuh bayi. Jika terjadi hipotermi lakukan skin to skin dan tutupi kepala bayi dengan ibu minimal 1 jam.

Sebaiknya bayi mandi minimal 2 kali sehari, mandikan dengan air hangat dan di tempat yang hangat.

7. Menjaga keamanan bayi

Hindari memberikan makanan selain ASI, jangan tinggalkan bayi sendirian, jangan menggunakan alat penghangat buatan.

(Diyah, 2015: 14)

Q. Penyuluhan sebelum bayi baru lahir pulang

1. Perawatan tali pusat

Saat bayi dilahirkan, tali pusat (umbilical) yang menghubungkannya dan plasenta ibunya akan dipotong oleh dokter. Semasa dalam rahim, tali ini menyalurkan oksigen dan makanan dari plasenta ke janin yang berbeda di dalamnya. Tapi saat dilahirkan bayi tidak lagi membutuhkan oksigen dari ibunya, karena ia sudah dapat bernafas sendiri melalui hidung. Karena itulah, tali tersebut harus dipotong meski tidak semuanya. Tali pusat yang melekat di perut bayi, akan disisakan beberapa senti oleh dokter. Sisanya ini akan dibiarkan sehingga pelan-pelan menyusut dan . mongering, lalu terlepas dengan sendirinya.

Cara membersihkannya bias dilakukan sebagai berikut :

- a. Cuci tangan bersih dengan sabun
- b. Ambil kapas bulat atau kapas bertangkai yang telah dibubuhi alcohol 70%, lalu bersihkan sisa tali pusat, terutama bagian pangkalnya (yang menempel pada perut).

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

2. Pemberian ASI

Inisiasi dini atau pemberian ASI sejak dini adalah sangat dianjurkan untuk dilakukan pada setiap ibu setelah melahirkan. Proses menyusui dapat segera dilakukan begitu bayi lahir. Bayi yang lahir cukup bulan akan memiliki naluri untuk menyusu pada ibunya di 20-30 menit setelah ia lahir. Itupun jika ia tidak mengantuk akibat pengaruh obat ataupun anastesi yang dibekankan ke ibu pada saat proses melahirkan. Pengalaman pertama bayi. Di jam-jam pertama, bayi akan relative tenang, terjaga dan memiliki kemampuan bawaan untuk melakukan proses latch-on (proses masuknya sebagian besar kedalam mulut bayi hingga ia dapat “mengunci” 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. .

3. Jaga kehangatan bayi

Bayi belum mampu mengatur tetap suhu badanya dan membutuhkan pengaturan di luar untuk membuat bayi tetap hangat. Menjaga kehangatan bayi baru lahir merupakan suatu hal yang sangat penting, dengan cara membungkus atau membedong bayi rapat-rapat dan kepalanya di tutup agar membantunya merasa aman dan hangat. Hal ini membuat bayi tidur lebih nyenyak dan lama jika mereka di bungkus. 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 lahir. tubuh bayi belum punya 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 di rumah sakit setelah lahir.

a. Hepatitis B

Mencegah penyakit hepatitis B yang menyerang hati berakir menjadi sirosis⁴⁴ (hati menciut) dan kanker hati. Segera setelah lahir, diupayakan dalam 12 jam pertama. Diberikan minimal 3 kali dalam rentang waktu 6 bulan. Di suntikan di paha. Diberikan tanpa memandang status ibu (pemah terinfeksi atau belum).

b. Polio

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

c. BCG

Mencegah penyakit TB (tuberkolosis). Menjelang pulang, di suntikan dilengan atas. Umumnya menyerang paru-paru. Tapi pada anak-anak, penyakit ini dapat menjalar misalnya ke otak, kelenjar, dan tulang. dan menimbulkan komplikasi (Mueser, 2007 :42-43).

R. Kunjungan bayi baru lahir

Menurut Kepmenkes RI (2015) dalam buku KIA dijelaskan bahwa kunjungan bayi barulahir yaitu sebanyak 3 kali

1. Kunjungan pertama pada 6-48 jam setelah lahir
2. Kunjungan kedua yaitu 3-7 hari setelah lahir
3. Kunjungan ketiga yaitu pada 8-28 hari setelah lahir

Ibu/keluarga memastikan bayi sudah mendapat pelayanan kesehatan dan tercatatnya hasil pelayanan sebagai berikut:

1. Berat badan
2. Panjang badan
3. Suhu (°C)
4. Menanyakan pada ibu, bayi sakit apa?
5. Memeriksa kemungkinan penyakit berat atau infeksi bakteri
6. Frekuensi nafas/menit
7. Frekuensi denyut jantung (kali/menit)
8. Memeriksa adanya diare
9. Memeriksa ikterus/bayi kuning
10. Memeriksa kemungkinan berat badan rendah
11. Memeriksa status pemberian Vitamin K1
12. Memeriksa status imunisasi HB-0
13. Memeriksa masalah/keluhan ibu.

(Kemenkes RI, 2015 buku KIA).

2.1.5 KONSEP DASAR KELUARGA BERENCANA

A. Pengertian Keluarga Berencana

Program KB adalah bagian yang terpadu (integral) dalam program pembangunan nasional dan bertujuan untuk menciptakan kesejahteraan ekonomi, spiritual dan sosial budaya penduduk Indonesia agar dapat dicapai keseimbangan yang baik dengan kemampuan produksi nasional. (Farhan, 2009: 1)

Keluarga Berencana adalah suatu program pemerintah yang dirancang untuk menyeimbangkan antara kebutuhan dan jumlah penduduk, maka dari itu program KB ini diharapkan menerima Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera (NKKBS) yang berorientasi pada pertumbuhan yang seimbang (Saraswati, 2010: 78)

Kontrasepsi berasal dari kata “kontra” berarti mencegah atau melawan, sedangkan konsepsi adalah pertemuan sel telur dan sel sperma yang mengakibatkan kehamilan. Kontrasepsi adalah menghindari atau mencegah terjadinya kehamiloan sebagai akibat pertemuan antar sel telur yang matang dan sel sperma.

Cara kerja kontrasepsi adalah sebagai berikut :

1. Mengusahakan agar tidak terjadi ovulasi
2. Melumpuhkan sel sperma
3. Menghalangi pertemuan sel telur dan sperma

(Kumalasari, 2015: 277)

Kontrasepsi merupakan bagian dari pelayanan kesehatan reproduksi untuk pengaturan kehamilan, dan merupakan hak setiap individu sebagai makhluk seksual (Affandi, 2012:U-46)

B. Tujuan KB

1. Tujuan umum

Meningkatkan kesejahteraan ibu, anak dalam rangka mewujudkan NKKBS (Normal Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera) yang menjadi dasar terwujudnya masyarakat yang sejahtera dengan mengendalikan kelahiran sekaligus menjamin terkendalinya pertumbuhan penduduk.

(Farhan, 2009: 1)

2. Tujuan khusus

- a. Meningkatkan jumlah penduduk untuk menggunakan alat kontrasepsi.
- b. Menurunnya jumlah angka kelahiran bayi.
- c. Meningkatnya kesehatan keluarga berencana dengan cara penjarangan kelahiran

(Farhan, 2009: 2)

C. Sasaran KB

Untuk mencapai tujuan tersebut di atas, penggarapan program Nasional KB diarahkan pada dua bentuk sasaran :

1. Sasaran langsung

Yaitu pasangan usia subur (PUS) (20 – 35 tahun) dengan jalan mereka secara bertahap menjadi peserta KB yang aktif sehingga memberi efek langsung penurunan fertilitas.

2. Sasaran tidak langsung

Yaitu organisasi-organisasi, lembaga-lembaga kemasyarakatan, instansi-instansi pemerintah maupun swasta, tokoh-tokoh masyarakat (alim ulama, wanita dan pemuda) yang diharapkan dapat memberikan dukungannya dalam pelebagaan NKKBS.

(Farhan, 2009: 2)

D. Macam-macam KB



Gambar 2.7

Jenis-jenis kontrasepsi

Sumber: Indrayani, 2010: 2

1. Metode kontrasepsi sederhana tanpa alat

a. Metode MAL (amenorea laktasi)

1) Pengertian

Mal adalah kontrasepsi yang mengandalkan pembesian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman lainnya. Mal dapat dipakai sebagai kontrasepsi apabila :

- 1) Menyusui secara penuh lebih efektif bila pemberian kurang lebih 8 kali dalam sehari.
- 2) Belum haid
- 3) Umur bayi kurang dari 6 bulan
- 4) Efektif sampai 6 bulan
- 5) Harus dilanjutkan dengan pemakaian metode lainnya.

(Suyati, 2008: 14)

2) Cara kerja

Cara kerja Metode Kontrasepsi MAL adalah menunda atau menekan terjadinya ovulasi yang dengan kata lain memerlukan ketiadaan haid. Pada saat laktasi / menyusui, hormon yang berperan adalah prolaktin dan oksitosin. Semakin sering menyusui, maka kadar prolaktin meningkat dan hormon gonadotrophin melepaskan hormon penghambat (inhibitor). Hormon penghambat akan mengurangi kadar estrogen, sehingga tidak terjadi ovulasi. (Suyati, 2008: 15)

3) Keuntungan

- a) Efektif tinggi (keberhasila 98% pada 6 bulan pasca persalinan)
- b) Segera efektif
- c) Tidak mengganggu senggama
- d) Tidak ada efek samping secara sistemik
- e) Tidak perlu pengawasan medis
- f) Tidak perlu obat atau alat
- g) Tanpa biaya

(Suyati, 2008: 15-16)

Keuntungan lain menurut Atalya (2016:19) yaitu:

- 1) Tidak membutuhkan biaya.
- 2) Mudah dilakukan.
- 3) Tidak membutuhkan kunjungan ke dokter atau obat.
- 4) Tidak ada hormon yang mempengaruhi proses menyusui.
- 5) Tidak mempengaruhi hubungan seksual.

4) Keterbatasan

- 1) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan.
- 2) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial
- 3) Efektifitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan

4) Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/HBF dan HIV/AIDS. (Affandi, 2011:MK-1-MK-2).

5) Eektivitas

Resiko kehamilan tinggi bila ibu tidak menyusui bayinya secara eksklusif. Resiko kehamilan kurang dari 1 diantara 100 ribu dalam 6 bulan setelah persalinan. (Kemenkes RI, 2013:242)

6) Yang dapat menggunakan Mal

Ibu yang menyusui ASI secara eksklusif, bayinya berumur kurang dari 6 bulan dan belum mendapat haid setelah melahirkan. (Suyati, 2008:16)

7) Keadaan

a) Ketika mulai memberikan makanan pendamping secara teratur

b) Ketika haid sudah kembali

c) Bayi menghisap susu tidak sering atau jika kurang 8x sehari

d) Bayi berumur 6 bulan atau lebih.

8) Anjuran

a) Membantu klie memilih metode lain. Karena metode kontrasepsi lain dibutuhkan, klien harus tetap didorong untuk tetap melanjutkan pemberian ASI.

b) Bayi menyusui harus sesering mungkin (*on demand*).

c) Waktu pengosongan payudara tidak lebih dari 4 jam.

- d) Bayi menyusu sampai sepuasnya (bayi akan melepas sendiri hisapannya).
- e) ASI juga diberikan pada malam hari untuk mempertahankan kecukupan ASI.
- f) ASI dapat disimpan dalam lemari pendingin.
- g) Waktu pemberian makanan padat sebagai pendamping ASI (diberikan pada bayi sudah berumur 6 bulan lebih).
- h) Metode MAL tidak akan efektif, apabila ibu sudah memberikan makanan atau minuman tambahan lain.
- i) Ibu yang sudah mendapatkan haid setelah melahirkan dianjurkan untuk menggunakan metode kontrasepsi lain.
- j) Apabila ibu tidak menyusui secara eksklusif atau berhenti menyusui maka perlu disarankan menggunakan metode kontrasepsi lain yang sesuai.

(Lusa Lia, 2011: 35)

9) Yang seharusnya tidak pakai Mal

- a) Sudah mendapat haid setelah bersalin
- b) Tidak menyusui secara eksklusif
- c) Bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan.

(Affandi, 2011: MK-2-MK3)

b. Sanggama putus

1) Pengertian

Sanggama putus adalah metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi. (Safira, 2008: 9)

2) Cara kerja

Alat kelamin pria (penis) dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk kedalam vagina sehingga tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum, dan kehamilan dapat dicegah. (Safira, 2008: 9)

3) Manfaat kontrasepsi

- a) Efektif bila dilakukan dengan benar
- b) Tidak mengganggu produksi ASI
- c) Dapat digunakan untuk mendukung metode KB lainnya.
- d) Tidak ada efek samping
- e) Dapat digunakan setiap waktu
- f) Tidak membutuhkan biaya.

4) Nonkontrasepsi

- a) Meningkatkan keterlibatan suami dalam keluarga berencana.

b) Untuk pasangan memungkinkan hubungan lebih dekat dan pengertian yang sangat dalam. (Affandi, 2011:MK-15).

5) Efektifitas

Bila dilakukan secara benar, risiko kehamilan 4 diantara 100 ribu dalam 1 tahun. (Kemenkes RI, 2013:243).

Tidak semua pria bisa dengan mudah menghentikan penetrasi dan menarik penis keluar sebelum terlambat. Akibatnya, penis akan berejakulasi di dalam atau di dekat vagina. Hal ini tentu berisiko mengakibatkan pembuahan.

New York Times melansir bahwa dari 100 orang, sejumlah 22 wanita yang melakukan hubungan seks dengan metode senggama terputus akan tetap hamil. Artinya, peluang keberhasilan metode ini dalam mencegah kehamilan sebesar 78%. (Irene, 2016:2)

6) Dapat dipakai untuk

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

e) Pasangan yang membutuhkan metode mendukung

f) Pasangan yang melakukan hubungan seksual tidak teratur.

7) Tidak dipakai untuk

- a) Suami dengan pengalaman ejakulasi dini
- b) Suami yang sulit melakukan sanggama terputus
- c) Suami yang memiliki kelainan fisik atau psikologis
- d) Istri yang memounyai pasangan yang sulit bekerjasama
- e) Pasangan yang kurang dapat saling berkounikasi
- f) Pasangan yang tidak bersedia melakukan sanggama terputus. (Affandi, 2011:MK-16)

c. Pantang berkala (cara kalender)

Sejak dulu orang sudah percaya adanya hari-hari subur dan hari tidak subur bagi wanita. Karena itu untuk cara pantang berkala memiliki sejarah yang sudah tua pemakainnya sebagai kontrasepsi zaman dulu. System ini disebut juga sistem ogino-knaus yang menurut penelitiannya ovulasi akan terjadi 16-12 hari sebelum haid berikutnya. Jadi obstinensia dianjurkan beberapa hari sebelum dan setelah ovulasi.

Sel telur dapat hidup selama 6-24 jam sedangkan sel mani selama 48-72 jam, jadi suatu konsepsi mungkin akan terjadi kalau koitus dilakukan sebelum 2 hari ovulasi. Hendaknya sebelum memakai cara ini para pemakai harus diberikan penerangan media yang jelas tentang cara ini.

Prinsip cara kerja pantang berkala ini berpedoman kepada kenyataan bahwa wanita dalam siklus haidnya mengalami ovulasi (subur) hanya 1 bulan. Dan biasanya terjadi

beberapa hari sebelum atau sesudah hari ke-14 dari haid yang akan datang.

Kontrasepsi pantang berkala adalah berpantang (tidak koitus beberapa hari sebelum, ditambah beberapa hari setelah ovulasi. Ada 2 cara sistem pantang berkala yaitu sebagai berikut :

a) Sistem kalender

Masa berkala dihitung dengan memakai rumus berikut :

Hari pertama mulai subur = siklus haid terpendek – 18

Hari subur terakhir = siklus haid terpanjang – 11

(Mochtar, 2011 :261-262)

b) Sistem suhu basal badan

Pengukuran suhu basal badan dilakukan setiap hari sesudah haid berakhir sampai mulai haid berikutnya. Usaha itu dilakukan sewaktu bangun pagi sebelum menjalankan kegiatan apapun, dengan memasukkan termometer dalam rectum atau dalam mulut dibawah lidah selama 5 menit. (Prawirohardjo, 2014 : 440)

Evektivitas : bagi wanita dengan siklus haid teratur evektivitasnya lebih tinggi dibandingkan wanita yang siklus haidnya tidak teratur. Angka kegagalan berkisaran 6-42. (Mochtar, 2011 : 262).

2. Metode kontrasepsi dengan alat

a. Kondom

1) Pengertian

Kondom merupakan alat kontrasepsi yang bisa melindungi pemakaian dari penyakit menular seksual (misalnya AIDS) dan dapat mencegah perubahan prekanker tertentu pada sel-sel leher rahim. Ada kondom yang ujungnya memiliki penampung semen, jika tidak ada penampung semen sebaiknya kondom disisakan sekitar 1cm dari depan penis. Kondom harus dilepas secara perlahan karena jika tidak semen tumpah maka sperma bisa masuk ke vagina sehingga terjadi kehamilan. (Sukarni, 2013:369).

2) Cara kerja

Kondom menyarungi penis sewaktu koitus sehingga dapat menvegah masuknya sperma kedalam liang sanggama karena seluruh semen tertampung didalam kondom. (Sukarni, 2013:369).

3) Efektivitas

Secara teoritis kegagalan kondom bisa terjadi bila kondom bocor atau robek, pemakaian kurang disiplin dan kurang teliti mematuhi petunjuk cara pemakaiannya. Angka

kegagalan adalah berkisar antara 15-36%. Efektivitas dapat dipertinggi dengan jalan:

- a) Penis segera ditarik keluar dari vagina setelah ejakulasi
- b) Pektumenarik penis, pangkal kondom dipegang supaya jangan tertinggal dan tumpah
- c) Mengoleskan spermisida pada kondom atau pakai kondom yang sudah ada spermisidanya,
- d) Pakailah satu kondom untuk satu kali koitus.

4) Efek samping

Walaupun jarang, tetapi pernah tertinggal dalam vagina selama beberapa waktu, menyebabkan wanita mengeluh keputihan yang banyak dan sangat berbau, terjadi infeksi ringan. Pada sejumlah kecil akseptor mengeluh alergi terhadap karet. (Muctar, 2011:265).

5) Keterbatasan

- a) Efektivitas tidak terlalu tinggi
- b) Cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi
- c) Agak mengganggu hubungan seksual
- d) Pada beberapa klien bisa menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan ereksi
- e) Harus segera tersedia setiap kali melakukan hubungan seksual

- f) Beberapa klien malu untuk membeli kondom ditempat umum
- g) Pembuangan kondom bekas mungkin menimbulkan masalah dalam hal limbah.

(Sukarni, 2013:370).

6) Manfaat

a) Kontrasepsi

- 1) Efektif jika digunakan dengan benar
- 2) Tidak menggunakan produksi ASI
- 3) Tidak mengganggu kesehatan klien
- 4) Tidak mempunyai pengaruh sistemik
- 5) Murah dan dapat dibeli secara umum.

b) Nonkontrasepsi

- 1) Memberi dorongan kepada suami untuk ikut ber-KB
- 2) Dapat mencegah pengeluaran IMS
- 3) Mencegah ejakulasi dini
- 4) Membantu mencegah terjadinya kanker serviks

(Affandi, 2011:MK-18-MK-19).

b. Diafragma

1) Pengertian

Diafragma atau diafragma adalah suatu alat kontrasepsi berbentuk kubah dangkal yang terbuat dari karet atau

silikon. Setengah bagian kubah tersebut dapat Anda isi dengan krim atau jeli pembunuh sel sperma (*spermicidal*) untuk kemudian dimasukkan ke dalam vagina sebelum berhubungan intim.

2) Cara kerja

Diafragma biasanya terbuat dari lateks atau silikon, berbentuk melingkar seperti kubah dan berfungsi mencegah sperma masuk ke dalam rahim.

3) Efektivitas

Apabila digunakan dengan benar dan konsisten, maka tingkat kesuksesan alat kontrasepsi ini dapat mencapai 94%. Itu berarti, ada 6 dari 100 orang wanita yang tetap hamil meski sudah menuruti prosedur kontrasepsi secara benar. Kalau keliru menggunakan diafragma atau lupa mengisikan spermisida, maka kemungkinan kontrasepsi ini gagal dapat mencapai 12 persen. Jadi, Anda mungkin akan memerlukan metode kontrasepsi tambahan seperti pemakaian kondom (baik kondom pria atau khusus wanita) serta mengonsumsi pil kontrasepsi darurat sesegera mungkin setelah melakukan hubungan intim tanpa proteksi.

4) Keuntungan

- a) Memberikan perlindungan dari penyakit menular seksual.

b) Menjaga suhu tubuh lebih baik dibanding kondom pria

5) Kekurangan

a) Efektifitas tidak terlalu tinggi (angka kegagalan 6-16 kehamilan per 100 perempuan per tahun pertama, bila digunakan dengan spermisida).

b) Keberhasilan kontrasepsi ini tergantung pada cara penggunaan yang benar.

c) Memerlukan motivasi dari pengguna agar selalu berkesinambungan dalam penggunaan alat kontrasepsi ini.

d) Pemeriksaan pelvik diperlukan untuk memastikan ketepatan pemasangan.

e) Dapat menyebabkan infeksi saluran uretra.

f) Harus masih terpasang selama 6 jam pasca senggama.

6) Manfaat

a) Manfaat kontrasepsi

(1) Efektif bila digunakan dengan benar.

(2) Tidak mengganggu produksi ASI.

(3) Tidak mengganggu hubungan seksual karena telah dipersiapkan sebelumnya.

(4) Tidak mengganggu kesehatan klien.

(5) Tidak mempunyai pengaruh sistemik.

b) Manfaat non kontrasepsi

(1) Memberikan perlindungan terhadap penyakit menular seksual.

(2) Dapat menampung darah menstruasi, bila digunakan saat haid.

7) Efek samping

a) Infeksi saluran uretra

b) Alergi diafragma

c) Rasa nyeri pada tekanan terhadap kandung kemih

d) Timbul cairan agina dan berbau

e) Luka dinding vagina akibat tekanan pegas diafragma.

8) Yang tidak boleh menggunakan diafragma

a) Apabila tidak nyaman menyentuh diri sendiri atau mengalami kesulitan memasukkan diafragma dengan benar.

b) Pernah mengalami toxic shock syndrome.

c) Serviks, vagina, atau rahim Bunda memiliki bentuk yang tidak biasa sehingga tidak memungkinkan bagi diafragma untuk tetap berada di posisinya tanpa bergeser.

d) Telah mengalami infeksi saluran urine berulang kali setelah menggunakan diafragma dan masalah tetap saja muncul meskipun sudah mengganti diafragma dengan jenis dan ukuran baru.

e) Berisiko tinggi terhadap HIV atau penyakit seksual menular lainnya

3. Metode kontrasepsi hormonal

a. Pil

Pil kontrasepsi mencakup pil kombinasi yang berisi hormone estrogen dan progesteron yang biasa oleh wanita disebut dengan “pil” sedangkan yang hanya berisi progestin biasanya disebut dengan “pil mini”

1) Pil kombinasi

a) Pengertian

Pil kombinasi berisi hormon estrogen dan progesterone. Pil ini mencegah kehamilan dengan cara menghambat ovulasi, membuat endometrium tidak mendukung untuk implantasi, dan membuat serviks tidak dapat ditembus oleh sperma. Pada pemakaian yang sama, pil kombinasi 99% efektif mencegah kehamilan. Namun pada pemakaian yang kurang seksama efektivitasnya masih mencapai 93%. (Sukarni, 2013: 375-376).

b) Keuntungan

Mengurangi resiko kanker endometrium, kanker ovarium, penyakit radang panggul, simptomatik, dapat mengurangi penyakit kista ovarium, mengurangi nyeri

haid, masalah perdarahan haid, nyeri saat ovulasi.
(Kemenkes RI, 2013 : 245).

c) Jenis pil kombinasi

1) Monofasik : pil yang tersedia dalam kemasan 2 tablet mengandung hormone aktif estrogen/progestin dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormone aktif.

2) Bifasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progstin dengan 2 dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

3) Trifasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progstin dengan 3 dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

(Sunny, 2013:69).

d) Manfaat

(a) Memiliki efektifitas yang tinggi bila digunakan setiap hari

(b) Risiko terhadap kesehatan sangat kecil

(c) Tidak mengganggu hubungan seksual

(d) Siklus haid menjadi teratur, banyaknya darah haid berkurang (mencegah anemia), tidak terjadi nyeri haid

(e) Dapat digunakan jangka panjang selama perempuan masih ingin menggunakannya untuk mencegah kehamilan.

(f) Dapat digunakan sejak usia remaja hingga menopause.

(g) Mudah dihentikan setiap saat.

(h) Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan. (Affandi, 2011: MK-31-MK32).

e) Keterbatasan

Pil harus dimakan setiap hari, kurang cocok bagi wanita yang pelupa. Motivasi harus diberikan secara lebih intensif, bagaimanapun juga ada efek sampingnya. Efek sampingnya adalah mual, muntah, penambahan berat badan, perdarahan tidak teratur, dll (Mochtar, 2011:271

f) Indikasi

(a) Usia reproduksi

(b) Telah memiliki anak ataupun belum memiliki anak

(c) Gemuk atau kurus

(d) Menginginkan metode kontrasepsi dengan efektivitas tinggi

(e) Setelah melahirkan dan tidak menyusui

(Sunny, 2013:70).

g) Kontraindikasi

- (a) Hamil atau dicurigai hamil
- (b) Menyusui secara eksklusif
- (c) Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya
- (d) Penyakit hati akut
- (e) Perokok dengan usia >35 tahun
- (f) Riwayat penyakit jantung, stroke atau tekanan darah >180/100 mmhg. (Affandi, 2011: MK-32-MK33).

2) Pil mini

a) Pengertian

Pil mini merupakan alat kontrasepsi oral yang kurang digunakan secara luas karena hanya mengandung progesteron saja dan tidak mengandung estrogen dan sedikit kurang efektif jika dibandingkan dengan pil kombinasi. Efektivitas pil mini bergantung pada kemampuan wanita minum 1 pil setiap hari, mini pil yang terlupa lebih besar kemungkinannya menyebabkan kehamilan daripada pil kombinasi yang terlupa. (Sukarni, 2013: 376)

b) Keuntungan

- (a) Dapat diberikan kepada wanita yang menderita keadaan tromboembolik

- (b) Dapat diberikan kepada wanita yang sedang menyusui
- (c) Cocok untuk wanita dengan keluhan efek samping yang disebabkan oleh estrogen (sakit kepala, hipertensi, nyeri tungkai bawah, choasma, BB bertambah dan mual). (Sukarni, 2013 : 377).

c) Keterbatasan

- (a) Hampir 30-60% mengalami gangguan haid
 - (b) Peningkatan atau penurunan berat badan
 - (c) Harus digunakan setiap hari pada waktu yang sama
 - (d) Bila lupa satu pil saja kegagalan menjadi lebih besar
 - (e) Payudara 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.
- (Sukarni, 2013: 378)

d) Indikasi

- (a) Usia reproduksi
- (b) Telah memiliki anak atau belum memiliki anak
- (c) Menginginkan suatu metode kontrasepsi yang sangat efektif selama periode menyusui
- (d) Mempunyai tekanan darah tinggi (>180/100mmHg) atau dengan masalah pembekuan darah.

(e) Perokok segala usia

(Sukarni, 2013: 378-377)

e) Kontraindikasi

(a) Hamil atau diduga hamil

(b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya

(c) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid

(d) Menggunakan obat tubercolosis (rifampisin), atau untuk obat epilepsi (fenitoin dan berbiturat).

(e) Sering lupa menggunakan pil.

(Affandi, 2011: MK-52).

b. Suntikan progestin

1) Pengertian

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

Terdapat 2 jenis kontrasepsi suntik progesteron yaitu :

a) Depo medroksi progesteron aseta (depo pravera) mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan sekalidengan cara disuntikkan secara intramuskular

b) Depo nerotisteron enantat (depo noristerat), mengandung 20mg noretindron enantat, diberikan setiap 2 bulan sekali dengan cara disuntikkan secara intramuskular.

Cara kerja kontrasepsi suntik progestin adalah mencegah ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga kemampuan penetrasi sperma menurun, menjadikan selaput lendir tipis dan atrofi, serta menghambat transportasi gamet oleh tuba. (Affandi, 2012:MK-43)

2) Keuntungan

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

- h) Dapat membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik.
- i) Dapat menurunkan kejadian penyakit jinak payudara.
- j) Dapat menurunkan krisis anemia bulann sabit

(Anwar, 2011 : 450-451)

3) Keterbatasan

- (1) Sering ditemui gangguan haid seperti siklus haod yang memendek atau memanjang, perdarahan yang banyak atau sedikit, perdarahan tidak teratur atau prdarahan bercak (spotting) dan tidak haid sama sekali
- (2) Klien sangat bergantung pada fasilitas pelayanan kesehatan
- (3) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sampai suntikan berikutnya
- (4) Permasalahan berat badan merupakan masalah efek samping yang tersering
- (5) Tidak menjamin terhadap penularan IMS
- (6) Terlambatnya pengambilan kesuburan setelah penghentian pemakaian.
- (7) Pada pengguna jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang (densitas), dapat menimbulkan kekeringan vagina, menurunkan libido, gangguan emosi (jarang), sakit kepala dan jerawat.

(Anwar, 2011 :451)

4) Indikasi

- (1) Usia reproduksi
- (2) Nulipara dan yang tidak memiliki anak
- (3) Menginginkan kontrasepsi jangka panjang yang memiliki efektivitas tinggi
- (4) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai
- (5) pasca persalinan dan tidak menyusui
- (6) Setelah abortus atau keguguran
- (7) Sudah mempunyai banyak anak tetapi belum menghendaki tubektomi
- (8) Perokok
- (9) Tekanan darah <math><180/100\text{ mmHg}</math>
- (10) Menggunakan obat untuk epilepsi (fenitoinin dan barbiturat)
- (11) Tiak bisa memakai kontrasepsi yang mengandung estrogen
- (12) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi
- (13) Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan kontrasepsi pil kombinasi.

(Dyah, 2008: 169)

5) Kontraindikasi

- a) Hamil atau dicurigai hamil

- b) Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya
- c) Tidak dapat menerima gangguan haid, terutama amenore
- d) Menderita kanker payudara, atau riwayat kanker payudara
- e) Diabetes militus disertai komplikasi

(Anwar, 2011 : 452)

6) Waktu yang diperlukan untuk mulai menggunakan suntik progestin

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

diberikan dimulai pada saat jadwal kontrasepsi suntik yang sebelumnya.

f) Klien menggunakan kontrasepsi nonhormonal dan ingin menggantinya dengan suntik progestin, suntik dapat segera diberikan asal klien tidak hamil dan pemberiannya tidak perlu menunggu haid berikutnya. Jika pemberian suntikan setelah hari ke-7 siklus haid, maka selama 7 hari setelah suntikan tidak diperbolehkan untuk melakukan hubungan seksual.

g) Klien yang ingin mengganti AKDR dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama dapat diberikan selama hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid. Atau dapat diberikan setelah hari ke-7 siklus haid tetapi dipastikan klien tidak hamil.

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

c. Suntik 1 bulan

1. Pengertian

Suntik kombinasi mengandung hormon estrogen dan progesteron, yang diberikan satu bulan sekali. Suntikan kombinasi adalah 25 mg medroksiprogesteron asetat dan 5 mg estradiol siplonat yang diberikan injeksi IM (intramuskuler) sebulan sekali (cyclofem) dan 50 mg noretidon enantat dan 5 mg estradiol valerat yang diberikan

injeksi IM (Intramuskular) sebulan sekali (Buku Panduan Praktis Kontrasepsi.2008 : MK-34)

2. Cara kerja

- a) Menghalangi ovulasi (masa subur)
 - b) Mengubah lendir serviks (vagina) menjadi kental
 - c) Menghambat sperma dan menimbulkan perubahan pada rahim
 - d) Mencegah terjadinya pertemuan sel telur dan sperma
 - e) Mengubah kecepatan transportasi sel telur
- (Suyitno, 2014: 57)

3. Keuntungan

- a) Peserta suntik cyclofem mendapat menstruasi
- b) Pemberian aman, efektif, dan relatif mudah
- c) bekerja dalam waktu lama,
- d) tidak mengganggu menyusui,
- e) mengurangi rasa nyeri dan haid yang keluar,
- f) dapat dipakai pada hari ke 3 – 5 pasca persalinan, dan segera setelah keguguran

(Tiara Dewi, 2014: 56)

4. Kerugian

- a) Sering ditemukan gangguan haid seperti Siklus haid yang memendek atau memanjang, Perdarahan yang banyak atau sedikit, Perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak (spotting), Tidak haid sama sekali.
- b) Ketergantungan klien terhadap pelayanan kesehatan (klien harus kembali untuk mendapatkan suntikan ulang).
- c) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya.
- d) Penambahan berat badan merupakan efek samping tersering.
- e) Tidak melindungi diri dari PMS atau HIV/AIDS.
- f) Terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian.
- g) Terlambatnya pemulihan kesuburan bukan karena kerusakan/kelainan pada organ genitalia melainkan karena belum habisnya pelepasan obat suntikan.
- h) Terjadinya perubahan pada lipid serum dalam penggunaan jangka panjang.
- i) Pada penggunaan jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang (densitas).
- j) Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi, sakit kepala, nervositas, jerawat. (Indrayani, 2010: 56)

5. Indikasi

- a) Usia reproduksi
- b) Telah memiliki anak
- c) Ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektivitas yang tinggi
- d) Pascapersalinan dan tidak menyusui
- e) Anemia
- f) Nyeri haid hebat
- g) Haid teratur
- h) Riwayat kehamilan ektopik
- i) Sering menggunakan pil kontrasepsi

(Pantikawati, 2011: 97)

6. Kontraindikasi

- a) Hamil atau diduga hamil
- b) Menyusui dibawah 6 minggu pasca persalinan
- c) Perdarahan pervaginam yang tidak jelas penyebabnya
- d) Penyakit hati akut
- e) Usia lebih dari 35 tahun yang merokok
- f) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau dengan tekanan darah tinggi (>180/100 mmHg)
- g) Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migrain
- h) Keganasan payudara.

(Pantikawati, 2011: 97-98)

4. Implant

a. Pengertian

KB susuk, atau dalam medis dikenal sebagai KB implan, adalah tabung plastik kecil dan fleksibel seukuran korek api, yang berisi hormon untuk mencegah kehamilan. Tabung ini (yang sering disebut susuk) akan dimasukkan (atau diimplan) ke dalam kulit lengan atas. Dengan pemakaian yang benar, sekali pasang KB implan sudah dapat mencegah kehamilan selama tiga tahun. (Farah, 2013:78)

b. Cara kerja

Susuk yang sudah dimasukkan ke bawah kulit akan melepaskan hormon progestin dengan kadar rendah untuk mencegah kehamilan. Cara kerjanya adalah dengan mencegah [ovulasi](#) (pelepasan sel telur dalam siklus bulanan). Jika seorang wanita tidak berovulasi, ia tidak bisa hamil karena tidak ada sel telur untuk dibuahi. Progestin yang dilepaskan oleh KB implan juga akan menebalkan lendir di sekitar leher rahim (serviks). Ini akan mencegah sperma untuk memasuki rahim. Progestin juga akan menipiskan lapisan dinding rahim, sehingga jika ada sperma yang berhasil membuahi sel telur, telur tersebut akan sulit menempel pada dinding rahim untuk memulai kehamilan. (Farah, 78-79)

c. 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 kegiatan sanggama
- 7) Tidak mengganggu ASI pasien hanya perlu kembali ke klinik bila ada keluhan
- 8) Dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan
(Indrayani, 2010: 57)

d. Kerugian

- 1) Insersi dan pengeluaran harus dilakukan oleh tenaga terlatih.
- 2) Petugas medis memerlukan latihan dan praktek untuk insersi dan pengangkatan implant.
- 3) Lebih mahal.
- 4) Sering timbul perubahan pola haid.
- 5) Akseptor tidak dapat menghentikan implant sekehendaknya sendiri.
- 6) Beberapa wanita mungkin segan untuk menggunakannya karena kurang mengenalnya.
- 7) Implant kadang-kadang dapat terlihat orang lain.

(Indrayani, 2010: 57)

e. Efek samping

- 1) Haid menjadi tidak teratur, atau tidak haid sama sekali
- 2) Darah haid menjadi lebih banyak, atau malah menjadi lebih sedikit
- 3) Flek/bercak darah yang keluar saat sedang tidak haid
- 4) Berat badan bertambah
- 5) Sakit kepala
- 6) Jerawat
- 7) Payudara nyeri
- 8) Rasa sakit, infeksi, dan bekas luka di kulit tempat susuk dimasukkan (diimplan)
- 9) Depresi

(Indrayani, 2010: 57)

f. Waktu pemasangan implan

- 1) Saat Ibu sedang mengalami menstruasi hari ke 1-5.
- 2) Saat sedang tidak menstruasi namun pastikan ibu tidak hamil. Setelah pemasangan implan gunakan kontrasepsi jenis lain selama 7 hari atau tidak melakukan hubungan seksual selama 7 hari
- 3) Paska persalinan, implan merupakan kontrasepsi yang aman bagi Ibu menyusui. Pemasangan implan dapat dilakukan langsung paska persalinan.

4) Paska abortus atau keguguran, Implan dapat langsung dipasang.

(Indrayani, 2010: 57)

g. Pengaruh KB Implan Terhadap Masa Menyusui

Meski sebagian kecil hormon dari KB implan dapat diserap ke dalam ke Air Susu Ibu (ASI), kadarnya masih aman dan tidak akan mengganggu kandungan ASI. Sehingga bagi Anda yang masih menyusui atau pada jarak 3-4 minggu setelah melahirkan, dapat melakukan pemasangan KB implan ini. Jika Anda melakukan pemasangan KB implan lebih dari 21 hari setelah melahirkan, Anda perlu menggunakan [alat kontrasepsi](#) tambahan selama seminggu, seperti [kondom](#), guna menghindari kemungkinan hamil. Selain dapat digunakan oleh Anda yang baru saja melahirkan dan menyusui, KB implan juga dapat digunakan oleh Anda yang baru saja mengalami keguguran.

h. Indikasi

- 1) Pemakaian KB yang jangka waktu lama
- 2) Masih berkeinginan punya anak lagi, tapi jarak antara kelahirannya tidak terlalu dekat.
- 3) Tidak dapat memakai jenis KB yang lain

i. Kontraindikasi

- 1) Penyakit *tromboemboli*, penyakit yang berhubungan dengan pembuluh darah dan kekentalan darah.
- 2) Perdarahan genital yang belum terdiagnosis.
- 3) Penyakit hati akut.
- 4) Tumor hati jinak atau ganas.
- 5) Kanker payudara.

5. Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR)

a) Pengertian

AKDR atau IUD atau spiral adalah suatu benda kecil yang terbuat dari plastik yang lentur, mempunyai lilitan tembaga atau juga mengandung hormon yang dimasukkan didalam rahim melalui vagina serta mempunyai benang (Kumalasari, 2015:303)

AKDR berukuran kecil, plastik lentur dengan lengan atau kawat tembaga disekitarnya. Seorang pemberi layanan yang terlatih secara khusus memasang pada rahim wanita melalui vagina dan leher rahim. (Agus dkk, 2015 : 131).

b) Jenis-jenis kontrasepsi

- 1) Menurut bentuknya AKDR non hormonal dibagi menjadi:
 - (a) Bentuk terbuka (open device) contoh : Lippesloop, CUT
 - (b) Bentuk tertutup (closed device) Contoh : Ota-Ring
- 2) Menurut tambahan atau metal tembaga dibagi menjadi:

(a) Medicated IUD, contoh: Cu T 200.

(b) Un medicated IUD, contoh : Lippesloop.

c) Cara kerja

(1) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi

(2) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri

(3) AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi sperma untuk fertilisasi.

(Agus dkk, 2015 : 131-132).

d) Efektivitas

AKDR sangat efektif, (efektivitasnya 92-94%) dan tidak perlu diingat setiap hari seperti halnya pil. Tipe multiload dapat dipakai sampai 4 tahun, nova T dan cover T200 (CuT-200) dapat dipakai 3-5 tahun per 100 pemakai wanita pada tahun pertama pemakaian. (Agus dkk, 2015 : 132).

e) Indikasi

Yang boleh menggunakan AKDR antara lain sebagai berikut :

(1) Usia reproduksi

(2) Keadaan nulipara

(3) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang

- (4) Perempuan menyusui yang menginginkan kontrasepsi
- (5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui
- (6) Setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi.
- (7) Resiko rendah dari IMS
- (8) Tidak menghendaki metode hormonal
- (9) Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari senggama
- (10) Perokok
- (11) Gemuk ataupun kurus
- (12) Pemasangan AKDR dapat dilakukan oleh dokter atau bidan yang telah dilatih secara khusus.

(Sutami, 2009: 17)

f) Kontraindikasi

- (1) Belum pernah melahirkan
- (2) Adanya perkiraan hamil
- (3) Kelainan alat kandungan bagian dalam seperti : perdarahan yang tidak normal dari alat kemaluan, pendarahan dileher rahim, dan kanker rahim
- (4) Perdarahan vagina yang tidak diketahui
- (5) Sedang menderita infeksi alat genital (vaginitis, servicitis)
- (6) Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita RRP atau abortus septic

(7) Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinaak rahim.

(Sutami, 2009: 17)

g) Keuntungan

- (1) Efektif dengan segera
- (2) Tidak ada interaksi obat
- (3) Reversible dan sangat evektif
- (4) Tidak terkait dengan koitus.

(Sutami, 2009: 17-18)

h) Kerugian

Setelah pemasangan, bebrapa ibu mungkin merasa nyeri dibagian perut dan perdarahan sedikit-sedikit (sporting). Ini bisa berjalan selama 3 bulan setelah pemasangan. Tetapi tidak perlu dirisaukan benar, karena biasanya setelah itu keluhan akan hilang dengan sendirinya. Tetapi apabila setelah 3 bulan keluhan mash berlanjut, dianjurkan untuk memeriksakannya ke dokter pada saat pemasangan, sebaiknya ibu tidak terlalu tegang karena in i juga bisa menimbulkan rasa nyeri pada bagian perut. (Sutami, 2009:

18)

i) Efek samping dan komplikasi

Efek samping yang umum terjadi : perubahan siklus haid, haid lebih lama dan banyak, perdarahan antar menstruasi, saat haid lebih sakit.

Komplikasi lain : merasa sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan, perdarahan berat pada waktu haid atau diantaranya yang memungkinkan penyebab anemia, perforasi dinding uterus (sangat jarang apabila pemasangan benar) (Sutami, 2009: 20).

j) Waktu pemasangan

Pemasangan AKDR sebaiknya dilakukan pada saat :

- (1) 2 sampai 4 hari setelah melahirkan
- (2) 40 hari setelah melahirkan
- (3) Setelah terjadinya keguguran
- (4) Hari ke 3 haid sampai hari ke 10 dihitung dari hari pertama,
- (5) Menggantikan metode KB lainnya.

(Sikarni dkk, 2013: 371-375)

Menurut Dyah Ayu, 2013: 17 waktu pemasangan AKDR adalah sebagai berikut:

- 1) Setiap waktu dalam siklus haid, yang bisa dipastikan klien tidak hamil
- 2) Hari pertama sampai ke-7 siklus haid

- 3) Segera setelah melahirkan, selama 48 jam pertama atau setelah 4 minggu pasca persalina. Setelah 6 bulan apabila menggunakan metode amenorea laktasi (MAL). Perlu diingat, angka ekspulsi tinggi pada pemasangan segera atau selama 48 jam pasca persalinan.
- 4) Setelah abortus (segera atau dalam waktu 7 hari) apabila tidak ada gejala infeksi.
- 5) Selama 1 sampai 5 hari setelah senggama yang tidak dilindungi.

6. Kontrasepsi mantap

a) Tubektomi

(1) Pengertian

Tubektomi adalah metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini.

Tubektomi merupakan metode efektif dan tidak menimbulkan efek samping jangka panjang. Efektifitas tubektomi :

- (a) Kurang dari 1 kehamilan per 100 (5 per 100) perempuan pada tahun pertama penggunaan.

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

(c) Efektivitas kontraseptif terkait juga dengan teknik tubektomi (penghambatan atau oklusi tuba) tetapi secara keseluruhan. Efektivitas tubektomi cukup tinggi dibandingkan tubektomi milaporotomi pasca persalinan. (Affandi, 2012: MK-89).

Jarang sekali ditemukan efek samping, baik jangka pendek maupun jangka panjang.

(2) Profil tubektomi

- (a) Sangat efektif dan permanen
- (b) Tindakan pembedahan yang aman dan sederhana
- (c) Tidak ada efek samping
- (d) Konseling dan inform consent (persetujuan tindakan) mutlak dilakukan

(3) Manfaat

- (a) Sangat efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan)
- (b) Tidak mempengaruhi proses menyusui
- (c) Tidak bergantung pada faktor senggama
- (d) Baik bagi klien apabila kehamilan akan menjadi resiko kesehatan yang serius

- (e) Pembedahan sederhana, dapat dilakukan dengan anastesi lokal,
- (f) Tidak ada efek samping dalam jangka panjang
- (g) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual (tidak ada efek pada produksi hormon ovarium).

(Affandi, 2012:MK-91).

(4) Keterbatasan

- (a) Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini (tidak dapat dipulihkan kembali), kecuali dengan operasi rekanalisasi
- (b) Klien dapat menyesal dikemudian hari
- (c) Resiko komplikasi kecil (meningkat apabila menggunakan anastesi umum)
- (d) Rasa sakit/ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan
- (e) Dilakukan oleh dokter terlatih (dokter spesialis ginekologi/spesialis bedah untuk proses laparoskopi).
- (f) Tidak melindungi dari IMS

(5) Indikasi

- (a) Usia >26 tahun
- (b) Partas >2
- (c) Yakin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai dengan kehendaknya

- (d) Pada kehamilan akan menimbulkan resiko kesehatan yang serius
- (e) Pasca keguguran
- (f) Paham dan secara sukarela setuju dengan prosedur ini.

(Affandi, 2012:MK-92)

(6) Kontraindikasi

- (a) Hamil
- (b) Perdarahan pervagina yang belum diketahui penyebabnya
- (c) Infeksi sistemik atau pelvik yang akut (hingga masalah itu disembuhkan)
- (d) Tidak boleh menjalani proses pembedahan
- (e) Kurang pasti mengenai keinginannya untuk fertilisasi dimasa depan
- (f) Belum memberikan persetujuan tertulis

(7) Waktu untuk melakukan tubektomi

- (a) Setiap waktu selama siklus menstruasi apabila diyakini secara rasional klien tersebut tidak hamil
- (b) Hari ke-6 hingga ke-13 siklus menstruasi (fase poliferasi)
- (c) Pasca persalinan
- (d) Pasca keguguran.

(Affandi, 2012:MK-93)

b) Vasektomi

(1) Pengertian

Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk laki-laki yang tidak ingin memiliki anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini.

Vasektomi :

- (a) Disebut juga sebagai metode kontrasepsi operatif lelaki
- (b) Metode permanen untuk pasangan yang tidak ingin memiliki anak lagi
- (c) Metode ini membuat sperma yang disalurkan melalui vas deferens tidak dapat mencapai vasikula seminalis yang pada saat ejakulasi dikularkan bersamaan dengan cairan semen.
- (d) Untuk oklusi vas deferens, diperlukan tindakan insisi kecil (minor) pada daerah rafe skrotalis.
- (e) Penyesalan terhadap vasektomi, tidak segera memulihkan fungsi reproduksi karena memerlukan tindakan pembedahan ulang.

(Affandi, 2012: MK-95).

(2) Efektivitas

(a) Setelah masa pengosongan sperma dari vasikula seminalis (20 kali ejakulasi menggunakan kondom) maka kehamilan hanya terjadi pada 1 dari 100 perempuan pada tahun pertama penggunaan.

(b) Pada mereka yang tidak dapat memastikan (analisi sperma) masih adanya sperma pada ejakulat atau tidak patuh menggunakan kondom hingga 20 kali ejakulasi maka kehamilan terjadi pada 2-3 per 100 perempuan pada tahun pertama penggunaan.

(c) Setelah 3 tahun penggunaan terjadi sekitar 4 kehamilan per 100 perempuan.

(3) Manfaat

(a) Hanya sekali aplikasi dan efektif dalam jangka panjang

(b) Tinggi tingkat rasio efisiensi biaya dan lamanya penggunaan kontrasepsi.

(4) Keterbatasan

(a) Permanen dan timbul masalah bila klien menikah lagi

(b) Bila tak siap ada kemungkinan penyesalan dikemudian hari

(c) Perlu pengosongan depot sperma di vasekula seminalis sehingga perlu 20 kali ejakulasi.

(d) Resiko dan efek samping pembedahan kecil

(e) Ada nyeri atau rasa tak nyaman pasca bedah

(f) Perlu tenaga pelaksana terlatih

(g) Tidak melindungi klien terhadap IMS.

(5) Efek samping, risiko dan komplikasi

Tidak ada efek samping jangka pendek dan jangka panjang. Karena area pembedahan termasuk superficial, jarang sekali menimbulkan resiko pada klien.

(6) Profil vasektomi

(a) Sangat efektif

(b) Tidak ada efek samping jangka panjang

(c) Tindak bedah yang aman dan sederhana

(d) Efektif setelah ejakulasi 20 kali atau 3 bulan,

(Affandi, 2012:MK-98).

(7) Kontraindikasi

(a) Peradangan dalam rongga panggul

(b) Peradangan liang senggama akut (vaginatis-servisitits akut)

(c) Obesitas berlebihan

(d) Penyakit kardiovaskuler berat, penyakit paru berat atau penyakit paru lain.

(e) Peradangan kulit atau jamur pada kemaluan.

(f) Peradangan pada alat kelamin pria.

(g) Penyakit kencing manis.

(h) Kelainan mekanisme pembekuan darah.

- (i) Infeksi didaerah testis (buah zakar) dan penis
- (j) Hernia (turun bero)
- (k) Varikokel (varises pada pembuluh darah balik buah zakar)
- (l) Buah zakar membesar karena tumor
- (m) Hidrokel (penumpukan cairan pada kantong zakar)
- (n) Buah zakar tidak turun (kriptokismus)
- (o) Penyakit kelainan pembuluh darah

(8) Indikasi

Vasektomi merupakan upaya untuk menghentikan fertilitas dimana fungsi reproduksi merupakan ancaman atau gangguan terhadap kesehatan pria dan pasangannya serta melemahkan ketahanan atau kualitas keluarga. (Affandi, 2012:MK-98).

(9) Komplikasi

- (1) Komplikasi dapat terjadi saat prosedur sedang berlangsung atau beberapa saat setelah tindakan. Komplikasi selama prosedur dapat berupa komplikasi akibat reaksi anafilaksis yang disebabkan oleh penggunaan lidokain atau manipulasi berlebihan terhadap nyaman pembuluh darah disekitar vas deferens.

- (2) Komplikasi pasca tindakan dapat berupa hematoma skotalis, infeksi atau abses pada testis, atrofi, epidimitis atau peradangan kronik granuloma ditempat insisi. Penyulit jangka panjang yang dapat mengganggu upaya pemulihan fungsi reproduksi adalah terjadinya antibodi sperma (Affandi, 2012:MK-95-MK101).



2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kehamilan

1. Pengkajian data

Menurut keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standart Asuhan Kebidanan, bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

a) Data subyektif

Data subyektif adalah data yang didapatkan dari klien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi dan kejadian. Informasi tersebut tidak bisa ditentukan oleh perawat, mencakup persepsi, perasaan, ide klien tentang status kesehatannya. (Rusdiana, 2009: 36)

1) Identitas

a) Nama

Menetapkan identitas yang pasti pada pasien karena kemungkinan memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomor telepon yang berbeda.

(Manuaba, 2007:159)

b) Umur

Usia seseorang dapat mempengaruhi keadaan kehamilannya. Apabila wanita tersebut hamil pada waktu reproduksi, kecil kemungkinan untuk

mengalami komplikasi atau masalah dibandingkan dengan wanita yang dibawah umur ataupun diatas usia reproduksi. (Marmi, 2014 : 107).

c) Agama

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

d) Pekerjaan

Data ini menggambarkan tingkat sosial ekonomi, dan data pendukung dalam menentukan pola kebiasaan atau aktivitas sehari-hari. Karena pekerjaan dapat mempengaruhi kesehatan kehamilan, khususnya pekerjaan yang berat. (Dewi, 2013: 116)

e) Pendidikan

Tingkat pendidikan yang rendah terutama jika berhubungan dengan usia yang muda, berhubungan erat dengan perawatan yang adekuat. (Walsh, 2012:122)

f) Alamat

Selain sebagai data mengenai distribusi lokasi pasien data ini juga memberikan gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh pasien

menuju ke lokasi pemeriksaan kehamilan.
(Sulistyawati, 2010:221).

2) Keluhan utama

a) *morning sickness*

Ibu hamil muda paling sering mengalami *morning sickness*. Ya, *morning sickness* biasanya terjadi di tiga bulan pertama kehamilan. Kondisi ini membuat ibu hamil muda sering merasa ingin muntah dan mual. Akibatnya, ibu hamil jadi kesulitan untuk makan. Walaupun dinamakan *morning sickness*, tetapi kondisi ini tidak selamanya terjadi di pagi hari. *Morning sickness* disebabkan oleh perubahan hormon selama kehamilan.

b) Sakit punggung

Selama kehamilan, ligamen yang menghubungkan tulang dengan tulang menjadi lebih lunak dan meregang untuk mempersiapkan tubuh melakukan persalinan. Berat yang meningkat karena pertumbuhan bayi dalam kandungan yang bertambah besar membuat beban ini ditempatkan pada sendi punggung dan panggul sehingga menyebabkan sakit punggung.

c) Sering BAK/noturia

Terjadi peningkatan frekuensi berkemih, aliran balik vena dari ekstermitas difasilitasi saat ibu sedang berbaring pada posisi lateral rukemben karena uterus tidak lagi menekan pembuluh darah panggul dan vena cava inferior. (Benson et al, 2013 :234).

d) 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 opurator dalam perjalanan menuju ekstermitas bagian bawah (Varney, et al 2007:540)

e) Konstipasi

Konstipasi diduga terjadi akibat penurunan peristaltis yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi jumlah peningkatan 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 : 539).

f) Odema dependen

Odem dependen pada kaki disebabkan oleh gangguan sirkulasi vena dan tekanan vena pada ekstermitas bagian bawah.

g) Nyeri uluh hati

Relaksasi sfingter jantung pada lambung akibat pengaruh yang ditimbulkan peningkatan jumlah progesteron, penurunan motilitas, gastrointestinal yang terjadi akibat relaksasi otot halus yang kemungkinan disebabkan peningkatan jumlah progesteron dan tekanan uterus, dan tidak ada ruang fungsional untuk lambung akibat perubahan tempat dan penekanan oleh uterus yang membesar.

h) Nyeri punggung bawah

Nyeri punggung bawah merupakan nyeri punggung yang terjadi pada area lumbosacral. Nyeri ini merupakan akibat pergeseraan pusat gravitasi dan terjadi perubahan yang disebabkan karena berat uterus yang semakin membesar.

(Varney et al 2007 : 181).

3) Riwayat menstruasi

Riwayat menstruasi digunakan untuk mengetahui menarche, umur berapa haid pertama, teratur atau tidak, siklus haid, lama haid, banyaknya darah, dan sifat darah (cair atau ada gumpalan) disminorhoe atau tidak dan haid terakhir (Manuaba, 2009: 112).

Menurut Marmi (2011: 137) gambaran riwayat haid klien yang akurat biasanya membantu penetapan tanggal perkiraan kehamilan. Dengan menggunakan rumus Neegele :

TTP = (hari HT+7) dan (bulan HT-3) dan (tahun HT+1) untuk siklus 28 hari +x hari

tanggalcontohnya hari pertama haid normal terakhir 2 Februari, caranya, tambahkan 7 hari, dan kurang 3 pada bulan. Jadi perkiraan tanggal persalinan 9-11 pada tahun yang sama.

Pengkajian tentang haid meliputi :

a) Menarche

Usia pertama kali mengalami menstruasi. Wanita indonesia umumnya mengalami menarche sekitar 12-16 tahun (Sulistyawati, 2011:167).

b) Siklus

Jarak antara menstruasi yang dialami dengan menstruasi berikutnya dalam hitungan hari. Biasanya sekitar 23-32 hari (Sulistyawati, 2011:167).

c) Volume

Data ini menjelaskan beberapa banyak darah menstruasi yang dikeluarkan. Sebagai acuan biasanya bersifat subyektif, namun kita bisa kaji lebih dalam lagi dengan beberapa pertanyaan misalnya sampai berapa kali mengganti pembalut dalam sekali. (Sulistyawati, 2011:167).

d) Keluhan

Beberapa wanita menyampaikan beberapa 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, 2011:167).

5) 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 kesehatan anak terakhir dan lingkungan yang menyebabkan keguguran. (Wheeker, 2004: 10-11).

Riwayat kehamilan sekarang menurut Nurhidayah (2014):

a) Hari pertama dan haid terakhir dan tafsiran persalinan. Untuk mengetahui umur kehamilan, perkiraan lahir Nursalam 2004 dalam Nurhidayah(2014).

b) Keluhan-keluhan pada trimester I, II, III. Untuk mengetahui ada gangguan seperti muntah-muntah, hipertensi, perdarahan waktu hamil muda (Nurhidayah, 2014).

c) Pergerakan anak pertama kali dirasakan pada umur kehamilan berapa. Untuk mengetahui gerakan janin aktif atau tidak (Estiwidani, 2008). *Quickening* atau *feeling life* (persepsi gerakan janin pertama) biasanya dirasakan pada umur kehamilan 18 minggu (primigravida) atau 16 minggu (multigravida) (Pantikawati dkk, 2010).

d) Dimana ibu memeriksakan kehamilannya. Untuk mengetahui tempat ANC dan untuk mengetahui riwayat kehamilan

e) Sejak hamil berapa bulan ibu memeriksakan kehamilannya.

Untuk mengetahui riwayat ANC teratur atau tidak, sudah hamil berapa minggu.

f) Sudah berapa kali ibu memeriksakan kehamilannya. Untuk mengetahui imunisasi TT (Tetanus Toxoid) sudah atau

belum, kapan, berapa kali. Keadaan psikosisnya. Untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap bayinya, wanita mengalami banyak perubahan emosi/psikologi selama masa bersalin sementara ia menyesuaikan diri menghadapi menjadi seorang ibu (Retna, 2008).

6) Riwayat persalinan yang lalu

Riwayat ini mencakup tipe persalinan apakah spontan, forsep, ekstrasi vakum, atau bedah sesar, lama persalinan, penolong persalinan, aterm atau premature, berat lahir, jenis kelamin, serta komplikasi-komplikasi yang menyertai persalinan. (Marmi, 2011:158)

7) 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, 2011:158).

8) Riwayat Keluarga berencana

Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal mempengaruhi *Estimated date of delivery* (EDD). Dan karena penggunaan metode lain dapat membantu mengenali kehamilan. (Marmi, 2014:158).

Menurut Saifuddin (2012) kontrasepsi pasca salin yang tidak berpengaruh terhadap produksi ASI yaitu

MAL (Metode Amenore Laktasi), senggama terputus, kondom, kontrasepsi pil progestin (minipil), implant, dan AKDR (IUD). Pada umumnya klien pasca salin ingin menunda kehamilan berikutnya paling sedikit 2 tahun. Konseling tentang Keluarga Berencana atau metode kontrasepsi sebaiknya diberikan sewaktu asuhan antenatal maupun pasca salin.

9) Riwayat kesehatan

a) Penyakit yang pernah dialami (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 mempengaruhi dan dapat memicu adanya kehamilan adalah penyakit jantung, DM, PMS, hipertensi dan anemia. (Marmi, 2014:108)

b) Penyakit yang pernah dialami (sekarang)

(1) Hipertensi

Hipertensi pada kehamilan dikaitkan dengan morbiditas dan mortalitas janin dan maternal. Komplikasi yang akan dikaitkan dengan komplikasi. Yang dikaitkan dengan pre-eklamsia

berat meliputi : gagal ginjal akut, gagal janin, hemoragi, serebral, gangguan plasenta, dan kematian maternal dan janin. (Walshs, 2012: 416).

(2) HIV/AIDS

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa kehamilan dapat memperberat kondisi klinik wanita dengan infeksi HIV. Sebaliknya, resiko tentang hasil kehamilan pada penderita infeksi HIV masih merupakan tanda tanya. Transmisi vertikal virus AIDS dari ibu kepada janinnya telah banyak terbukti, akan tetapi belum jelas diketahui kapan transmisi perinatal tersebut terjadi. Penelitian di AS dan Eropa menunjukkan bahwa risiko transmisi perinatal pada ibu hamil adalah 20-40%. (Sriningsih, 2017: 464).

(3) Diabetes mellitus

Pada wanita hamil diabetes mellitus (DM) dapat menyebabkan:

- (a) Tidak ada peningkatan pasti kematian janin pada awal kehamilan, kecuali ada komplikasi jantung, atau ginjal

(b) Ada peningkatan kejadian kematian janin yang kongenital, salah satunya sindrom regresi dan kelainan jantung.

(c) Dapat meningkatkan ketidaksuburan.

(Sriningsih, 2018: 514).

(4) Penyakit paru

(a) 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, 2010:336).

(b) Asma

Penyakit asma dalam 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 : 336).

(c) Tuberkulosis

Apabila bidan menjumpai penyakit tuberkulosis aktif dengan kehamilan sebaiknya merujuk ketempat yang memiliki fasilitas yang cukup. (Manuaba, 2010: 336)

(5) Penyakit jantung

Komplikasi yang terjadi pada ibu hamil dengan penyakit jantung yaitu : gagal jantung kongestif, edema paru, kematian, abortus.

Komplikasi yang terjadi pada janin yaitu : prematuritas, BBLR, hipoksia, gawat janin, APGAR score rendah, pertumbuhan janin terhambat, kematian janin dan afiksia neonatorum.

(Sriningsih, 2018: 537-538).

(6) Gonorea

Gonore dapat menyebabkan vulvovaginitis dalam kehamilan dalam keluhan flour albus dan disuria. (Saifuddin, 2008:924).

(7) Anemia

Anemia pada kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi dan merupakan jenis anemia yang pengobatannya relatif mudah. Anemia dalam kehamilan disebut "*potensiaal*

danger to mother and child(potensi membahayakan ibu dan anak)”, oleh sebab itu anemia memerlukan perhatian serius dari semua pihak yang terkait dalam pelayanan ibu terdapan. (Manuaba, 2010:237).

10) Riwayat kesehatan keluarga

Informasi keluarga klien sangat penting untuk mengidentifikasi ibu yang beresiko menderita penyakit genetik yang dapat mempengaruhi hasil akhir kehamilan atau beresiko memiliki bayi yang menderita penyakit genetik. (Marmii, 2011: 160). Kejadian kehamilan ganda juga dipengaruhi oleh faktor genetik atau keturunan. (Saifuddin, 2009 : 311).

Jenis penyakit yang dialami misalnya:

(a) 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, 2010:336).

(b) Asma

Penyakit asma dalam 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 : 336).

(c) Tuberkulosis

Apabila bidan menjumpai penyakit tuberkulosis aktif dengan kehamilan sebaiknya merujuk ketempat yang memiliki fasilitas yang cukup. (Manuaba, 2010: 336)

(d) Penyakit jantung

Komplikasi yang terjadi pada ibu hamil dengan penyakit jantung yaitu : gagal jantung kongestif, edema paru, kematian, abortus.

Komplikasi yang terjadi pada janin yaitu : prematuritas, BBLR, hipoksia, gawat janin, APGAR score rendah, pertumbuhan janin terhambat, kematian janin dan afiksia neonatorum.

(Sriningsih, 2018: 537-538).

(e)Gonorea

Gonore dapat menyebabkan vulvavaginitis dalam kehamilan dalam keluhan flour albus dan disuria. (Saifuddin, 2008:924).

11) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

Nutrisi adalah zat-zat gizi atau zat lain yang berhubungan dengan kesehatan dan penyakit, termasuk keseluruhan proses pemasukan dan pengolahan zat makanan oleh tubuh manusia yang bertujuan menghasilkan energi yang nantinya akan digunakan untuk aktivitas tubuh serta mengeluarkan zat sisanya (hasil metabolisme). Nutrisi dapat dikatakan sebagai ilmu tentang makanan, zat-zat gizi dan zat lain yang terkandung, aksi, reaksi, dan keseimbangan yang berhubungan dengan kesehatan dan penyakit (Dewi, 2010: 89)

(1)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, 2006 :534).

Akibat bila kekurangan protein:

(a) Gangguan kognitif

Fungsi kognitif otak dapat terganggu ketika Anda tidak mencukupi kebutuhan protein harian. Pasalnya, otak merupakan salah satu organ tubuh yang menggunakan banyak protein untuk bisa berfungsi. Kekurangan protein dapat menghambat produksi hormon pengatur mood dan ketajaman berpikir.

(b) Bengkak di bagian tubuh tertentu

Defisiensi protein menyebabkan Anda rentan kekurangan serum albumin. Serum albumin merupakan salah satu jenis protein yang disimpan dan diedarkan dalam darah. Kekurangan albumin dapat menyebabkan munculnya pembengkakan di bagian tubuh yang terpengaruh. Pembengkakan atau edema tersebut juga dapat terjadi pada sekitar rongga perut yang merupakan tanda dari penyakit kwashiorkor.

(c) Perlemakan hati

Perlemakan hati biasanya disebabkan oleh kebiasaan minum alkohol dalam jumlah banyak. Namun hal ini juga bisa disebabkan oleh defisiensi protein. Tubuh yang kekurangan protein tidak mampu memproduksi cukup lipoprotein, protein yang bertugas untuk mengangkut lemak. Akibatnya,

penumpukan lemak pada hati dapat menyebabkan kegagalan fungsi hati.

(d) Rambut, kulit, dan kuku mudah rapuh

Protein adalah zat gizi yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan rambut, kulit dan kuku. Itu sebabnya, defisiensi protein dapat menyebabkan masalah kulit kering, kuku kusam dan mudah patah, perubahan tekstur rambut, hingga rambut yang lebih gampang rontok.

(e) Gampang sakit

Sel darah putih bertanggung jawab sebagai pasukan pelindung imun tubuh. Ketika tubuh kekurangan protein, produksi sel darah putih juga akan mengalami penurunan. Akibatnya tubuh akan lebih rentan sakit akibat infeksi kuman dan virus pembawa penyakit.

(2) 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, 2010:92).

Akibat kekurangan kalsium antara lain

(a) Wanita yang mengalami menopause lebih rentan terhadap kondisi kekurangan kalsium karena perubahan hormon

estrogen yang berpengaruh terhadap proses penyerapan kalsium.

(b) Ibu hamil yang tidak memenuhi kebutuhan kalsium dalam jumlah yang cukup bisa menyebabkan bayi yang dilahirkan kekurangan kalsium bahkan cacat.

(c) Bayi yang dilahirkan prematur, khususnya dari Ibu dengan kelainan diabetes selama masa kehamilan.

(d) Penderita gangguan hormon hipoparatiroidisme.

(e) Tidak mengonsumsi makanan bergizi yang banyak mengandung nutrisi kalsium secara rutin.

(3) 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, 2010:286)

Defisiensi zat besi bisa menyebabkan kondisi mulai dari anemia karena kekurangan zat besi, hingga anemia karena defisiensi zat besi. Dalam kondisi kekurangan zat besi, jumlah zat besi yang disimpan (diukur dengan konsentrasi feritin serum) berkurang tetapi jumlah zat besi yang mengalir dan zat besi fungsional mungkin tidak akan terpengaruh. Orang dengan kekurangan zat besi tidak memiliki cadangan

zat besi yang cukup untuk digunakan jika tubuh membutuhkan zat besi tambahan. Dalam kondisi eritropoiesis akibat defisiensi zat besi, zat besi yang disimpan habis dan zat besi yang mengalir (diukur dengan saturasi transferin) berkurang; jumlah zat besi yang diserap tidak cukup untuk mengganti jumlah zat besi yang hilang atau untuk memberikan jumlah zat besi yang dibutuhkan untuk pertumbuhan dan fungsi tubuh. Dalam tahap ini, kekurangan zat besi membatasi produksi sel darah merah dan menyebabkan peningkatan konsentrasi protoporfirin eritrosit. Pada kondisi anemia akibat defisiensi zat besi, yang merupakan kondisi paling parah dari defisiensi zat besi, terjadi kekurangan cadangan zat besi, zat besi yang dialirkan dan zat besi fungsional, sehingga mengurangi Hb dan rendahnya ferritin serum, konsentrasi zat besi aliran yang rendah dan meningkatkan konsentrasi eritrosit protoporfirin.

(Saraswati, 2009: 56)

(4) Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2.500 klori. 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: 286).

b) Eliminasi

(1) 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, 2014:137).

(2) 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, 2014:137).

c) 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 menanyakan berapa lama ibu tidur di malam hari dan siang hari. Istirahat pada malam hari yang normal adalah 8

jam/hari, dan pada siang adalah 1jam/hari (Sulistiyawati, 2011:170).

d) Aktivitas

Kita perlu mengkaji kebiasaan sehari-hari pasien karena data ini memberikan data tentang beberapa berat aktivitas yang biasa dilakukan oleh pasien di rumah. (Romauli, 2011:171).

Aktivitas yang sebaiknya dilakukan oleh ibu hamil menurut (Romauli, 2011: 171) adalah:

1. Mengikuti Kelas Kehamilan. Penting untuk menjaga dan mengetahui kondisi kehamilan Mom selama masa kehamilan. Jadi, penting juga untuk mengikuti kelas kehamilan, berbaur bersama teman-teman yang juga sedang hamil dan konsultasi seputar kehamilan. Dengan mengikuti kelas kehamilan, ini akan membuat Mom semakin bahagia, tenang dan terjaga.

2. Konsumsi Makanan Seimbang. Usahakan untuk mengonsumsi makanan seimbang selama kehamilan.

Makan makanan yang bernutrisi tinggi dan disarankan oleh bidan atau dokter. Hindari makanan tidak sehat demi menjaga kesehatan Mom maupun janin di dalam kandungan.

3. Jaga Berat Badan. Walau sedang hamil, Mom tetap harus berusaha menjaga berat badan. Ini demi membuat bentuk tubuh terlihat ideal. Meski begitu, jangan sampai karena sibuk menjaga berat badan lalu mengabaikan kesehatan janin. Jaga berat badan tanpa lupa untuk selalu menjaga pola makan dan memenuhi kebutuhan nutrisi janin.

4. Sibukkan Diri Untuk Menekuni Hobi Mom. Berdiam diri di rumah lama-lama selama kehamilan tentu sangat tidak nyaman. Selain bikin bosan, ini juga bikin pusing dan perut rasanya semakin mual. Ini juga bikin tubuh terasa semakin sakit serta lelah. Untuk mengatasi kondisi ini, pastikan untuk menyibukkan diri dengan menekuni hobi. Tapi ingat, hobi yang ditekuni selama kehamilan baiknya hobi yang ringan dan tidak memungkinkan mencelakai janin. Hobi ringan tersebut misalnya menyulam, membatik, berkebun, menulis atau memasak.

5. Ngobrol Bersama Janin di Kandungan. Walau janin di kandungan tidak bisa membalas setiap sapaan yang Mom berikan padanya, jangan malas untuk selalu mengajak ngobrol janin. Berinteraksi dengan janin setidaknya akan membuat perasaan senang, nyaman

dan bahagia. Menariknya, ini juga bisa bikin janin di kandungan merespon dengan baik apa yang dilakukan sang bunda. Aktivitas ini bahkan bisa bantu meningkatkan kecerdasan anak sejak di dalam kandungan.

e) Personal hygiene

Personal hygiene diperlukan selama kehamilan, karena kebersihan badan mengurangi kemungkinan infeksi. (Marmi, 2011:120)

Kebersihan yang perlu diperhatikan antara lain:

(1) 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.

(2) 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 kertas serta korset penahan perut. (Saifuddin, 2010 : 286-287).

(3)Kebersihan genetalia

Kebersihan vulva harus dijaga betul-betul, dengan lebih sering membersihkannya memakai celana yang selalu bersih (Marmi, 2011 : 122)

f) Aktifitas seksual

Walaupun ini hal yang sangat privasi bagi pasien namun bidan harus menggali dari kebiasaan ini. karena terjadi bebrapa kasus keluhan dalam aktifitas seksual yang cukup mengganggu pasien namun ia tidak tahu kemana harus konsultasi. Dengan teknik komunikasi yang senyaman mungkin, bidan menanyakan hal-hal yang berkaiyan tentang aktifitas seksual melalui pertanyaan sebagai berikut :

(1)Frekuensi

Kita tanyakan berapa kali melakukan hubungan seksual dalam seminggu.

(2)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. (Sulistiyawati, 2011 : 172).

(3) Koitus pada masa kehamilan

Bila dalam anamnesis ada abortus sebelum kehamilan yang sekarang, sebaiknya coitus ditunda sampai kehamilan 16 minggu. Pada waktu itu plasenta sudah terbentuk, serta kemungkinan abortus menjadi lebih kecil. Pada umumnya coitus diperbolehkan pada masa kehamilan jika dilakukan dengan hati-hati. Pada akhir kehamilan, jika kepala sudah masuk kedalam rongga panggul, coitus sebaiknya dihentikan karena dapat menimbulkan perasaan sakit dan perdarahan. Sebagian perempuan takut melakukan hubungan seksual saat hamil. Beberapa merasa gairah seksualnya menurun karena tubuh mereka melakukan banyak penyesuaian terhadap bentuk kehidupan baru yang berkembang di dalam rahim mereka. Sementara di saat yang sama, gairah yang timbul ternyata meningkat. Ini bukan kelainan seksual. Memang ada masanya ketika ibu

hamil mengalami peningkatan gairah seksual.

(Mauliya, 2013: 15)

12) 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, dan BBLR (2500 gram lebih ringan dari bayi yang tidak merokok). Jika usia ibu di atas 35 tahun ada juga kenaikan berarti dalam resiko bayi menderita malformasi minor dan BBLR, dengan segala bahaya yang menyertainya, sebanyak 5 kali lipat dari perokok muda (Romauli, 2011: 112).

b) Alkohol

Tetarogen dan sindrom alkohol janin vetal alkohol sindrom (FAS), digunakan untuk menggambarkan malformasi kongetal yang berhubungan dengan asupan alkohol yang berlebihan selama hamil. (Fraser, dkk 2009:168).

c) Obat-obatan terlarang

Penggunaan obat seperti heroin, metadon, kanabis, kokain dan amfetamin bila digunakan secara berlebihan pada kehamilan berkaitan dengan keguguran, persalinan premature, berat badan lahir rendah, lahir mati dan abnormalis. (Freser, dkk 2009 : 69).

d) Latar belakang sosial budaya

Dikaji perkawinan ibu apakah menikah atau tidak menikah, berapa kali menikah, atau lamanya menikah, dan setelah berapa tahun baru hamil. Catatan: perkawinan lebih dari lima tahun baru hamil termasuk dalam risiko tinggi (Manuaba dkk, 2009).

Adapun kepercayaan yang ada dalam masyarakat misalnya ibu hamil garus pantang terhadap makanan yang berasal dari ikan, telur, daging, 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, 2011:169).

e) Dukungan situasional

Dukungan selama masa kehamilan sangatlah penting untuk 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, 2011:145)

b) Data objektif

Pengkajian data obyektif melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi yang dilakukan secara berurutan.

Langkah-langkah pemeriksaan sebagai berikut:

1) Keadaan umum

Untuk mengetahui data ini kita cukup dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan, dengan kriteria sebagai berikut :

a) Baik

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

b) Lemah

Jika pasien kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang

lain, dan pasien sudah tidak mampu berjalan lagi untuk berjalan sendiri. (Sulistiyawati, 2011 :174).

c) Sikap tubuh ibu

Keadaan tubuh ibu dan cara berjalan. Ibu cenderung bersikap kifosis, skoliosis atau pincang maka kemungkinan ada kelainan panggul.

(Romauli, 2011:172).

2) Tanda-tanda Vital (TTV)

a) Tekanan darah

Tekanan darah pada ibu hamil tidak boleh mencapai 140mmHg sistolik atau 90mmHg diastolik. Perubahan 30 mmHg sistolik dan 15 mmHg diastolik diatas tekanan darah sebelum hamil, menandakan toxemia gravidarum (keracunan kehamilan). (Hani, dkk, 2010:91).

b) Nadi

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

c) Pernapasan

Pada pernafasan normalnya 16-24 kali per menit. Frekuensi pernapasan hanya mengalami sedikit perubahan pada kehamilan lanjut seperti volume tidal, volume ventilasi, permenit dan pengambilan oksigen permenit akan bertambah secara signifikan.

(Saifuddin, 2009:185).

d) Suhu

Suhu tubuh yang normal adalah 36-37 derajat celsius. Bila suhu tubuh > 37 derajat celsius perlu diwaspadai adanya infeksi.

(Romauli, 2011:173).

3) Antropometri

a) Tinggi Badan (TB)

Tinggi badan kurang dari rata-rata merupakan faktor resiko bagi ibu hamil atau ibu bersalin, jika tinggi badan kurang dari 145 cm, kemungkinan sang ibu memiliki panggul sempit. Sering dijumpai pada ibu yang pendek, rongga panggulnya sempit. Ada juga ibu hamil yang pendek tapi rongga panggulnya normal. (Mandriawati, 2008:39).

b) Berat Badan (BB)

Penambahan berat badan secara 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 :180). Menurut Manuaba (2012:177) berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5 sampai 15 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar 0,5 kg per minggu.

Tabel 2.11
Rekomendasi penambahan berat badan berdasarkan indeks masa tubuh

kategori	IMT	Rekomendasi (kg)
Rendah	<19.8	12,5-18
Normal	19,8-26	11,5-16
Tinggi	26-29	7-11,5
Obesitas	>29	≥7
Gemeli		16-20,5

Sumber: Saifuddin, 2011: 180

c) LILA

Standar ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika lila kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah kurang energi kronis (KEK). (Jannah, 2012 : 136).

Selain itu merupakan indikator kuat status gizi ibu yang kurang/ buruk, sehingga beresiko untuk

melahirkan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR). Dengan demikian bila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan, petugas dapat memotivasi ibu agar lebih memperhatikan kesehatannya serta jumlah dan kualitas makanannya (Romauli, 2011).

4) Pemeriksaan fisik

a) Rambut

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

b) Muka

Tampak *cloasma gravidarum* pada wajah akibat dari pengaruh hormon kortikosteroid (Marmi, 2011:102). Edem pada muka atau edem pada seluruh tubuh merupakan salah satu tanda gejala adanya *preeklamsia*. (Saifuddin, 2010:543).

c) Mata

Bengkak atau tidak, (apabila kelopak mata sudah bengkak kemungkinan terjadi *preeklamsia* berat), konjungtiva merah muda atau pucat, sclera putih atau kuning. (Beaty, 2012:122).

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeklamsia (Romauli, 2011: 232).

d) Hidung

Simetris, ada pernafasan cuping hidung atau tidak, ada pembesaran polip atau tidak. (Beaty, 2012:56).

e) Mulut

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

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah. Karies gigi atau keropos menandakan ibu kekurangan kalsium. Kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi (Romauli, 2011: 174).

f) Leher

Normal apabila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran limfe, dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis. Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml akibat dari hyperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi. (Romauli, 2011:174).

g) Dada

Normal apabila tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada wezhing dan ronchi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada masa abnormal. (Romauli, 2011:174).

h) Payudara

Adanya hiperpigmentasi aerola, puting susu bersih dan menonjol. Pada minggu ke-12 kolostrum mulai keluar dari papilla mammae pada pasien multigravida yang telah mantap menyusui pada masa kehamilan sebelumnya. Wanita primigravida baru akan memproduksi kolostrum pada masa akhir kehamilan (Romauli, 2011:174).

i) Abdomen

Ada bekas opeerasi atau tidak, ada strie atau tidak, ada linea nigra atau ada linea alaba atau tidak. Gerakan menendang atau tendangan janin yang normal adalah 10 gerakan dalam 12 jam

(Saifuddin, 2010). Menurut (Fatimah, Nuryaningsih, 2017) yaitu : (1) Luka bekas operasi, (2) Tinggi Fundus Uteri (Jika >12 mnggu), (3) Letak, presentasi, posisi dan penurunan kepala (>36 minggu), (4) DJJ (jika >18 Minggu).

Bentuk simetris, bekas luka operasi, terdapat linea nigra, striae livide dan terdapat pembesaran abdomen (Romauli, 2011:174). Pada primigravida perut tegang, menonjol dan terdapat striae livide dan pada multigravida terdapat striae albikan (Manuaba, 2010:125).

j) Genetalia

Pada pemeriksaan genetalia dilakukan dengan mencari adanya lesi, eritema, perubahan warna, pembengkakan, ekskoreasi, dan memar. Pemeriksaan menyeluruh biasanya dilakukan dengan memisah labia mayora dan labia minora dengan perlahan menarik ujung klitoris (Marmi, 2014:170). Pemeriksaan alat genetalia eksterna terdiri dari inspeksi vulva untuk mengetahui pengeluaran cairan atau darah dari liang senggama, perlukaan pada vulva/labium mayus dan pertumbuhan abnormal (kondiloma akuminata, kista

bartolini, abses bartholini, fibroma labium mayus). Pada palpasi vulva akan teraba tumor pada vulva, teraba benjolan atau penebelan labium mayus, dan teraba pembengkakan kelenjar bartholini (Manuaba, 2012:537).

k) Anus

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi. Oleh karena itu, semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid. Progesteron dan menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Selain itu, pembesaran uterus mengakibatkan peningkatan tekanan, secara spesifik juga secara umum pada vena hemoroid (Varnei, et al 2007 : 539). Derajat hemoroid dibagi 4 yaitu:

Derajat 1: benjolan kecil, masuk sendiri dengan ibu disuruh seperti menahan BAB.

Derajat 2: benjolan besar, kita masukkan dan tidak keluar.

Derajat 3: benjolan besar, tidak bisa masuk sendiri, apabila dimasukkan keluar lagi.

Derajat 4: benjolan besar, disertai darah (Saifuddin, 2010).

l) Ekstermitas

Menurut Manuaba (2010:108), varises terjadi karena pengaruh estrogen dan progesteron, terutama bagi mereka yang mempunyai bakat. Varises terjadi dikaki dan betis. Pada ibu hamil TM III sering terjadi edem dependen, yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstermitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas kapiler, tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena kava inferior ketika berbaring. Jika edem muncul pada muka, tangan dan disertai proteinuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya pre-eklamsia (Marmi, 2011:136).

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 preeklamsia (Marmi, 2014). Bila tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon diketuk. Bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungki

merupakan tanda preeklamsia. (Romauli, 2011: 175).

5) Pemeriksaan khusus

a) Pemeriksaan Leopold

Pemeriksaan palpasi Leopold adalah suatu teknik pemeriksaan pada ibu hamil dengan cara perabaan yaitu merasakan bagian yang terdapat pada perut ibu hamil menggunakan tangan pemeriksa dalam posisi tertentu, atau memindahkan bagian-bagian tersebut dengan cara-cara tertentu menggunakan tingkat tekanan tertentu. Teori ini dikembangkan oleh Christian Gerhard Leopold. Pemeriksaan ini sebaiknya dilakukan setelah UK 24 minggu, ketika semua bagian janin sudah dapat diraba. Teknik pemeriksaan ini utamanya bertujuan untuk menentukan posisi dan letak janin pada uterus, dapat juga berguna untuk memastikan usia kehamilan ibu dan memperkirakan berat janin (Restiani, 2015: 36)

(1) Leopold I

a) Leopold 1 digunakan untuk menentukan usia kehamilan dan digunakan untuk mengetahui bagian janin apa yang ada di fundus (Rachmawati

dkk, 2008: 121). Tentukan pada bayi apa yang terdapat pada fundus. Sifat kepala adalah keras, bundar dan melenting. Bokong lunak, tidak melenting. Pada letak lintang fundus uteri kosong. Pemeriksaan tuanya kehamilan dari tingginya fundus uteri.(Manuaba, 2010:118).

Menurut Rachmawati dkk, 2008: 121 Langkah-langkah pemeriksaan Leopold I yaitu :

- b) Kaki pasien dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha
- c) Pemeriksa berdiri di sebelah kanan pasien dan melihat kearah muka penderita
- d) Rahim dibawa ketengah
- e) Tinggi fundus uteri ditentukan (Marmi, 2014: 167).
- f) Menurut Manuaba (2010: 120) menetapkan usia kehamilan berdasarkan hasil pemeriksaan palpasi Leopold I pada trimester III.

Tabel 2.12

TFU berdasarkan Leopold pada trimester III

Usia kehamilan	TFU
28 minggu	1/3 jari diatas 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 : 100



Gambar 2.9
Posisi leopod 1
Sumber: Manuaba, 2010: 118

(2) Leopod II

Tujuan : untuk menentukan dimana punggung anak dan bagian-bagian kecil janin. Untuk mengetahui bagian-bagian janin yang berada pada bagian samping kanan dan samping kiri uterus

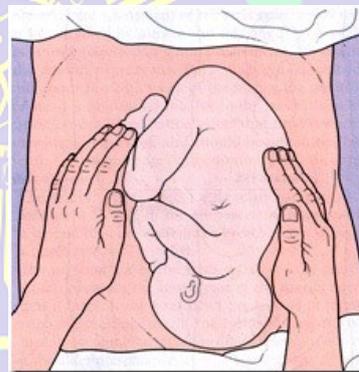
Langkah-langkah pemeriksaan leopod II yaitu :

- a) Kedua tangan pindah kesamping
- b) Tentukan dimana punggung anak. Punggung anak terdapat dipihak yang memberikan rintangan yang terbesar, carilah bagian-bagian terkecil yang biasanya terletak bertentangan dengan pihak yang memebri rintangan terbesar.

c) Kadang-kadang disamping terdapat keppala atau bokong ialah letak lintang. (Marmi, 2014 : 167-168).

Variasi Buddin : menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus, tangan yang lain meraba punggung janin (Manuaba, 2012: 254).

Variasi Ahfeld : menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di tengah perut (Manuaba, 2012: 254).



Gambar 2.10
Posisi leopod II
Sumber: Manuaba, 2010: 118

(3) Leopod III

Leopod III untuk menentukan apa yang terdapat dibagian bawah dan apakah bagian bawah anak ini sudah atau belum terpegang oleh Pintu Atas Panggul (PAP) (Marmi, 2014:168).

Tujuan : untuk mengetahui apa yang ada pada bagian bawah simpisis dan bagian bawah janin sudah terpegang oleh PAP (Pintu Atas Panggul) atau bisa digoyangkan.

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold III yaitu:

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



Gambar 2.11
Posisi leopod III
Sumber: Manaba, 2010: 119

(4) Leopod IV

Untuk mengkonfirmasi ulang bagian janin apa yang terdapat di bagian bawah perut ibu, serta untuk mengetahui seberapa jauh bagian bawah

janin telah memasuki pintu atas panggul
(Fatimah, 2017: 112)

Tujuan : guna menentukan bagian bawah dalam
rahim konvergen atau divergen.

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold IV yaitu:

- a) Pemeriksa mengubah sikapnya menjadi ke arah kaki klien
 - b) Dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi bagian bawah
 - c) Ditentukan apakah bagian bawah sudah masuk kedalam PAP dan seberapa masuknya bagian bawah kedalam rongga panggul.
 - d) Jika kita rapatkan kedua tangan pada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar.
- (Marmi, 2014: 168).



Gambar 2.12
Posisi Leopold IV
Sumber: Manuaba, 2010: 119

b) Penurunan bagian terbawah janin

Penurunan kepala dinilai dengan: 5/5 (seluruh bagian jari masih meraba kepala, kepala belum masuk PAP), 1/5 (teraba kepala 1 jari dari lima jari, bagian kepala yang sudah masuk 4 bagian), dan seterusnya sampai 0/5 (seluruh kepala sudah masuk PAP)

Berikut ini metode 5 jari (perlimaan) menurut Marmi (2011:149) dapat dilihat dalam tabel 2.11

Tabel 2.13
Penurunan kepala janin menurut sistim perlimaan

Perlimaan	Hodge	Keterangan
5/5 		Kepala di atas PAP mudah digerakkan
4/5 	HI-HII	Sulit di gerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
3/5 	HII-HIII	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
2/5 	HIII +	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
1/5 	H IV	Kepala di dasar panggul
0/5 	H IV	Di Perineum

Sumber: Marmi, 2011: 149

c) Pemeriksaan osborn tes

Tujuan pemeriksaan osborn tes adalah tes untuk mengetahui adanya DKR (Disposisi Kepala Panggul) pada ibu hamil. Prosedur pemeriksaan test osborn adalah sebagai berikut :

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

Apabila kepala mudah masuk tanpa halangan, maka hasil tes osborn adalah negatif (-). Apabila kepala tidak bisa masuk dan teraba tonjolan diatas simpisis, maka tonjolan diukur dengan 2 jari telunjuk dan jari tengah tangan kanan. Apabila tonjolan lebih dari 2 jari, maka hasil test osborn adalah (+). Apabila teraba tonjolan kurang dari 2 jari, maka hasil test osborn adalah ragu-ragu. Dengan pertambahan usia kehamilan, ukuran kepala diharapkan bisa menyesuaikan dengan ukuran panggul (moulase).

Cara lain apabila kepala tidak bisa masuk dan teraba tonjolan diatas simpisis, maka jari tengah diletakkan tepat diatas simpisis. Apabila telunjuk lebih rendah dari jari tengah, maka tes osborn adalah negatif (-). Apabila jari telunjuk dan jari tengah sejajar, maka hasil tes osborn adalah ragu-ragu. Apabila jari

telunjuk lebih tinggi dari jari tengah, maka hasil tes osborn adalah positif (+). (Yeyah, 2011: 355).

d) Tinggi fundus uteri

Menurut Mc. Donal dalam Manuaba, 2010:100 pemeriksaan Tinggi Fundus Uteri (TFU) dapat dilakukan dengan menggunakan pita pengukur, dengan cara memegang tanda nol-pita pada aspek superior simpisis pubis tengah uterus keujung atas fundus, sehingga dapat ditentukan TFU.

e) Menentukan usia kehamilan

Menurut Moctar, 2010:96 cara untuk menentukan usia kehamilan :

- (a) Ditambah 4,5 bulan dari waktu ibu merasa gerakan janin pertama kali "*feeling life*"

Menurut Mc. Donal adalah modifikasi cara *spiegelberg*, yaitu jarak-fundus simpisis dalam cm dibagi 3,5 merupakan usianya kehamilan dalam bulan.

- (b) Dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT) sampai dengan hari pemeriksaan, kemudian dijumlah dan dijadikan dalam hitungan minggu.

Ditambah 4,5 bulan dari waktu ibu merasa gerakan janin pertama kali “*feeling life*” (quickening)

Tabel 2.14
Usia kehamilan berdasarkan TFU pada pemeriksaan palpasi

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

Sumber: Manuaba dkk, 2010

f) Taksiran Berat janin (TBJ)

Tafsiran berat janin dianggap penting pada masa kehamilan untuk mengetahui berhubungan dengan meningkatnya risiko terjadinya komplikasi selama persalinan. Menurut Mochtar (2012) menurut rumusnya Johnson tausak adalah (tinggi fundus dalam cm-n) x 155= berat badan (g). Bila kepala di atas atau pada spina iskiadika maka n=12, dan bila kepala di bawah spina iskiadika maka n=11.

Tafsiran Berat Janin sesuai usia kehamilan trimester III menurut Manuaba (2010) .

Tabel 2.15
Tafsiran berat janin sesuai usia kehamilan trimester
III

Usia kehamilan (bulan)	Berat janin (gram)
7	1000
8	1800
9	2500
10	3000

Sumber: Manuaba dkk, 2010

g) Auskultasi

Jumlah denyut jantung janin normal antara 120 sampai 140 denyut permenit (Manuaba, 2012 : 116).

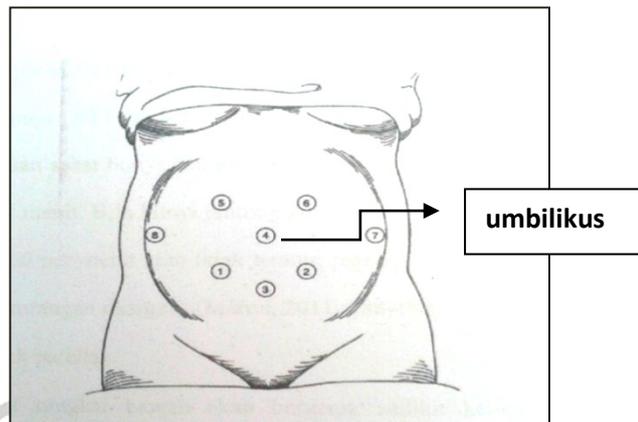
Menurut Marmi (2011:188-189) bila bunyi jaantung kurang dari 120 denyut per menit atau tidak teratur, maka janin dalam keadaan asfiksia (kekurangan oksigen).

Pemeriksaan secara auskultasi dapat digunakan untuk menghitung DJJ yaitu dengan interval 5 detik, ialah 5 detik pertama dihitung selama 5detik, kemudian dihitung lagi 5 detik kedua, berhenti dan dihitung 5 detik ketiga lalu dijumlahkan dan dikali 4. DJJ dinyatakan teratur jika denyut antara 5 detik pertama, kedua dan ketiga tidak lebih dari 12 denyutan (Marmi, 2011: 169). Kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan empat misalnya 5 detik pertama, 5 detik kedua, 5 detik dalam 1 menit adalah:

(a) (11-12-11) kesimpulan teratur, frekuensi 136 menit, DJJ normal.

(b) (8-7-8) kesimpulan tidak teratur, frekuensi 92 permenit, janin dalam keadaan asfeksia.

Pemeriksaan denyut jantung janin dapat menggunakan stetoskop Laennec untuk usia kehamilan 17-22 minggu, dengan USG (Ultrasonografi), dan dengan fetal Doppler sekitar minggu ke 12 kehamilan. Dengan stetoskop dapat didengar bermacam-macam bunyi berasal dari anak (bunyi jantung, bising tali pusat, gerakan anak), dari ibu (bising rahim, bunyi aorta, bising usus). Bunyi jantung anak baru dapat didengarkan pada akhir bulan kelima walaupun dengan ultrasound (dopton) sudah didengar pada akhir bulan ketiga. Bunyi jantung anak paling jelas terdengar di pihak punggung anak dekat pada kepala. Pada presentasi biasa (letak kepala), tempat ini di kiri atau kanan bawah pusat (Marmi, 2011). Mendengarkan denyut jantung janin meliputi frekuensi dan keteraturannya. DJJ dihitung selama 1 menit penuh. Jumlah DJJ normal antara 120 sampai 140x/menit (Romauli,2011).



Gambar 2.13
Letak Punctum Maksimum Setelah Minggu ke-26
Gestasi

Sumber: Wheeler, 2007

Keterangan:

Gambar ini untuk mencari letak DJJ, posisi umbilikus berada dipertengahan angka 3 dan 4. Posisi 1 dan 2 mula mula dengarkan di pertengahan kuadran bawah abdomen. Posisi 3 jika DJJ tidak ditemukan, dengarkan di pertengahan garis imajiner yang ditarik dari umbilikus sampai pertengahan puncak rambut pubis. 4 jika tidak ditemukan, dengarkan langsung di atas umbilikus. 5 dan 6 jika belum ditemukan, dengarkan dipertengahan kuadran atas abdomen. 7 dan 8 jika belum ditemukan, dengarkan 4 inci dari umbilikus, mendekati panggul.

h) 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 terpanjang antara dua tempat yang simetris pada krista illiaca sinistra dan dekstra.

Umumnya ukuran ini tidak penting, namun ukuran ini lebih kecil 2-3 cm dari angka normal sehingga dapat dicurigai adanya patologi panggul (Yulaikhah, 2008: 36).

(2) Distansia spinarum

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

(3) Ukuran lingkaran panggul

Dari pinggir atas simpisis ke pertengahan antara spina iliaca anterior superior dan trochanter major sepihak dan kembali melalui tempat-tempat yang sama dipihak yang lain (80-90 cm).

(4) Konjugata eksterna

Jarak antar pinggir atas simpisis dan ujung proxesus spinosus ruas tulang lumbal kelima (18-20 cm).

(Marmi, 2011: 171-176).

(5) Distansia tuberum

Jarak antara tuber ischii kanan dan kiri lebih kurang 10,5 cm. untuk mengukurnya dipakai *oscander*. Angka yang ditunjuk jangk harus ditambah 1,5 cm karena adanya jaringan subkutis antara tulang dan ujung jangk. Jika jarak ini kurang dari normal, dengan sendirinya arkus pubis lebih kecil dari 90° (Yulaikhah, 2008: 36).

Pemeriksaan ini digunakan untuk menentukan secara garis besar jenis, bentuk, dan ukuran panggul jika pelvimetri ronsen sulit dilakukan. Alat-alat yang digunakan adalah jangk panggul *marting*, *oscander*, *collin*, *boudeogue*, dan lain-lain (Yulaikhah, 2008: 36).

(b) Pemeriksaan panggul dalam

Menurut Marmi (2011:174-176) jarak minimal antara tulang kemaluan dengan promontorium yaitu 11 cm. Jika kurang, maka dikategorikan

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 pengungkuran panggul dalam ialah :

- (1) Apakah linea inominate teraba seluruhnya atau sebagian
- (2) Apakah os sacrum mempunyai inklinasi kedepan dan kebelakang
- (3) Apakah kedua spina isciadika menonjol atau tidak
- (4) Apakah sudut arcus pubis cukup luas atau tidak
- (5) Apakah promontorium teraba atau tidak
- (6) Apakah tidak ada tumor (eksotosel) pada permukaan belakang simpisis.

Periksa dalam adalah suatu prosedur pemeriksaan rongga panggul dan leher rahim yang dilakukan oleh bidan atau dokter kandungan. Sebagian perempuan merasakan ketidaknyamanan

dalam menjalani pemeriksaan ini. Periksa dalam dilakukan selama maksimal 30-45 detik. Periksa dalam dilakukan untuk mendiagnosis kehamilan. Jadi akan dilakukan pada ibu hamil yang pertama kali datang ke bidan atau dokter. Selanjutnya, pemeriksaan dalam akan dilakukan secara efektif menjelang persalinan. Periksa dalam dapat meraba kekakuan atau kelenturan leher rahim, pembukaan leher rahim, pembukaan leher rahim, keadaan ketuban, dan posisi kepala janin serta ukuran panggul. Pemeriksaan dalam dilakukan baik pada kehamilan muda maupun kehamilan tua. Pemeriksaan ini untuk mengetahui tanda hegar, tanda chadwick, dan tanda piskacek pada kehamilan muda yang ditunjukkan dengan adanya kontraksi braxton hicks, teraba ballotement, dan pembukaan serviks. (Sinsin, 2008: 45).

i) Pemeriksaan penunjang

a) Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan USG dilakukan secara rutin sebelum usia gestasi mencapai 20 minggu, yaitu untuk menentukan taksiran partus dan menentukan apakah terjadi gestasi multiple.

Selain untuk menentukan taksiran persalinan, pemeriksaan yang dilakukan pada minggu ke-14 dan ke-16 mengungkapkan hamper seluruh kehamilan kembar dan pemeriksaan pada minggu ke-18 sampai ke-20 memberi informasi tentang kelainan struktur pada bayi (Wheeler, 2008: 86)

Penentuan usia kehamilan dengan USG menggunakan beberapa cara yaitu :

- (1) Dengan mengukur jarak kepala-bokong groun rum length (GRL) untuk kehamilan 7-14 minggu.
- (2) Dengan mengukur diameter kantung kehamilan Gestational sec (GS) untuk kehamilan 0-12 minggu.
- (3) Dengan mengukur diameter biparietal (BPD) untuk kehamilan lebih dari 12 minggu (Romauli, 2011 : 72)

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

gerakan jantung janin. (Mochtar, 2011 : 45).

b) Laboratorium

Pemeriksaan ini meliputi haemoglobin, hitung trombosit, hematokrit, golongan darah, rhesus, waktu perdarahan, waktu pembekuan, glukosa darah (sewaktu), ureum, kreatin, SGOT, SGPT, HbsAG, dan urin lengkap. Fungsi pemeriksaan darah ini adalah untuk mengetahui ada tidaknya infeksi, dan sebagai data untuk membantu kelancaran persalinan. Dengan adanya tes ini dapat diketahui apakah ibu hamil berisiko perdarahan atau tidak dengan melihat waktu pembekuan darah (Sinsin, 2008: 46).

Urinalisis dilakukan pada setiap kunjungan untuk memastikan adanya abnormalitas. Hal lain yang dapat ditemukan pada urinalisis rutin antara lain :

- (1) Keton akibat pemecahan lemak untuk menyediakan glukosa, disebabkan oleh kurangnya pemenuhan kebutuhan janin yang dapat terjadi akibat muntah, hyperemesis, kelaparan, atau latihan fisik yang berlebihan.
- (2) Glikosa karena peningkatan sirkulasi darah, penurunan ambal ginjal atau penyakit. Reduksi

urine untuk mengetahui kadar glukosa dalam urine, dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan. Reduksi urin diperiksa dengan cara urine ditetesi fehling A dan B dengan perbandingan 1:2:2 kemudian di bakar.

Kriteria hasilnya :

Hijau jernih/biru : negative

Hijau keruh : positif 1/+

Hijau keruh, kekuningan (2-3,%) glikosa merah kekuningan, keruh/merah bata: 3,52% glukosa.

(3) Protein akibat kontaminasi oleh leukore vagina, atau penyakit seperti infeksi saluran perkemihan atau gangguann hipertensi pada kehamilan. Pemeriksaan urine dilakukan pada kunjungan pertama dan kunjungan trimester III. Urin dipeiksa dengan cara diibakar, dilihat warnanya, kemudian ditetesi asam asetat 2-3 tetes, lalu dilihat warna lagi.

Cara menilai hasilnya :

Tidak ada keruhan (-)

Ada keruhan ringan tanpa butir : (+)

Kekeruhan mudah terlihat dengan butir-butir : (++)

Kekeruhan jelas dengan berkeping=keping : (+++)

Sangat keruh berkeping-keping besar atau bergumpal

: (++++).

c) Pemeriksaan KSPR

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

1. Diagnosa kehamilan

Setelah ditentukan masalah dan masalah utamanya maka bidan merumuskannya dalam suatu pernyataan yang mencakup kondisi, masalah, penyebab dan prediksi terhadap kondisi tersebut. Prediksi yang dimaksud mencakup masalah potensial dan prognosa. Hasil dari perumusan masalah merupakan keputusan yang ditegakan oleh bidan yang disebut diagnosa kebidanan (Depkes RI No. 58,2010). dignosa : G1/>1 PAPIAH, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterine, sites bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki presentasi kepala atau bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan ibu dan janin baik. (Manuaba, 2012:123)

Dengan kemungkinan masalah : edema dependen, nokturia, hemmoroid, konstipasi, kram pada tungkai, sesak nafas, pusing, nyeri pinggang, varises, panas dan nyeri di ulu hati (*heart burn*), dan kecemasan menghadapi persalinan.

2. Perancangan

1. Dx: G....P....A...P....I....A....H.... usia kehamilan 28-40 minggu, janin tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus flesko, posisi puka/puki presentasi kepala atau bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan ibu dan janin baik (Fathma, 2014:88)

Tujuan : setelah dilakukan asuhan kebidanan, klien mengerti tentang penjelasan yang diberikan petugas. Ibu dan janin sehat, sejahtera sampai proses melahirkan.

KH :

- a) Keadaan umum baik
- b) kesadaran komposmentis
- c) tanda tanda vital TD : 100-130/90 mmHg, nadi 76-88 x/menit, suhu 36,5-37,5°C, RR : 16-24 x/menit.
- d) pemeriksaan laboartorium
- e) DJJ 120-160 x/menit, kuat. Irama teratur
- f) TFU sesuai dengan usia kehamilan
- g) situs bujur dan presentasi kepala

(Varney, *et al* 2007: 554-556)

Intervensi

a) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan.

R/ Apabila ibu mengerti keadaanya, ibu bisakoooperatif dengan tindakan yang diberikan

b) lakukan pemeriksaan kehamilan dengan standar 10 T

R/ pemeriksaan 10 T merupakan standar yang dapat mencakup dan mendeteksi secara dini adanya resiko dan komplikasi

c) Anjurkan klien agar memeriksakan kehamilannya secara rutin sesuai dengan usiakehamilannya.

R/ deteksi dini adanya kelainan, baik pada klien maupun janin.

d) Anjurkan pada klien untuk beristirahat dan mengurangi kerja berat.

R/ relaksasi otot sehingga aliran darah lancar.

e) Anjurkan ibu untuk tidur miring kiri dan kaki agak ditinggikan.

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

f) Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin terjadi pada kehamil trimester III.

R/ ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya

g) 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.

h) Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan

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

i) Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan.

R/ mengidentifikasi kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk mempersiapkan persalinan dan kemungkinan keadaan darurat. (Marmi, 2011: 128)

j) Anjurkan ibu kontrol ulang sesuai jadwal atau sewaktu-waktu jika ada keluhan.

R/ mengetahui perkembangan ibu dan janin (Marmi, 2011: 128)

2. Masalah 1 : sering berkemih/nokturia

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

Kriteria :

a) ibu BAK 7-8 x/hari terutama siang hari

b) infeksi saluran kencing tidak terjadi

Intervensi :

a) Jelaskan penyebab terjadinya sering kecing.

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

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

R/ Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih

c) anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK

R/ menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

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

R/ Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

(Marmi, 2011: 128)

3. Masalah 2 : sakit pinggang

Tujuan : setelah dilakukan asuhan kebidanan, diharapkan klien mengerti penyebab sakit pinggang.

KH : klien mengerti penjelasan petugas

Intervensi :

a) 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.

- b) Anjurkan klien untuk memakai sandal atau sepatu bertumit rendah.

R/ Hal ini akan mengurangi beban klien

- c) Anjurkan klien untuk istirahat yang cukup.

R/ Terjadi relaksasi sehingga aliran darah keseluruh tubuh lancar.

- d) jelaskan pada klien bahwa sakit pinggang akan menghilang setelah melahirkan.

R/dengan berakhirnya kehamilan, postur tubuh kembali seperti semula.

(Marmi, 2011: 128)

4. Masalah 3 : Konstipasi

Tujuan : Tidak terjadi konstipasi

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

Intervensi :

- a) Anjurkan ibu untuk membiasakan pola Bab teratur.

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

- b) Anjurkan ibu meningkatkan intake cairan, serat dalam diet.

R/ makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat, keras.

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

R/ dengan minum panas/dingin sehingga dapat merangsang BAB.

- d) 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. (Fhatma, 2013: 78)

5. Masalah 4 : Hemoroid

Tujuan : Hemoroid tidak terjadi atau tidak bertambah parah

Kriteria :

- a) BAB 1-2 x/hari, konsistensi lunak
- b) BAB tidak berdarah dan tidak nyeri

Intervensi :

- a) Anjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan tinggi serat untuk menghindari konstipasi.

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

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

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

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

R/ olahraga dapat memperlancar peredaran lancar termasuk sistem pencernaan.

- d) Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi.

R/ mengejan yang terlalusering akan memicu terjadinya hemoroid.

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

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

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

R/ kompres diperlukan untuk mengurangi hemoroid.

(Fhatma, 2013: 78)

6. Masalah 5 : Edema dependen

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi terhadap perubahan yang fisiologis

Kh : Setelah tidur/istirahat edema berkurang

Intervensi:

- a) 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 berbanng.

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

R/ Mengurangi tekanan pada vena cava inferior oleh pembesaran uterus yang akan memperberal edema.

c) Anjurkan pada Ibu untuk menghmdari berdiri terlalu lama.

R/ Meringankanpenekanan pda vena dalam panggul.

d) Anjurkan pada Ibu menghindari pakaian yang ketat.

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

e) Anjurkan pada Ibu menggunakan penyokong atau korset.

R/ Penggunaan penyokong atau korset pada abdomen maternal yung dapat melonggarkan tekanan pada vena-vena panggul. (Sulistyawati, 2011: 99)

7. Masalah 6 : Kram pada kaki

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

Kriteria :

a) Kram pada kaki berkurang.

b) ibu mampu mengatasi bila kram tungkai berkurang

Intervensi :

a) Jelaskan penyebab kram kaki.

R/ ibu mengerti penyebab kram pada kaki yaitu ketidak seimbangan rasio kalsium.

b) Anjurkan ibu untuk senam hamil teratur.

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

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

R/ sirkulasi darah ke jaringan lancar

- d) Minta ibu untuk tidak berdiri lama.

R/ mengurangi penekanan yang dialami pada kaki sehingga aliran darah lancar.

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

R/ otot bisa relaksasi sehingga kram berkurang.

- f) Anjurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor.

R/ konsumsi kalsium dan phosphor baik untuk kesehatan tulang.

(Sulistyawati, 2011: 99)

8. Masalah 7 : Nyeri punggung bawah.

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

Kriteria : Nyeri punggung berkurang.

Intervensi :

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

R/ menekuk kaki akan membuat kedua tungkai yang menompang berat badan dan merenggang, bukan punggung. Melebarkan kedua kaki dan menempatkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain akan memberikan jarak yang cukup saat bangkit dari posisi setengah jongkok.

- b) Hindari membungkuk berlebihan dan mengikat beban.

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

- c) Anjurkan tidur miring kiri dan perut diganjal bantal.

R/ mengurangi penekanan uterus pada ligamentum rotundum.

- d) Gunakan sepatu tumit rendah.

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

- e) Gunakan kasur yang menyokong dan posisikan badan dengan menggunakan bantal sebagai penganjal.

R/ kasur yang menyokong dan penggunaan bantal dapat meluruskan punggung serta meringankan tarikan dan rengangan.

(Sulistyawati, 2011: 100)

9. Masalah 8 : Varises

Tujuan : Tidak terjadi varises atau varises tidak bertambah parah.

Kriteria : Tidak terjadi varises

Intervensi menurut Sulistyawati, 2011: 100 :

a) Kenakan kaos kaki penyongkong.

R/ penggunaan kaos kaki penyongkon dapat meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan resiko terjadinya varises.

b) Hindari menggunakan pakaian ketat.

R/ pakaian ketat dapat menghambat aliran balik vena

c) Hindari berdiri lama dan tidak menyilang saat duduk.

R/ meningkatkan aliran balikvena dan menurunkan resiko terjadinya varises.

d) Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur.

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

e) Kenakan penyongkong abdomen maternal atau korset.

R/ penggunaan korset dapat mengurangi tekanan pada vena panggul.

10. Masalah 9 : kecemasan menghadapi persalinan

Tujuan : kecemasan berkurang

Kriteria :

a) ibu tampak tenang dan rileks

b) ibu tampak tersenyum

c) suami dan keluarga memberikan dukungan.

Intervensi menurut Varney, *et al* (2007:503-504).

- a) jelaskan pada ibu tentang hal-hal yang dapat menyebabkan kecemasan.

R/ ibu mengerti penyebab kecemasan menjelang persalinan adalah ahl yang normal.

- b) Anjurkan ibu mandi air hangat.

R/ selain memperlancar sirkulasi darah, juga memberikan rasa nyaman

- c) Anjurkan ibu melaksanakan relaksasi progresif.

R/ relaksasi dapat mengurangi masalah-masalah psikologis seperti halnya rasa cemas menjelang persalinan

11. Masalah 10: sesak nafas

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

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

Intervensi Menurut Varney *et al* (2008) :

- 1) Jelaskan pada ibu penyebab sesak nafas

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

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

R/ Menghindari penekanan diafragma.

- 3) Anjurkan ibu senam hamil teratur.

R/ Merelaksasi otot-otot.

4) Anjurkan ibu menghindari kerja keras.

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

5) Anjurkan ibu berdiri merengangkan lengannya di atas kepala.

R/ Perengangan tulang meringankan penarikan nafas.

12. Masalah 12: nyeri uluh hati

Tujuan : Tidak terjadi *hearth burn*

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

Intervensi Menurut Benson *et al* (2013) :

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

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

2) Anjurkan ibu makan dengan porsi sedikit tapi sering.

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

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

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

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

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

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

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

- 6) Hindari minum selain minum air putih.

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

- 7) Tidur dengan kaki ditinggikan.

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

- 8) Berikan antasida

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

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

R/ Mengendorkan otot perut dan dada

10) Anjurkan ibu untuk duduk tegak

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

3. Pelaksanaan tindakan

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kemenkes RI, No:132,2007:6).

4. Implementasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI nomor 938/Menkes/SK/VII/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 keluarga

3. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based
 4. Melibatkan klien/pasien
 5. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
 6. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
 7. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
 8. Melakukan tindakan sesuai standar
 9. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan
 10. Menjaga privasi klien/pasien
5. Evaluasi
- Menurut keputusan menteri kesehatan RI nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar asuhan kebidanan. Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria :

1. penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
2. hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga
3. evaluasi dilakukan sesuai dengan standar

4. hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

6. Dokumentasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI nomor 938/Menkes/SK/VII/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. di tulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

S : adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa

O : adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : adalah hasil ananlisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

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

secara komprehensif : penyuluhan, dukungan. Kolaborasi,

evaluas *follow up* dan rujukan.

2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Persalinan

A. Pengkajian Data

Pengkajian Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien . untuk memperoleh data dilakukan melalui anamnesis sebagai berikut:

1. Data Subyektif

a. Identitas

1) Nama

Selain sebagai identitas, upayakan bidan memanggil dengan nama panggilan sehingga hubungan komunikasi antara bidan dan pasien menjadi lebih akrab. (Sulistyawati dkk.2010:220).

2) Umur

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

3) Agama

Sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga dan pada saat persalinan. (Wiknjosatro, 2005:23).

4) Pendidikan terakhir

Sebagai dasar bidan untuk menentukan metode yang paling tepat dalam penyampaian informasi mengenai teknik melahirkan bayi. Tingkat pendidikan ini akan sangat mempengaruhi daya tangkap dan tangkap pasien terhadap instruksi yang di berikan bidan pada saat persalinan. (Wiknjosatro, 2005:23).

5) Pekerjaan

Data ini menggambarkan tingkat sosial ekonomi, pola sosialisasi, dan data pendukung dalam menentukan pola komunikasi yang akan dipilih selama asuhan. (Wiknjosatro, 2005:23).

6) Suku dan bangsa.

Data ini berhubungan dengan sosial budaya yang di anut oleh pasien dan keluarga yang berkaitan dengan persalinan. (Sulistyawati dkk.2010:221).

7) Alamat

Selain sebagai data mengenai distribusi lokasi pasien, data ini juga memberi gambaran mengenai jarak dan Waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalinan. ini mungkin berkaitan

dengan keluhan terakhir tanda persalinan yang disampaikan dengan patokan saat terakhir sebelum berangkat ke lokasi persalinan. (Sulistiyawati dkk.2010:221).

b. Keluhan utama

Tanda-tanda persalinan adalah:

1) Terjadinya his persalinan.

His persalinan mempunyai ciri khas pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks, makin beraktivitas (jalan) makin bertambah. Pengeluaran lendir dan darah (pembawa tanda). Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan. Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

2) Pengeluaran cairan.

Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam. (Manuaba. 2012:715).

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

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

c. Riwayat menstruasi

- 1) Menarche adalah terjadinya haid yang pertama kali.

Menarche terjadi pada usia pubertas, yaitu 12 -16 tahun, rata-rata 12,5 tahun.

- 2) Siklus haid

Siklus haid yang klasik adalah 28 hari 32 hari, sedangkan pola haid dan lamanya perdarahan tergantung pada tipe

wanita dan biasanya 3-8 hari . (3) Hari pertama haid terakhir HPHT dapat dijabarkan untuk memperhitungkan

tanggal tafsiran persalinan. Bila siklus haid :128 hari,

rumus yang dipakai adalah rumus neagele yaitu hari + 7,

bulan -3, tahun + 1 (Marmi. 2011 : 123).

d. Riwayat kehamilan yang lalu

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

e. Riwayat persalinan yang lalu

Infomasi esensial tentang persalinan terdahulu mencakup tipe persalinan apakah spontan, forsep, ekstrasi vakum, atau bedah mar. lama persalinan, penolong persalinan. aterm atau premature. berat lahir, jenis kelamin serta komplikasi-komplikasi yang menyertai persalinan (Manni, 2011:158).

f. Riwayat nifas yang lalu

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

g. Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang

Jadwal pemeriksaan hamil yaitu, kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan yaitu; satu kali

pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua, dua kali pada trimester ketiga. (Manuaba, 2010: 173).

Program pemerintah untuk mengurangi kasus kesakitan maternal dan AKI adalah peningkatan pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA) utamanya pelayanan antenatal care (ANC) terintegritas meliputi timbang berat badan dan ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, nilai status gizi (ukur lingkaran lengan atas/LILA), ukur tinggi fundus uteri, menentukan presentase janin dan denyut jantung janin (DJJ), skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT), beri tablet tambah darah (tablet besi), periksa laboratorium (rutin dan khusus yang meliputi pemeriksaan golongan darah, kadar hemoglobin darah (HB), protein urine, gula darah, darah malaria, tes sifilis, HIV, dan BTA, tatalaksana atau penanganan khusus, temu wicara/konseling meliputi kesehatan ibu, perilaku hidup bersih dan sehat, peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tanda bahaya pada kehamilan, persalinan, dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi, asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, penawaran untuk melakukan tes HIV dan konseling di daerah Epidemik meluas dan terkonsentrasi atau ibu hamil dengan IMS dan TB di daerah epidemic rendah, inisiasi menyusui dini (IMD) dan pemberian ASI Eksklusif, KB pascapersalinan, imunisasi serta peningkatan

kesehatan intelegensia pada kehamilan (brainbooster) (KepMenkes RI, 2015: 8).

Lama kala I primigravida 12 jam, multigravida 8 jam. Pembukaan primigravida] cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Lama kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit. Kala III untuk primigravida 30 menit dan multigravida 15 menit. Lama kala IV 2 jam (Manuaba, 2010: 173).

h. Riwayat keluarga berencana

Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi Estimated Date of Delivery (EDD) dan karena penggunaan metode lain dapat membantu “menanggali kehamilan”. Riwayat penggunaan IUD terdahulu meningkatkan risiko kehamilan ektopik, dan tanyakan kepada klien lamanya pemakaian alat kontrasepsi dan jenis kontrasepsi yang digunakan serta keluhan yang dirasakan (Marmi, 201 1:158).

i. Riwayat kesehatan yang lalu

1) Hipertensi

Ibu penyakit hipertensi, janin bertumbuh kurang wajar (dismaturitas), dilahirkan premature atau mati dalam kandungan.

Sering pula terjadi solusio plasenta yang mempunyai akibat buruk, baik bagi ibu maupun anak. Angka kematian anak kira-kira 20% (Wiknjosastro,2005:446).

2) Penyakit Jantung

Perubahan fisiologi terjadinya peningkatan volume darah dan peningkatan frekuensi denyut jantung menyebabkan peningkatan serambi kiri jantung yang mengakibatkan edema pada paru. Edema paru merupakan gejala pertama dari mitral stenosis, terutama terjadi pada pasien yang telah mengalami antrialis fibrilasi. Terjadi peningkatan keluhan nafas pendek yang progresif. Penambahan volume darah kedalam sirkulasi sistemik/ autotransfusi sewaktu his atau kontraksi uterus menyebabkan bahaya saat melahirkan (Saifuddin, 2009: 769).

Menurut Manuaba (2012:333) stadium penyakit jantung terbagi dalam empat stadium, yaitu :

- 1) Klas I : Tanpa gejala pada kegiatan biasa, tanpa batas gerak biasa.
- 2) Klas II : Waktu istirahat tidak terdapat gejala, gerak fisik terbatas, gejala payah jantung (cepat lelah, palpitasi, sesak nafas, nyeri dada, edema tungkai/tangan).
- 3) Klas III : Gerakan sangat terbatas karena gerak yang minimal saja telah menimbulkan gejala payah jantung.
- 4) Klas IV : Dalam keadaan istirahat sudah terjadi gejala payah jantung. Persalinan pervaginam diperbolehkan pada ibu dengan penyakit jantung klas 1 dan II.

3) Asma

Pengawasan hamil dan pertolongan persalinan dapat berlangsung biasa. kecuali terdapat indikasi pertolongan persalinan dengan tindakan operasi (Manuaba,2010 : 36).

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,2010:240).

5) Gonore

Infeksi gonore selama kehamilan telah diisolasi dengan pelpic inflammatory disease (PID). Pada tahap lanjut, neisseria gonorrhoeae diisolasi dengan ruptur membrane yang premature, kelahiran premature, korioamnionitis, dan infeksi pascapersalinan. Konjungtivogonokokal (ophthalmia neonatorum), manifestasi tersering dari infeksi prenatal, umumnya ditransmisikan selama proses persalinan (Saifuddin, 2011: 925).

6) Diabetes mellitus

Pada persalinan yang memerlukan tenaga ibu dan kerja rahim akan memerlukan glukosa banyak, maka bisa terjadi hipoglikemia atau koma (Mochtar, 2011 : 124).

j. Riwayat Kesehatan Sekarang

Penyakit yang dapat mempengaruhi persalinan yaitu :

1) Anemia dalam kehamilan memberi pengaruh kurang bagi ibu, baik dalam kehamilan, persalinan maupun nifas dan masa selanjutnya. Berbagai penyulit dapat timbul akibat anemia, seperti abonus, partus prematurus partus lama akibat inersia uteri, perdarahan pasca salin karena atonia uteri, syok, infeksi intrapartum maupun pasca salin, anemia yang sangat berat dengan Hb < 4 g% dapat menyebabkan dekompensasi kardis (Wiknjosastro, 2005:450). Kadar Hb normal adalah 13 g% (Manuaba, 2010:239).

2) Bayi yang dilahirkan dari ibu penderita gonore dapat menderita konjungtivitis, gonore neonatorum atau disebut juga blenore neonatorum (Wiknjosastro, 2005:407).

3) Bahaya varices dalam persalinan, baik di vulva/vagina maupun yang ditungkai ialah kemungkinan pecahnya pembuluh darah. Selain bahaya perdarahan yang mungkin berakibat fatal, dapat pula terjadi emboli udara (Wiknjosastro, 2005:407).

k. Riwayat kesehatan keluarga

Informasi tentang keluarga klien penting untuk mengidentifikasi wanita yang berisiko menderita penyakit genetik yang dapat memengaruhi hasil akhir kehamilan atau berisiko memiliki bayi yang menderita penyakit genetik. Informasi ini juga dapat mengidentifikasi latar belakang ras atau etnik yang diperlukan untuk melakukan pendekatan berdasarkan pertimbangan

budaya atau untuk mengetahui penyakit organik yang memiliki komponen hereditas (Marini, 2011: 160). Kejadian kehamilan ganda dipengaruhi salah satunya oleh faktor genetik atau keturunan (Saifuddin, 2009:311).

1. Pola kehidupan sehari-hari

1) Nutrisi

Status nutrisi seorang wanita memiliki efek samping langsung pada pertumbuhan dan perkembangan janin dan wanita memiliki motivasi tinggi untuk mempelajari gizi yang baik. Jumlah tambahan kalori yang dibutuhkan pada ibu hamil adalah 300kthari dengan komposisi menu seimbang (cukup mengandung karbohidrat, protein, lemak, mineral, air). Adanya his berpengaruh terhadap keinginan atau selera makan yang menurun (Marmi.201 1:126).

2) Eliminasi

Kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terendah janin, sehingga diharapkan ibu dapat sesering mungkin untuk BAK. Apabila ibu elum BAB kemungkinan akan dikeluarkan saat persalinan. yang dapat mengganggu bila bersamaan dengan keluarnya kepala bayi (Marmi,2011:126-127).

3) Personal hygiene

Kebersihan tubuh senantiasa dijaga kebersihannya. Baju hendaknya yang longgar dan mudah dipakai, sepatu atau alas kaki yang bertumit tinggi tidak dipakai lagi (Mami, 2011: 126).

m. Riwayat seksual

Sampai saat ini belum membuktikan dengan pasti bahwa coitus dan orgasme dikoordinasikan selama masa hamil untuk wanita yang sehat secara medis dan memiliki kondisi obstetrik yang prima. Akan tetapi, riwayat abortus spontan atau ancaman abortus lebih 1 kali, keguguran yang nyaris terjadi pada trimester ke dua, ketuban pecah dini, perdarahan atau sakit perut pada kehamilan trimester ke tiga merupakan peringatan untuk tidak melakukan coitus dan orgasme (Marmi, 2011 : 128).

n. Aktivitas

Norma-norma yang mengatur aktivitas fisik sangat bervariasi. Mereka takut kehilangan fisik yang fit selama periode mereka terpaksa mengurangi kegiatan. Wanita yang biasanya tidak berolahraga harus memenuhi kegiatan fisik dan intensitasnya rendah dan meningkatkan aktivitas secara teratur. Pada kala I apabila kepala janin telah masuk sebagian ke dalam PAP serta ketuban pecah, klien dianjurkan duduk atau berjalan-jalan disekitar ruangan atau kamar bersalin. Pada kala II kepala janin sudah masuk rongga PAP klien dalam posisi miring kanan atau kiri.

Klien dapat tidur terlentang, miring kanan atau kiri tergantung pada letak punggung anak, klien sulit tidur terutama pada kala I-IV (Marmii, 2011:128).

o. Riwayat ketergantungan

1) Merokok

Kebanyakan wanita mengetahui bahwa mereka tidak boleh merokok pada masa kehamilan meskipun mereka tidak mengetahui bahaya yang sebenarnya. Wanita yang merokok pada masa kehamilan pertama dan melahirkan bayi sehat mungkin tidak percaya bahwa merokok membawa resiko (Marmi, 2011:156).

2) Alkohol

Masalah signifikan yang ditimbulkan oleh anak-anak yang mengalami sindrom alkohol janin dan gangguan perkembangan saraf terkait-alkohol membuat klinis wajib menanyakan asupan alkohol dan mengingatkan wanita efek potensial alkohol jangka panjang pada bayi yang dikandungnya (Marmii, 2011:156).

3) Obat terlarang

Mengidentifikasi penggunaan obat pada masa hamil sangat penting. Membantu wanita yang ingin berhenti merokok, mengidentifikasi janin dan bayi beresiko. Wanita yang menggunakan obat-obatan terlarang, akan menyebabkan

keterlambatan perkembangan janin, retardasi mental atau bahkan kematian (Marmi, 2011 : 156)

p. Psikososial Dan Spiritual

- 1) Mood yang berubah ubah sering terjadi dan dorongan energi juga dapat di alami (Fraser dkk, 2009:453).
- 2) Sebagian mungkin memandang kontraksi yang dialami sebagai kekuatan positif yang memotifasi dan memberikan kehidupan. Sebagian lain mungkin merasakan kontraksi ini sebagai rasa nyeri dan melawan kontraksi tersebut (Fraser dkk,2009:453).
- 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 (Fraser dkk, 2009:453)
- 4) Ibu dapat merasa cemas membayangkan bahwa melahirkan seorang anak akan terasa sangat sakit dan khawatir tentang kemampuannya mengendalikan rasa nyeri (Fraser dkk, 2009:453).
- 5) Sejalan dengan kemajuan persalinan, ibu dapat merasa kurang percaya diri terhadap kemampuan kopingnya

menghadapi sifat kontraksi yang sangat kuat yang mengendalikan tubuhnya (Fraser: dkk. 2009:453)

q. Riwayat sosial dan budaya

Sosial budaya di Indonesia yang mengutamakan bapak dibandingkan ibu. sebagai contoh dalam hal makanan. bapak didahulukan untuk mendapatkan makanan yang bergizi sedangkan bagian yang tertinggal ditbenkan kepada Ibu. sehingga gizi untuk ibu selama masa hamil kurang hal tersebut berakibat pada tingginya angka anemia (Eny. 2010: 11).

Menurut Sulistyawati (2012) yang kita kaji antara lain :

1. Respon ibu terhadap kehamilan ini

Dalam mengkaji data ini kita dapat menanyakan langsung pada pasien bagaimana perasaannya terhadap kehamilannya.

2. Respon ayah terhadap kehamilan ini

Data mengenai respon ayah ini sangat penting karena dapat dijadikan sebagai satu acuan mengenai bagaimana pola kita dalam memberikan asuhan kepada pasien.

3. Adat istiadat setempat yang berkaitan dengan masa hamil.

Hal penting yang biasanya mereka anut berkaitan dengan masa hamil yaitu pantangan makan yang berasal dari telur, daging, ikan karena dipercaya akan menyebabkan kelainan janin. Adat ini akan sangat merugikan pasien dan janin karena hal tersebut justru akan membuat pertumbuhan janin tidak optimal.

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

1) Keadaan umum

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

1) Baik

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

2) Lemah

Pasien dimasukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan sendiri (Sulistyawati, 2011:174-175).

2) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan kompos mentis (kesadaran normal/sepenuhnya),

samnolens (kesadaran menurun, psikomotor yang lambat dan mudah tertidur namun masih dapat pulih apabila dirangsang), apatis (pasien tampak segan! acuh untuk berhubungan dengan lingkungan), sopor comatis (keadaan seperti tertidur lelap tetapi ada respon terhadap nyeri), coma (pasien tidak dalam keadaan sadar, tidak ada respon dan tidak bisa dibangunkan) (Sulistiyawati, 2011:175).

3) 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 di awal kontraksi tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari (Vamey, et al 2007:686).

Diukur untuk mengetahui preeklamsia, yaitu bila tekanan darahnya lebih dari 140 atau 90 mmHg (Marmi, 2011 : 129).

2) Nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi diantara kontraksi dan

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

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 parameter lain harus dicek. Pada kasus ketuban pecah dini, peningkatan suhu dapat mengndikasikan infeksi dan tidak dapat dianggap normal pada kondisi ini (Vamey, et al. 2007: 687). Suhu tubuh normal 36 37.5 oC (Mamli. 2011 : 130).

4) Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan, dan mencerminkan

peningkatan metabolisme yang terjadi (Vamey, et al. 2007:687). Untuk niengetahui fungsi system pernafasan, normalnya 16-24x/menit (Manni.2011 : 130).

4) Antopometri

1) TB (Tinggi Badan)

Tubuh yang pendek dapat menjadi indikator gangguan genetik. Tinggi badan harus diukur pada saat kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah >145 cm (Marmi, 2011:163).

2) BB (Berat Badan)

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian payudara, volume darah, dan cairan ekstraselular. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg. Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0.4 kg, sementara pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing sebesar 0.5 kg dan 0.3 kg (Saifuddin, 2011:180). Kenaikan berat badan $> 0,57$ kg/minggu merupakan faktor risiko timbulnya preeklampsia (Saifuddin, 2010:532).

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: 136). Selain itu merupakan indikator kuat status gizi ibu yang kurang] buruk, sehingga beresiko untuk melahirkan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR). Dengan demikian bila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan, petugas dapat memotivasi ibu agar lebih memperhatikan kesehatannya serta jumlah dan kualitas makanannya (Romauli, 2011:173).

5) Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Apakah rambut bersih, mudah rontok atau tidak, terdapat benjolan atau tidak, terdapat nyeri tekan atau tidak, apakah wajah terdapat cloasma gravidarum atau tidak

2) Muka

Apakah ada odema atau tidak, sianosis atau tidak

3) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal wama merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, 'bila kuning menandakan ibu mungkin

terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre eklamsia (Romauli, 2011:174).

4) Hidung

Bersih atau tidak, ada sekret atau tidak, terdapat cuping hidung atau tidak

5) Mulut dan gigi

Wanita yang bersalin biasanya mengeluarkan bau napas yang tidak sedap, mulut kering, bibir kering atau pecah-pecah, tenggorokan nyeri dan gigi berjigong, terutama jika ibu bersalin selama berjam-jam tanpa mendapat cairan oral dan perawatan mulut (Vamey, et al. 2007:719).

6) Telinga

Simetris atau tidak, terdapat serumen atau tidak

7) Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi (Saifuddin,2009:186).

Kelenjar limfe yang membengkak merupakan salah satu gejala klinis infeksi toksoplasmosis pada ibu hamil. pengaruhnya terhadap kehamilan dapat memmbulkan

keguguran, persalinan prematuritas dan cacat bawaan (Manuaba, 2012 : 340).

8) Payudara

Menjelang persalinan perlu dilakukan pemeriksaan terhadap kondisi puting ibu misalnya kolostrum kering atau berkerak, muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam mengeluarkan putiang yang rata atau inversi pada wanita yang merencanakan untuk menyusui (Vamey, et al . 2007: 1051).

9) Abdomen

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

10) Genetalia

(1)Vulva dan vagina

Bersih atau tidak, odema atau tidak, ada flour albus atau tidak, ada pembesaran kelenjar skene dan kelenjar bartholini atau tidak, ada condilomatalata atau tidak, ada condiloma acuminate atau tidak, kemerahan atau tidak (Marmi, 2011 : 131).

(2)Perineum

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

11) Anus

Kemajuan kepala janin menjelang persalinan akan menyebabkan penonjolan pada rektum (Varney, et al. 2007:753).

i) Ekstremitas

Terutama pemeriksaan reflek lutut. Reflek lutut negatif pada hipovitaminose dan penyakit urat saraf (Marmi, 2012: 163). Edema ekstremitas merupakan tanda klasik preeklampsia, bidan harus memeriksa dan mengevaluasi pada pergelangan kaki, area pretibia, atau jari. Edema pada kaki dan pergelangan kaki biasanya merupakan edema dependen yang disebabkan oleh penurunan aliran darah vena akibat uterus yang membesar (Varney, et al. 2007:693).

6) Pemeriksaan khusus

1) Palpasi

Palpasi atau periksa raba yaitu untuk menentukan besarnya rahim, menentukan tuanya kehamilan, menentukan letak janin, serta memastikan tidak ada tumor, kista myoma didalam rongga perut. (Fhatma, 2013: 90).

Pemeriksaan palpasi Leopold adalah suatu teknik pemeriksaan pada ibu hamil dengan cara perabaan yaitu merasakan bagian yang terdapat pada perut ibu hamil menggunakan tangan pemeriksa dalam posisi tertentu, atau memindahkan bagian-bagian tersebut dengan cara-cara tertentu menggunakan tingkat tekanan tertentu. Teori ini dikembangkan oleh Christian Gerhard Leopold. Pemeriksaan ini sebaiknya dilakukan setelah UK 24 minggu, ketika semua bagian janin sudah dapat diraba. Teknik pemeriksaan ini utamanya bertujuan untuk menentukan posisi dan letak janin pada uterus. (Fhatma, 2013: 90).

2) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

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

Tabel 2.16

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	29,5-39 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 diatas simfisis

Sumber: Mochtar, Rustam: 2011: 41

3) Cara mentukan TBJ (Tafsiran Berat Janin)

Menurut Jannah (2012:85) untuk mengukur TBJ dalam gram, perlu diketahui kepala sudah masuk pintu atas panggul atau belum. Rumusnya: $TBJ = (TFU \text{ dalam cm} - n) \times 155 = \dots\dots\dots \text{ gram}$

Keterangan : n = posisi kepala masih di atas spina ischiadika atau bawah. bila di atas (-12) dan bila di bawah (-1 1).

4) Auskultasi

Jumlah denyut jantung janin normal antara 120 sampai 160 denyut permenit (Manuaba, 2010: 116). Bila bunyi janmng kurang dari 120 per menit atau lebih dari 160 per menit atau tidak teratur, maka janin dalam keadaan astiksia (kekurangan oksigen) (Marmi, 2011:188-189). Selama kala satu persalinan denyut jantung janin (DJJ) harus dievaluasi segera setelah sebuah kontraksi paling tidak setiap 30 menit dan setiap 15 menit selama kala dua untuk wanita dengan kehamilan risiko evaluasi auskultasi dilakukan paling tidak 15 menit selama kala satu dan 5 menit selama kala dua (Lenovo, 2009:147).

Cara menghitung bunyi jantung ialah dengan mendengarkan 3 kali 5 detik. Kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan empat, misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga, dan 5 detik kelima dalam satu menit adalah :

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

(2) (10-14-9) kesimpulannya tak teratur, frekuensi 132 permenit, janin dalam keadaan asfiksia.

(3) (8-7-8) kesimpulannya teratur, frekuensi 92 permenit, janin dalam keadaan asfiksia. Jadi, kesimpulannya Interl DJJ antara 5 detik pertama, ketiga, dan kelima dalam I menit tidak boleh lebih dari 2.

(Lenovo, 2009:147).

5) His

His kala II, His semakin kuat dengan Interval 2-3 menit. dengan durasi 50-100 detik (Manuaba. 2010: I73) Adanya his dalam persalinan dapat dibedakan sebagai berikut :

1) Kala I

Kala satu persalman dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus mula: kuat, dan teratur (frekuensi dan kekuatannya) dan pembukaan serviks hingga mencapai pembuka lengkap (10 cm) (Marmi, 20H : 65). Kala satu persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif (Sumarni, 2009:15).

2) Kala II

Pada kala II his menjadi lebih kuat dan lebih cepat, kira-kira 2 sampai 3 menit sekali. Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut dengan kala pengeluaran bayi (Sumarni, 2009:15).

3) Kala III

Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontak lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya (Sumarni, 2009:15). Kala III merupakan kala pengeluaran uriatau pengeluaran plasenta (Marmi, 2011 :70).

4) Kala IV

Persalinan kala empat dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu (Marmi, 2011 : 295). Kontraksi lemah, masih sedikit nyeri (merain), pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari (Mochtar, 2011 :65).

6) Pemeriksan Dalam

Pemeriksaan dalam atau vaginal toucher (VT) sebaiknya dilakukan setiap 4 jam selama kala I persalinan dan setelah

selaput ketuban pecah, catat pada jam berapa diperiksa, oleh siapa dan sudah pembukaan beberapa, dengan VT dan diketahui juga efecement, konistensi, keadaan ketuban, presentasi, denominator dan hodge. Pemeriksaan dalam dilakukan atas indikasi:

- 1) Ketuban pecah sedangkan bagian depan masih tinggi
- 2) Apabila kita mengharapkan pembukaan lengkap
- 3) Untuk menyelesaikan persalinan (Marmi. 2011:133).

Menurut Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan normal 2008 yang perlu dilakukan dalam pemeriksaan dalam adalah :

(a) Memeriksa genetalia eksterna, memerhatikan ada tidaknya luka atau massa (benjolan) termasuk kodiloma, varikosis vulva atau rektum, atau luka parut di perineum.

(b) Menilai cairan vagina dan menentukan bercak darah, perdarahan pervaginam atau mekonium :

(1) Jika ada perdarahan pervaginam dilarang melakukan pemeriksaan dalam.

(2) Jika ketuban sudah pecah. perhatikan warna dan bau air ketuban. Melihat pewarnaan mekonium, kekentalan dan pemeriksaan DJJ .

(3) Jika mekonium encer dan DJJ normal, meneruskan memantau DJJ dengan seksama menurut petunjuk partograf.

(4) Jika mekonium kental, menilai DJJ dan merujuk.

(5) Jika tercium bau busuk, mungkin telah terjadi tanda infeksi.

(6) Jika ketuban belum pecah jangan melakukan amniotomi.

(c) Adanya luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekaan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya. Hal ini merupakan informasi penting untuk menentukan tindakan pada saat kelahiran bayi.

(d) Menilai pembukuan dan pempisan serviks.

(e) Memastikan tali pusat dan/ atau bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba pada saat melakukan pemeriksaan dalam.

(f) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menemukan bagian yang masuk ke dalam rongga panggul. Bagian-bagian hodge menurut Marmi, 2010: 70 yaitu

1. Bidang Hodge I: bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simfisis dan promontorium.
2. Bidang Hodge II: bidang ini sejajar dengan bidang Hodge I terletak setinggi bagian bawah simfisis.
3. Bidang Hodge III: bidang ini sejajar dengan bidang Hodge I dan II, terletak setinggi spina iskiadika kanan dan kiri.
4. Bidang Hodge IV: bidang ini sejajar dengan bidang Hodge I, II, dan III, terletak setinggi os koksigeus.

(g) Jika bagian terbawah kepala, memastikan penumuknya (ubun-ubun kecil, uhun-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.

7) Pemeriksaan Panggul

Dalam pemeriksaan panggul yang perlu diperhatikan adalah bentuk dan ukuran panggul, untuk ukuran perlu diperhatikan hal berikut:

- 1) Bila promontorium teraba pada pemeriksaan dalam. berarti ada kesempitan panggul
- 2) Normal linea inominata teraba dalam pemeriksaan dalam. lulu teraba sebagian atau keseluruhan berarti ada kesempitan panggul
- 3) Spina ischiudika normal. tidak menonjol ke dalam. Bila menonjol berarti ada kesempitan panggul
- 4) Sudut arcus pubis $> 90^\circ$. bila kurang berarti ada kesempitan panggul
- 5) Keadaan dasar panggul apakah kaku, tebal atau elastis. (Wiknjosastro 2005:44-45)

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

8) Pemeriksaan Penunjang

- 1) Pemeriksaan darah
 - (a) Haemoglobin (Hb)

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

Hb 11 g% : tidak anemia

Hb 9-10 g% : anemia ringan

Hb 7-8 g% : anemia sedang

Hb <7 g% : anemia berat

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

(b) 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 dkk, 2009:255).

(c) Urine

Menurut Fraser dkk (2009: 255) urinalisis dilakukan pada setiap kunjungan untuk memastikan tidak

adanya abnormalitas. Hal lain yang dapat ditemukan pada urinalisis rutin antara 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.

(d) Ultrasonografi (USG)

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

(e) Non Stress Test (NST)

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

B. Diagnosa Kebidanan

G₀P₀>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 (Vamey, et al. 2007:718-719).
2. Kala I fase aktif akselerasi/dilatasi maksimal/deselerasi dengan kemungkinan masalah ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan (Saraswati, 2008:12).
3. Kala II dengan kemungkinan masalah:
 - a) Kekurangan cairan (Wiknjosastro, 2008:116)
 - b) Keletihan (Vamey, et al. 2007:537)
 - c) Infeksi (Saifuddin, 2010:337)
 - d) Kram Tungkai (Vamey, et al. 2007: 722)

e) Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kepmenkes No.938/Menkes/SK/8/2007 tentang standar asuhan kebidanan).

f) P_{≥1} Kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah menurut Sulistyawati, (2011:238) yaitu Retensio plasenta, Avulsi tali pusat

g) P_{≥1} Kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terj adi :

(1) Atonia uteri (Sukarni.2013:243)

(2) Robekan vagina, perineum atau serviks (Sukami, 2013:274)

C. Intervensi

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

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

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

- a. Diagnosa: $G_{\geq 1}P_{O>}$ UK 37-40 minggu, tunggal. hidup. intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H..., kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/fase aktif.

Tujuan: Proses persalinan berjalan dengan normal ibu dan bayi sehat

Kriteria:

- 1) KU baik, kesadaran komposmentis
- 2) TTV dalam batas normal
 T: 100/60 130/90 mmHg
 S: 36-37°C
 N: 80-100x/menit
 R: 16-24x/menit
- 3) His minimal 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik.
- 4) Kala I pada primigravida <13 jam sedangkan multi gravida <7 jam.
- 5) Kala II pada primigravida <2 jam sedangkan pada multigravida <1 jam
- 6) Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif.

- 7) Kala III pada primigravida <30 menit sedangkan multigravida <15 menit
- 8) Plasenta lahir spontan, lengkap.
- 9) Perdarahan <500 cc

Intervensi:

1) Kala I

- a) Perhatikan psikososial ibu dan beri dukungan mental pada ibu dengan menghadirkan keluarga. Anjurkan agar ibu selalu didampingi oleh keluarganya selama proses persalinan dan kelahiran bayinya.

R/ Dukungan suami, keluarga, dan kerabat yang disukai ibu sangat diperlukan dalam menjalani proses persalinan. Ada kalanya ibu merasa khawatir dalam menjalani kala II persalinan. (Sulistyawati, 2014: 102)

- b) Berikan rasa aman dan semangat serta tentramkan hatinya selama persalinan berlangsung.

R/ Dukungan dan perhatian akan mengurangi perasaan tegang, membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi. Ibu yakin dan tabah dalam menjalani proses persalinan nanti. (Sulistyawati, 2014: 102)

- c) Anjurkan pada ibu untuk makan dan minum.

R/ Asupan cairan yang cukup dapat mencegah terjadinya dehidrasi pada ibu dalam proses persalinan serta sebagai persediaan energi dalam mengejan. (Sulistyawati, 2014: 102)

d) Bantu ibu memilih posisi yang nyaman dengan tidur miring kiri.

R/ Ibu dapat istirahat/tidur dengan posisi apapun kecuali pada posisi berbaring telentang. Hal ini dikarenakan jika ibu berbaring telentang maka berat uterus dan isinya menekan vena cava inferior ibu. Ini akan mengurangi pasokan oksigen melalui sirkulasi utero plasenta sehingga akan menyebabkan hipoksia pada bayi. Berbaring telentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif. Ibu dianjurkan untuk berbaring miring ke kiri untuk mempercepat penurunan kepala janin.

e) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan jika ketuban belum pecah dan pembukaan belum lengkap.

R/

(1) Bila his jarang, bagian terendah belum masuk pintu atas panggul dan ketuban + maka pasien diperbolehkan jalan agar his bertambah kuat dan sering.

(2) Bila his jarang, kepala belum masuk pintu atas panggul dan ketuban + ibu tidak boleh jalan, dianjurkan tidur miring kiri untuk menghindari kelainan letak.

(3) Bila his kuat, kepala masuk pintu atas panggul, ketuban + pasien tidak boleh jalan karena dengan jalan his akan bertambah kuat

dan lebih cepat mendorong anak, sehingga persalinan akan terjadi terlalu cepat.

(4) Bila his kuat. presentasi sudah masuk lebih dalam, ketuban positif atau negatif, penderita tidak boleh jalan dan harus tidur miring kiri agar tidak terjadi persalinan yang terlalu cepat.

f) Observasi TTV dan CHBPK

(1) DJJ setiap 30 menit

(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 terdapat indikasi

(5) Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika ada indikasi

(6) Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam

(7) Produksi urin, aseton dan protein tiap 2-4 jam

R/Mengetahui perkembangan kondisi ibu dan janin.

g) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kencing tiap 2 jam.

R/ Dalam proses persalinan harus berkemih tiap 2 jam/lebih.

Kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan kepala, selain itu juga akan menambah rasa nyeri pada perut bawah, menghambat penatalaksanaan distosia bahu, menghalangi lahirnya plasenta, dan perdarahan pasca persalinan.

h) Tunggu pembukaan lengkap. Jika telah memasuki kala II segera pimpin persalinan secara sesuai standar asuhan kebidanan persalinan normal.

(1) Mengenali tanda gejala kala II

Rasional : Dengan melihat tanda dan 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 stinger ani membuka.

(2) Menyiapkan pertolongan persalinan

R/ Persiap alat, fisik dan mental akan membantu kerja, waktu, sehingga dapat koefisien memperlancar proses pertolongan persalinan. Pastikan peralatan lengkap, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksanakan 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 ganja] bahu bayi.

(b) Menyiapkan oksitosin 10 IU dan alat suntik steril sekali pakai dalam partus set.

(3) Pakai clemek plastik.

Rasional : Clemek merupakan penghalang atau barrier antara penolong dengan bahan-bahan yang berpotensi untuk menularkan penyakit (Wiknjastro2008: 80)

- (4) Melepaskan dan menyiapkan semua perhiasan yang dipakai.

R/ Cuci tangan dengan sabun dan air bersih dan mengalir dan kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering. (Sulistyawati, 2014: 102)

- (5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.

Rasional : Penggunaan sarung tangan merupakan tindakan kewaspadaan untuk melindungi dari setiap cairan yang mungkin menular melalui darah (Vamey at all, 2008: 17)

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

R/ untuk mencegah terjadinya infeksi ataupun penularan penyakit

- (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)

R/ untuk mengurangi resiko infeksi

(8) 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.

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.

(9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara menyelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0.50%. Kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0.500 selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.

R/ Untuk menghindari penularan penyakit

(10) Periksa DJJ dalam batas normal (120-160) x/menit).

Rasional :

- (a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
- (b) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam DJJ dan semua hasil-hasil penilaian.

(11) Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan ibu bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.

Rasional : Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya (janinsairan iar ketuban. plasenta) menekan cava vena inferior ibu. Berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk mengejan secara efektif (Wiknjosastro,2008:87).

(12) 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).

R/ memberi dukungan kepada ibu

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

Rasional:

- (a) Bimbing ibu untuk meneran dengan benar dan aecara efektif.

- (b) Dukung dan beri semangat pada saat ibu meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.
- (c) Bantu ibu untuk mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya (kecuali berbaring terlentang dalam waktu yang lama).
- (d) Anjurkan ibu istirahat dan anjurkan keluarga untuk memberikan makan dan minum di selasela kontraksi.
- (e) Anjurkan keluarga untuk memberikan dukungan dan semangat untuk ibu.
- (f) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus mereda.
- (g) Segera rujuk bila bayi belum atau tidak segera lahir dalam waktu 120 menit (2jam) meneran (multigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (primigravita).
- (14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
- R/ Untuk mempercepat penurunan kepala bayi
- (15) Persiapkan pertolongan kelahiran bayi.
- R/ Mempersiapkan tempat maupun kain handuk untuk mengeringkan tubuh bayi, serta memakai perlengkapan yang dipakai untuk menolong.
- (16) Letakkan handuk bersih diatas perut ibu. jika kepala bayi di vulva dengan diameter 5-6 cm.

R/ untuk mengeringkan bayi setelah bayi lahir

- (17) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 di bagian bawah bokong ibu.

R/ sebagai alas untuk melakukan stenen

- (18) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali perlengkapan alat dan bahan.

R/ persiapan pertolongan dan memperhatikan kelengkapan alat

- (19) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan

R/ untuk mencegah penularan penyakit

- (20) Persiapkan pertolongan kelahiran.

R/ Menolong kelahiran kepala bayi dengan tepat mencegah terjadinya robekan perinium.

Kelahiran kepala

- (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.

- (a) Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas dengan cepat.

R/ Melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya bayi secara bertahap dan hati-hati dapat mengurangi tegangan (robekan) pada vagina dan perineum (Wiknjastro,2008:89).

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

R/ 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 (Vamey,2008: 146). Jika talipusat melilit leher segera longgarkan, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi. 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 sepotongan.

R/ bayi keluar dengan sendirinya

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.

R/ melakukan prasat dengan hati-hati sesuai dengan prosedur yang telah ditentukan

Lahirnya 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.

R/ melakukan prasat dengan hati-hati sesuai dengan prosedur yang telah ditentukan

- (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.

R/ melakukan prasat dengan hati-hati sesuai dengan prosedur yang telah ditentukan

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

Rasional :

- (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 keburubiruan, bernafas megap-megap, lakukan langkah resusitasi pada asfiksia bayi baru lahir

- (28) Keringkan tubuh bayi

R/ Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan tubuh bagian lainnya kecuali bagian telapak tangan. Gantihanduk basah dengan handuk kering yang lainnya.

(29) Periksa kembali uterus

R/ untuk memastikan tidak adanya bayi kedua dalam uterus (hamil tunggal).

(30) Beritahu ibu bahwa akan dilakukan penyuntikan oksitosin agar uterus kontrak dengan baik

R/ mempercepat pengeluaran plasenta

(31) 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).

R/ mempercepat pengeluaran plasenta

(32) 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.

R/ dilakukan sesuai dengan prosedur

(33) Pemotongan dan ikat tali pusat

Rasional:

(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).

(34) 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 diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting ibu.

R/ untuk menghangatkan tubuh bayi

(35) Selimuti bayi dan ibu dengan kain yang hangat dan pasang topi di kepala bayi.

R/ mencegah terjadinya hipotermi

Kala III

Penatalaksanaan aktif kala III (Wiknjosastro.2008:100-106)
penanganan tali pusat untuk melahirkan tali pusat.

(36) Pindahkan klem tali pusat hingga jarak 5 cm dari vulva ibu

R/ untuk melakukan prosedur berikutnya

(37) Letakan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas simfisis dan tangan lain untuk menegangkan tali pusat.

R/ melakukan PTT sesuai dengan prosedur

(38) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorso kramal) secara hati-hati (untuk mencegah inversia uteri).

R/ Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik bentukan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi dan ulangi kembali prosedur diatas.

- (39) 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).

Rasional:

- (a) Jika tali pusat bertaubat: panjang. rim Idem hmgga berjarak 5 cm dari thva dan melahirkan plasema.
- (b) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat. Beri dosis oksitosin ulang 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.

R/ Jika selaput ketuban robek pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan Jan-Jan

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).

R/ 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.

R/ memeriksa kelengkapan plasenta

- (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.

R/ mencegah terjadinya perdarahan

- (45) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.

Rasional:

- (a) Sebagian bayi berhasil memkukan IMD dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama berlangsung 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara.
- (b) Biarkan bayi berada di dada ibu 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.
- (46) Setelah 1 jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi. beri tetes mata antibiotik, profilaksis dan Vitamin K1 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral.

R/ melakukan tindakan sesuai dengan prosedur

- (47) Setelah 1 jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.

Rasional:

- (a) Letakkan bayi di dalam pangkuan ibu agar sewaktu-wakfu bisa disusukan.
- (b) Letakkan kemabali bayi pada dada ibu bila belum berhasil menyusu dalam 1 jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusu.
- (48) Lanjutkan pemantauan kontfaksi dan mencegah perdrahan pervaginam.

Rasional:

- (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.

Rasional : Informasi yang optimal akan meningkatkan fungsi mandiri klien dalam mencegah perdarahan post partum.

(50) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

R/ mencegah terjadinya perdarahan

(51) Memeriksa keadaan ibu dan kandung kemih tiap 15 menit selama 1 jam pertama post partum dan tiap 30 menit kedua post partum.

Rasional:

(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/meitt) serta suhu tubuh normal (36°C-37,5°C).

R/ untuk memantau keadaan bayi dalam keadaan sehat

(53) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam lautan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit) lalu cuci dan bilas.

R/ untuk dilakukan sterilisasi

- (54) Buang bahan-bahan terkontaminasi ditempat sampah yang sesuai.

R/ menghindari penularan penyakit dan infeksi

- (55) Bersihkan ibu dengan menggunakan DTT.

R/ Bersihkan sisa cairan kewan, 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.

R/ untuk memulihkan kembali keadaan ibu

- (57) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

R/ tempat bersih dan nyaman

- (58) Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit

R/ dilakukan sterilisasi

- (59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

R/ menghindari terjadinya penularan penyakit dan infeksi

Dokumentasi

- (60) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan kala IV.

R/ sebagai bukti tertulis telah dilakukan tindakan sesuai prosedur

b. Masalah

Hal-hal yang dibutuhkan oleh pasien belum teridentifikasi dalam diagnose. Dan masalah yang didapatkan dengan melakukan analisa data (Vamey at all, 2007).

Berikut masalah-masalah yang terdapat saat persalinan:

1) Masalah kala 1

a) Masalah 1: Cemas menghadapi proses persalinan.

Tujuan: Mengurangi rasa takut dan cemas selama prom persalinan.

Kriteria: Ibu tampak tenang

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:248)

(1) Jelaskan fisiologi persalinan pada ibu

Rasional: Proses persalinan merupakan proses yang panjang sehingga diperlukan pendekatan.

(2) Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada ibu

Rasional: Ibu bersalin memerlukan penjelasan mengenai kondisi dirinya.

(3) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang dilakukan.

Rasional: Ibu paham untuk dilakukan prosedur yang dibutuhkan dan memahami batasan tertentu yang diberlakukan.

b) Masalah 2: kala 1 memanjang

Tujuan : mempercepat kala 1

Kriteria : ibu tidak merasa cemas

Intervensi menurut (Marmi, 2012:95)

(1) Beri dukungan semangat kepada pasien selama persalinan.

R/ mengurangi kecemasan pada ibu

(2) Pemberian intake cairan sedikitnya 2500 ml per hari.

R/ Dehidrasi ditandai adanya aseton dalam urine harus dicegah.

(3) Pengosongan kandung kemih dan usus harus

R/ mengurangi resiko nyeri yang berlebihan

(4) Pemberian sedatif

R/ agar ibu dapat istirahat dan rasa nyerinya diredakan dengan pemberian analgetik (tramadol atau pethidine 25 mg). Semua preparat ini harus digunakan dengan dosis dan waktu tepat sebab dalam jumlah yang berlebihan dapat mengganggu kontraksi dan membahayakan bayinya.

(5) Pemeriksaan rectum atau vaginal harus dikerjakan dengan frekuensi sekecil mungkin.

R/ Pemeriksaan ini menyakiti pasien dan meningkatkan resiko infeksi. Setiap pemeriksaan harus dilakukan dengan maksud yang jelas.

(6) Apabila kontraksi tidak adekuat

R/ Menganjurkan untuk mobilisasi dengan berjalan dan mengubah posisi dalam persalinan, Rehidrasi melalui infus atau minum, Merangsang puting susu, *Acupressure*, Mandi selama persalinan fase

aktif, Lakukan penilaian frekuensi dan lamanya kontraksi berdasarkan partograf

- c) Masalah 3: Ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan (nyeri)

Tujuan: Ibu merasa nyaman terhadap proses persalinan

Kriteria:

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

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008) :

- (1) Hadirkan orang terdekat ibu
R/Kehadiran orang terdekat mampu memberikan kenyamanan psikologis dan mental ibu yang menghadapi proses persalinan.
- (2) Berikan sentuhan fisik misalnya pada tungkai, kepala, dan lengan.
R/Sentuhan fisik yang diberikan kepada ibu bersalin dapat menentramkan dan menenangkan ibu.
- (3) Berikan usapan punggung.
R/Usapan punggung meningkatkan relaksasi.
- (4) Pengipasan atau Penggunaan handuk sebagai kipas,
R/Ibu bersalin menghasilkan banyak panas sehingga mengeluh kepanasan dan berkeringat.
- (5) Pemberian kompres panas pada punggung.

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

2) Masalah kala II

a) Masalah 1: Kekurangan cairan (Marmi.2012: 98)

Tujuan: Tidak terjadi dehidrasi

Kriteria:

- 1) Nadi 76-100 x/menit
- 2) Urin jernih, produksi urin 30cc/jam

Intervensi menurut (Marmi,2012: 98):

- (1) Anjurkan ibu untuk minum

Rasional: Ibu yang menghadapi persalinan akan menghasilkan panas sehingga memerlukan kecukupan minum.

- (2) Jika dalam 1 jam dehidrasi tidak teratasi, pasang infus menggunakan jarum dengan diameter 16/18G dan berikan RL atau Nacl 25cc/jam.

Rasional: Pemberian cairan intravem akan lebih cepat diserap oleh tubuh.

- (3) segera rujuk ke fasilitas yang mempunyai kemampuan Pentalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir.

Rasional: Rujukan dini pada ibu dengan kekurangan cairan dapat meminimalkan resiko terjadinya dehidrasi.

b) Masalah 2: Kram Tungkai

Tujuan: Tidak terjadi kram tungkai.

Kriteria: Sirkulasi darah lancar.

Intervensi menurut (Varney, 2007:722):

(1) Luruskan tungkai ibu

Rasional: Meluruskan tungkai ibu untuk melancarkan peredaran darah ke ekstremitas darah.

(2) Atur posisi dorsofleksi

Rasional: Relaksasi yang dilakukan secara bergantian dengan dorsofleksi kaki dapat mempercepat peredaan nyeri.

(3) Jangan melakukan pemijatan pada tungkai

Rasional: Tungkai wanita tidak boleh dipijat karena ada resiko trombi tanpa sengaja terlepas.

c) Masalah 3: kala II lama

Tujuan : mempercepat persalinan

Kriteria: KU baik, ibu tidak merasa cemas

Intervensi menurut (Saifudin, 2009)

1. Menghadapi persalinan lama dalam Kala II, dan tidak mungkin untuk merujuk penderita atau terjadi gawat janin diusahakan mengakhiri persalinan dengan episiotomi dan dorongan (eksresi) yang dilakukan dengan hati hati dan tarikan (Ekstraksi) vakum atau tarikan cunam.

Rasional: mengurangi resiko perdarahan

2. Adapun syarat-syarat terpenuhi jika terdapat penyimpangan, dapat diusahakan mengakhiri persalinan.

Rasional:

a) Jika malpresentasi dan tanda-tanda obstruksi bisa disingkirkan, berikan infus oksitosin.

b) Jika tidak ada kemajuan penurunan kepala

1. Kepala tidak lebih dari 1/5 di atas simfisis pubis, atau bagian tulang kepala di station (0), dilakukan ekstraksi vakum atau cunam.

2. Kepala diantara 1/5-3/5 di atas simfisis pubis, atau bagian tulang kepala diantara station (0)-(-2), dilakukan ekstraksi vakum.

3. Kepala lebih dari 3/5 di atas simfisis pubis, atau bagian tulang kepala diatas station(-2), lakukan secsio sesarea. (Saifuddin, 2006)

d) Masalah 4: infeksi

Tujuan: Tidak terjadi infeksi

Kriteria: a) Nadi dalam batas normal (76-100x/menit)

b) Suhu 36-1 7,5°C

c) KU baik

d) Cairan ketuban/cairan vagina tidak berbau

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008):

a) Baringkan miring ke kiri.

R: Tidur miring mempercepat penurunan kepala janin sehingga mempersingkat waktu persalinan

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

R/salah satu tanda infeksi adanya peningkatan suhu tubuh, suhu meningkat menyebabkan dehidrasi.

c) Berikan ampisilin 2 gram atau amoxilin 2 gram/oral

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

d) segera rujuk ke fasilitas kesehatan yang memiliki kemampuan pelaksanaan kegawatdaruratan obstetri

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

3) Masalah kala III

a) Masalah 1: Retensi plasenta (Wiknjosastro, 2008)

Tujuan : Plasenta dapat dikeluarkan secara lengkap

Kriteria : Tidak ada sisa plasenta yang tertinggal

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008):

a) Plasenta masih didalam uterus selama 30 menit dan terjadi perdarahan berat, pasang infus menggunakan jarum

besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan RL atau NS dengan 20 unit oksitosin

(1) Coba lakukan plasenta manual dan lakukan penanganan lanjut

(2) Bila tidak memenuhi syarat plasenta manual ditempat atau tidak kompeten maka segera rujuk ibu ke fasilitas terdekat dengan kapasitas kegawatdaruratan obstetri.

b) Dampingi ibu ke tempat rujukan

c) Tawarkan bantuan walaupun ibu telah di rujuk dan mendapat pertolongan di fasilitas kesehatan rujukan Eksternal (KBE). Berikan suntikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600-1000 mg Per rektal dan gunakan jarum berdiameter besar berdiameter besar (ukuran 16-18), pasang infus dan berikan 500cc larutan RL yang mengandung 20 unit oksitosin.

d) Jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar alangi KBI

e) Jika uterus tidak berkontraksi selama 1-2 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan tindakan operasi dan transfusi darah.

f) Dampingi ibu selama merujuk, lanjutkan tindakan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba ditempat rujukan.

b) Terjadi avulsi plasenta.

Tujuan : Tidak terjadi avulsi

Kriteria : Tali pusat utuh

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008):

- (1) palpasi uterus untuk melihat kontraksi, minta ibu meneran pada setiap kontraksi.
- (2) Saat plasenta terlepas, lakukan pemeriksaan dalam hati-hati. Jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso-kranial pada uterus.
- (3) setelah plasenta lahir, lakukan masase uterus dan periksa plasenta.
- (4) Jika plasenta belum lahir dalam 30 menit, tangani sebagai retensi plasenta.

4) Masalah kala IV

- a) Terjadinya atonia uteri (Wiknjosastro, 2008)

Tujuan : Atonia uteri dapat teratasi

Kriteria: Kontraksi uterus baik, keras dan bundar serta perdarahan < 500cc

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008):

- (1) Segera lakukan Kompresi Bimanual Internal (KBE) selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan keluar.
- (2) Jika kompresi uterus tidak berkontraksi dan perdarahan terus keluar, ajarkan keluarga untuk melakukan Kompresi Bimanual
 - (1) tampon untuk mengurangi darah yang keluar

(2)segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawatdarurat obstetri.

(3)Dampingi ibu ke tempat rujukan.

b) Masalah 2: Robekan vagina, perineum dan serviks.

Tujuan : Robekan vagina perineum atau serviks dapat terjahit

Kreteria : Vagina, perineum, atau serviks dapat terjahit dengan baikserta perdarahan <500cc

Intervensi:

1) Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasiyang timbul.

1) Jika terjadi laserasi derajat satu dan menimbulkan perdarahan aktifatau derajat dua lakukan penjahitan.

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

(1) Pasang infus menggunakan jarum besar (ukuran 16 dan 18) danberikan RL atau NS.

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 rujukandengan kriteria :

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-spiritualkultural

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 mmm tindakan yang dilakukan

E. Evaluasi

Tujuan evaluasi adalah adanya kemajuan pada pasien setelah dilakukan tindakan (Estiwidani: 2008). Menurut Kepmenkes RI No. 58/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 kondisi klien/pasien.

F. Dokumentasi

Kepmenkes RI No. 938/Menkes/SK/VIII/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 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, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak terjadi kekeliruan dalam memberikan penanganan (Ambarwati, 2010:131).

2) Umur

Umur pasien dikaji untuk mengetahui apakah pasien dikatakan memiliki risiko jika <20 tahun karena alat-alat reproduksi belum matang dan psikis yang belum siap dan >35 tahun rentan sekali terjadi komplikasi dalam kehamilan dan perdarahan post partum, jadi usia reproduktif (subur) seorang wanita dalam siklus reproduksi berkisar dari 20-35 tahun (Manuaba, 2010:246).

3) Agama

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

4) Pendidikan

Pendidikan yang kurang membuat masyarakat tetap berorientasi pada pengobatan dan pelayanan tradisional

sehingga memengaruhi kesejahteraan ibu (Manuaba, 2010:241).

5) Alamat

Untuk mengetahui keadaan lingkungan dan tempat tinggal (Marmi, 2011: 124).

6) Pekerjaan

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

7) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas dan putus kerja karena berbagai alasan dapat menambah sulitnya masalah sosial ekonomi, sehingga mempengaruhi kelangsungan kehamilan (Manuaba, 2010: 235).

8) Penanggung jawab

Untuk mengetahui siapa yang bertanggung jawab terhadap pasien, sehingga bila sewaktu-waktu dibutuhkan bantuannya dapat segera ditemui (Sulistyawati, 2012:166).

b) Keluhan utama

Menurut Varney et al (2007:974-977), keluhan yang sering dialami ibu masa nifas adalah sebagai berikut:

1) *After pain*

Nyeri setelah melahirkan disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara

terus menerus. Nyeri yang lebih berat pada paritas tinggi disebabkan karena terjadi penurunan tonus otot uterus, menyebabkan relaksasi intermitten (sebentar-sebentar) berbeda pada wanita primipara tonus otot uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi.

2) Keringat berlebih

Wanita postpartum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan cairan intraseluler selama kehamilan.

3) Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi, dan stasis air susu peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ke-3 postpartum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui, dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam. Nyeri tekan payudara dapat menjadi nyeri hebat terutama jika bayi mengalami kesulitan dalam menyusui.

Peningkatan metabolisme akibat produksi air susu dapat meningkatkan suhu tubuh ringan.

4) Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan nyaman perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut.

5) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum atau episiotomy derajat 3 atau 4.

6) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari.

c) Riwayat kesehatan

- 1) Anemia pada kehamilan yang tidak tertangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan: terjadi subinvolusi uteri, menimbulkan perdarahan postpartum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekompensasi kardis mendadak setelah persalinan, anemia masa nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba, 2010:240).

2) Penyakit TBC

Ibu dengan *tuberculosis* aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Manuaba, 2010:336).

3) Sifilis

Dapat menyebabkan infeksi pada bayi dalam bentuk Lues Kongenital (Pemfigus Sifilitus, Deskuamasi kulit telapak tangan dan kaki, terdapat kelainan pada mulut dan gigi) (Manuaba, 2010:338).

4) Penyakit asma

Penyakit asma yang berat dapat memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O₂ dan CO₂ (Manuaba, 2010:336).

5) Pengaruh penyakit jantung dalam masa nifas menurut Manuaba (2012:337):

(a) Setelah bayi lahir penderita dapat tiba-tiba jatuh kolaps, yang disebabkan darah tiba-tiba membanjiri tubuh ibu sehingga kerja jantung sangat bertambah, perdarahan merupakan komplikasi yang cukup berbahaya.

(b) Saat laktasi kekuatan jantung diperlukan untuk membentuk ASI.

(c) Mudah terjadi postpartum yang memerlukan kerja tambahan jantung.

d) Riwayat nifas sekarang

Ibu harus dianjurkan untuk menyusui, terutama karena menyusui mampu memberikan perlindungan baik secara aktif maupun pasif, dimana ASI juga mengandung zat anti infeksi bayi akan terlindungi dari berbagai macam infeksi (Sukarni, 2013:298).

e) Riwayat kebidanan

1) Riwayat haid

Dengan memberikan ASI kembalinya menstruasi atau haid sulit diperhitungkan dan bersifat individu. Sebagian besar menstruasi kembali setelah 4 sampai 6 bulan. Dalam waktu 3 bulan belum menstruasi, dapat menjamin bertindak sebagai kontrasepsi (Manuaba, 2010:203). Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum mendapatkan lagi haidnya selama meneteki (Saifuddin, 2009:129).

2) Riwayat nifas yang lalu

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan postpartum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui sampai usia anak 2 tahun. Terdapat

pengeluaran lochea rubra sampai hari ketiga berwarna merah. Lochea serosa hari keempat sam kesembilan warna kecokelatan. Lochea alba hari kesepuluh sampai kelimabelas warna putih dan kekuningan. Ibu dengan riwayat pengeluaran lochea purulenta, lochea stasis, infeksi uterin, rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus. Dan ibu meneteki kurang dari 2 tahun. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba, 2010:201).

3) Riwayat KB

Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama meneteki. Oleh karena itu, *Metode Amenorhea Laktasi* (MAL) dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan baru (Saifuddin, 2014: 129). Menurut Manuaba (2012: 204), pemeriksaan postpartum merupakan waktu yang tepat untuk membicarakan metoe KB untuk menjarangkan atau menghentikan kehamilan. Khusus untuk mendapatkan pelayanan kontap wanita (Metode Operasi Wanita) sama sekali

tidak diperlukan hamil. Pelayanan kontak dapat dilayani setiap saat dikehendaki.

b) Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nurisi

Ibu menyusui harus mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (dianjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui) (Saifuddin, 2009:128).

2) Eliminasi

Segera setelah postpartum kandung kemih, edema, mengalami kongesti, dan hipotonik, yang dapat menyebabkan overdistensi, pengosongan yang tidak lengkap, dan residu urine yang berlebihan kecuali perawatan diberikan untuk memastikan berkemih secara periodik. Efek persalinan pada kandung kemih dan uretra menghilang dalam 24 jam pertama postpartum, kecuali wanita mengalami infeksi saluran kemih. Diuresis mulai segera setelah melahirkan dan berakhir hingga hari ke-5 postpartum. Diuresis adalah rute utama tubuh untuk membuang kelebihan cairan interstisial dan

kelebihan volume cairan (Varney et al, 2007:961). Miksi dan defeksi diatur sehingga kelancaran kedua system tersebut dapat berlangsung dengan baik (Manuaba, 2010:202).

3) Personal hygiene

Mengajarkan pada ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Sarankan pada ibu untuk mengganti pembalut setidaknya 2 kali dalam sehari. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya (Saifuddin, 2014:127).

Pakaian agak longgar terutama di daerah dada sehingga payudara tidak tertekan. Daerah perut tidak perlu diikat dengan kencang karena tidak akan memengaruhi involusi. Pakaian dalam sebaiknya dari bahan yang menyerap, sehingga lochea tidak memberikan iritasi pada sekitarnya. Kassa pembalut sebaiknya dibuang setiap saat terasa penuh dengan lochea (Manuaba, 2010:202).

4) Istirahat

Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Kurang

istirahat akan memengaruhi ibu dalam beberapa hal, yaitu: mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Saifuddin, 2009:127).

5) Aktivitas

Diskusikan pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu untuk mengurangi rasa sakit pada punggung (Saifuddin, 2014:127).

6) Seksual

Secara fisik aman untuk melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu (Saifuddin, 2009:128).

c) Riwayat psikososial spiritual

Menurut Anggraini (2010:136), ibu menunjukkan depresi ringan beberapa hari setelah melahirkan. Depresi tersebut sering disebut sbagai postpartum blues.

Penyebab postpartum blues yang paling menonjol adalah kekecewaan emosional yang mengikuti rasa puas dan takut yang dialami kebanyakan wanita selama kehamilan dan persalinan, rasa sakit masa nifas awal, kelelahan karena kurang tidur, kecemasan pada kemampuannya untuk merawat bayinya, rasa takut menjadi tidak menarik lagi bagi suaminya.

Menurut Suherni (2009:87-90) membagi fase nifas menjadi 3 fase yaitu:

1) Fase *taking in*

Merupakan periode ketergantungan, periode ini terjadi dari hari ke-1 sampai hari ke-2 setelah melahirkan. Pada fase ini ibu terfokus pada dirinya sendiri. Dalam fase ini ibu akan merasakan gangguan psikologis seperti:

- (a) Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya.
- (b) Ketidaknyamanan akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu.
- (c) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.

2) Fase *taking hold*

- (a) Periode ini berlangsung 3 sampai 10 hari setelah melahirkan.
- (b) Ibu mulai timbul rasa khawatir akan ketidaknyamanan dan rasa tanggungjawabnya dalam merawat bayinya.
- (c) Ibu mempunyai perasaan sangat sensitive sehingga mudah tersinggung dan mudah marah.

3) Fase *letting go*

- (a) Periode ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan.
- (b) Ibu sudah mulai menyesuaikan ketergantungan bayinya.
- (c) Ibu berkeinginan untuk merawat diri dan bayinya.
- (d) Ibu akan lebih percaya diri dalam menjalani peran barunya.

d) Latar belakang sosial budaya

Menurut Saifuddin (2014:130-131), kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan antara lain:

- 1) Menghindari makanan berprotein.
- 2) Penggunaan bebet perut segera pada masa nifas (2-4 jam pertama).

- 3) Penggunaan kantong es batu pas masa nifas (2-4 jam pertama).
- 4) Penggunaan kantong es batu atau pasir untuk menjaga uterus berkontraksi karena merupakan perawatan yang tidak efektif untuk atonia uteri.
- 5) Memisahkan bayi dari ibunya pada 1 jam setelah melahirkan karena masa transisi adalah masa kritis untuk ikatan batin ibu dan bayi.
- 6) Wanita yang mengalami masa puerperium diharuskan tidur telentang selama 40 hari.

2. Data obyektif

a) Pemeriksaan umum

1) Keadaan umum

Menurut Sulistyawati (2009: 121) mengamati keadaan umum pasien harus secara menyeluruh.

Hasil pengamatan dilaporkan dengan kriteria:

(a) Baik

Pasien dimasukkan dalam kriteria baik juga memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain.

(b) Lemah

Pasien dimasukkan dalam kriteria lemah jika kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain

2) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang pasien, dapat dilakukan dengan pengkajian derajat kesadaran dan keadaan *composmentis*

3) Tanda-tanda vital

(a) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolic, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari (Varney et al, 2007:961).

(b) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama postpartum. Hemoragi, demam selama persalinan, dan nyeri akut atau persisten dapat memengaruhi proses ini. Apabila denyut nadi diatas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya

infeksi atau hemoragi postpartum lambat (Varney et al, 2007:961).

(c) Suhu

Suhu 38°C atau lebih yang terjadi diantara hari ke-2 sampai ke-10 postpartum dan diukur sedikitnya 4 kali sehari. Kenaikan suhu tubuh yang terjadi di dalam masa nifas, dianggap sebagai infeksi nifas jika tidak ditemukan sebab-sebab ekstragenital (Saifuddin, 2014:278).

(d) Pernafasan

Napas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kekurangan cairan, eksaserbasi asma, dan embolus paru (Varney et al, 2007:961).

b) Pemeriksaan Fisik

1) Kepala

Rambut : bersih atau kotor, pertumbuhan warna, mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau kelainan tertentu (Romauli, 2011: 156).

2) Wajah

Benuk simetris, tampak sembab atau tidak, tidak pucat, tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan. Bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romauli, 2011: 156).

3) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemis. Sclera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeclampsia (Romauli, 2011:384).

4) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011:384).

5) Payudara

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari hal berikut yaitu: puting susu pecah/pendek/rata,

nyeri tekan payudara, abses, produksi ASI terhenti, dan pengeluaran ASI (Saifuddin, 2009:124).

6) Abdomen

Pada abdomen harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan kandung kemih (Saifuddin, 2009:124). Menurut Varney et al (2007:164), pemeriksaan abdomen postpartum dilakukan selama periode postpartum dini (1 jam-5 hari) yang meliputi tindakan berikut:

(a) Pemeriksaan kandung kemih

Dalam memeriksa kandung kemih mencari secara spesifik distensi kandung kemih yang disebabkan oleh retensio urine akibat hipotonisitas kandung kemih karena trauma selama melahirkan. Kondisi ini dapat predisposisi wanita mengalami infeksi kandung kemih.

(b) Pemeriksaan uterus

Mencatat lokasi, ukuran, dan konsistensi. Penentuan lokasi uterus dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilicus dan apakah fundus berada pada garis tengah abdomen atau bergeser ke

salah satu lokasi dan ukuran saling tumpang tindih, karena ukuran ditentukan bukan hanya melalui palpasi, tetapi juga dengan mengukur tinggi fundus uteri. Konsistensi uterus memiliki ciri keras dan lunak.

(c) Evaluasi tonus otot abdomen dengan memeriksa derajat diastasis

Penentuan jumlah diastasis rekti digunakan sebagai alat obyektif untuk mengevaluasi tonus otot abdomen. Diastasis adalah derajat pemisahan otot rektus abdomen (*rektus abdominis*). Pemisahan ini diukur menggunakan lebar jari ketika otot-otot abdomen berkontraksi dan sekali lagi ketika otot-otot tersebut relaksasi.

(d) Memeriksa adanya nyeri tekan CVA (*Costovertebral Angel*)

Nyeri yang muncul di area sudut CVA merupakan indikasi penyakit ginjal

7) Genetalia

(a) Lochea

Normal : merah hitam (lochea rubra), bau biasa tidak ada bekuan darah atau butir butir darah

beku (ukuran jeruk kecil), jumlah perdarahan yang ringan atau sedikit (hanya perlu mengganti pembalut setiap 3-5 jam)

(b) Abnormal : merah terang, bau busuk, mengeluarkan darah beku, perdarahan hebat (memerlukan penggantian pembalut setiap 0-2jam).

(c) Keadaan perineum : odema, hematoma, bekas luka episiotomi/robekan

8) Ekstremitas

Flagmasia alba dolens yang merupakan salah satu bentuk infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa sangat nyeri, tampak bendungan pembuluh darah, suhu tubuh meningkat (Manuaba, 2010:418).

b) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat *sahli*. Hasil pemeriksaan Hb dengan *sahli* dapat digolongkan sebagai berikut: tidak anemia jika HB 11g%, anemia ringan jika Hb 9-10g%, anemia sedang jika Hb 7-8g%, anemia berat jika <7g% (Manuaba, 2010:239).

c) Terapi yang didapat

Terapi yang diberikan pada ibu nifas menurut Sulistyawati (2009:100) yaitu:

- 1) Pil zat besi 40 tablet harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari setelah melahirkan.
- 2) Vitamin A 200.000 IU agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

B. Diagnosa Kebidanan

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

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

Diagnosa Kebidanan:

P₁>APIAH... hari... postpartum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak baik (Sulistyawati, 2009:156). P₁>APIAH, postpartum hari ke ..., laktasi lancer, lochea normal, involusi

normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembengkakan payudara (Varney et al, 2001:974).

C. Perencanaan

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

1. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif
2. Melibatkan klien dan atau keluarga
3. Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga
4. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien
5. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada
 - a) Diagnosa: P₁>APIAH, postpartum hari ke ..., laktasi lancer, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan

masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembengkakan payudara (Sulistyawati, 2009:126).

Tujuan: Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi pada ibu dan bayi.

Kriteria: Menurut Manuaba (2012:114) adalah sebagai berikut:

- 1) Keadaan Umum: kesadaran composmentis.
- 2) Kontraksi uterus baik (bundar dan keras).
- 3) Tanda-tanda vital:

TD: 110/70-130/90 mmHg N: 60-80 x/menit

S : 36-37,5°C R: 16-24 x/menit

(Sulistyawati, 2009:123)

- 4) Laktasi normal

ASI dibedakan menjadi 3 yaitu:

- (a) Kolostrum merupakan cairan pertama kali disekresi oleh kelenjar payudara dari hari pertama sampai ketiga atau keempat pasca persalinan. Kolostrum berwarna kekuning-kuningan, viskositas kental, lengket. Mengandung tinggi protein, mineral, garam, vitamin A, nitrogen, sel darah putih, dan anti bodi yang tinggi.

(b) ASI transisi atau peralihan diproduksi pada hari keempat sampai kesepuluh, warna putih jernih. Kadar imunoglobulin dan protein menurun, sedangkan lemak dan laktosa meningkat.

(c) ASI matur merupakan ASI yang disekresi pada hari kesepuluh sampai sterusnya, berwarna putih. Kandungan ASI matur relative konstan tidal menggumpal bila dipanaskan.

(Sulistyawati,2009:123)

5) Involusi uterus normal

Involusi merupakan proses kembalinya suatu organ ke ukuran semula. Subinvolusi adalah kegagalan perubahan fisiologis pada sistem reproduksi pada masa nifas yang terjadi pada setiap organ dan saluran yang reproduktif untuk kembali ke keadaan tidak hamil.

Tabel 2.17
Involusi Uterus

Involusi uterus	Tinggi fundus	Berat uterus	Diameter uterus	Palpasi serviks
Plasenta Lahir	Setinggi pusat	1000 gr	12,5 cm	Lembut atau lunak
7 hari (1 minggu)	Pertengahan pusat dan simfisis	500 gr	7,5 cm	2 cm
14 hari (2 minggu)	Tidak teraba	350 gr	5 cm	1 cm
6 minggu	Normal	60 gr	2,5 cm	Menyempit

Sumber: Ambarwati dkk, 2010:112)

6) Lochea normal

Lochea rubra (kurenta) keluar dari hari ke-1 sampai ke-3, berwarna merah kehitaman. Lochea sanguinolenta, keluar dari hari ke-4 sampai ke-7, berwarna putih bercampur merah. Lochea serosa, keluar dari hari ke-7 sampai ke-14, berwarna kekuningan. Lochea alba, keluar setelah hari ke-14, berwarna putih (Manuaba, 2010:201).

7) KU bayi baik

R: 30-60 x/menit

S: 36,5-37,5°C

Intervensi menurut Suherni (2009:120):

(a) Lakukan pemeriksaan KU, TTV, laktasi, involusi, dan lochea.

R/ menilai status ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi (Saifuddin, 2009: 123).

(b) Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya.

R/ menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap substansi/zat dari makanan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan (Saifuddin, 2009:337).

(c) Jelaskan pada ibu mengenai senam pasca persalinan (senam nifas).

R/ latihan yang tepat untuk memulihkan/mengembalikan keadaan tubuh menjadi indah dan langsing seperti semula (Mochtar, 2012:176).

(d) Beri konseling ibu tentang KB pascasalin.

R/ untuk menjarangkan kehamilan (Mochtar, 2012:89).

(e) Anjurkan ibu untuk mengimunitasikan bayinya.

R/ untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan (Marmi, 2012:395).

b) Masalah

Masalah 1 : Gangguan eliminasi

Tujuan : Masalah eliminasi teratasi

Kriteria : Ibu bisa BAB dan BAK dengan lancar

Intervensi menurut Sulistyawati (2009:101) antara lain:

1) Berikan penjelasan kepada pasien mengenai pentingnya BAB dan BAK sedini mungkin setelah melahirkan.

R/ pasien tidak akan menahan untuk BAK maupun BAB jika terasa.

- 2) Yakinkan pasien bahwa jongkok dan mengejan ketika BAB tidak akan menimbulkan kerusakan pada luka jahitan.

R/ menghilangkan rasa takut pada pasien untuk melakukan BAB.

- 3) Anjurkan pasien untuk banyak minum air putih serta makan sayur dan buah.

R/ membantu memperlancar eliminasi.

Masalah 2: Nyeri pada luka jahitan perineum

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, rasa nyeri teratasi

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu

Intervensi menurut Sulistyawati (2009:134) antara lain:

- 1) Observasi luka jahitan perineum.

R/ Untuk mengkaji jahitan perineum dan mengetahui adanya infeksi atau tidak.

- 2) Ajarkan ibu tentang perawatan perineum yang benar.

R/ Ibu bisa melakukan perawatan perineum secara benar dan mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.

- 3) Beri analgesic oral (paracetamol 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu).

R/ Mengurangi rasa nyeri pada luka jahitan perineum.

Masalah 3 : *after pain* atau kram perut

Tujuan : Masalah kram perut teratasi

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu

Intervensi menurut Suherni (2009:123-124) antara lain:

1) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih secara rutin supaya tidak penuh.

R/ kandung kemih yang penuh menyebabkan kontraksi uterus tidak optimal dan berdampak pada nyeri *after pain*.

2) Sarankan ibu untuk tidur dengan posisi telungkup dan bantal di bawah perut.

R/ posisi ini menjaga kontraksi tetap baik dan menghilangkan nyeri.

3) Berikan analgesic jika perlu (paracetamol, asam mefenamat).

R/ mengurangi rasa nyeri.

Masalah 4 : pembengkakan payudara

Tujuan : masalah pembengkakan payudara teratasi

Kriteria : payudara tidak bengkak, kulit payudara tidak mengkilat dan tidak merah, payudara

tidak nyeri, tidak terasa penuh dan tidak keras

Intervensi menurut Manuaba (2010:420) antara lain:

- 1) Anjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin atau 2-3 jam sekali.

R/ Sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara.

- 2) Anjurkan ibu untuk menyusui di kedua payudara.

R/ Menyusui di salah satu payudara dapat membuat payudara yang satunya menjadi bengkak.

- 3) Anjurkan ibu untuk memberikan kompres hangat pada payudara, dengan menempelkan kain atau handuk yang hangat pada payudara.

R/ Air hangat dapat merelaksasi otot payudara supaya tidak tegang.

- 4) Anjurkan ibu untuk menggunakan bra yang kuat untuk menyangga dan tidak menekan payudara.

R/ Bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah pembengkakan dan nyeri yang dialami.

- 5) Anjurkan ibu untuk memberikan kompres dingin pada payudara diantara waktu menyusui.

R/ Kompres dingin dapat membuat otot-otot payudara berkontraksi sehingga rasa nyeri dapat berkurang.

- 6) Lakukan pengeluaran ASI secara manual jika payudara masih terasa penuh.

R/ Pengosongan payudara secara manual dapat membantu mengurangi pembengkakan payudara.

- 7) Berikan terapi paracetamol 500 mg per oral setiap 4 jam bi diperlukan.

R/ Dapat mengurangi nyeri.

Masalah 4 : subinvolusi

Tujuan : uterus kembali seperti saat sebelum hamil

Kriteria: mengurangi perdarahan, ibu tidak cemas

Intervensi menurut Saifuddin (2009:116)

- (1) Pemberian antibiotik

R/ mengurangi resiko infeksi

- (2) Pemberian uterotonika

R/ menstabilkan kontraksi uterus

- (3) Pemberian transfuse

R/ mencegah terjadinya anemia

- (4) Dilakukan plasenta manual bila disebabkan karena tertinggalnya sisa-sisa plasenta

R/ mengnstabilkan kontraksi dan mengurangi perdarahan

Masalah 5 : konstipasi

Tujuan : konstipasi teratasi

Kriteria ; ibu tidak cemas,tidak mengalami konstipasi

Intervensi menurut Saifudin (2009: 117),

- (1) Memeriksa keadaan umum dan vital sign ibu
R/ observasi deteksi dini komplikasi
- (2) Anjurkan ibu diet/makanan yang mengandung serat
R/ mengurangi resiko konstipasi
- (3) Anjurkan ibu untuk memenuhi cairan yang cukup
R/ mengurangi resiko konstipasi
- (4) Jelaskan tentang pola eliminasi pasca melahirkan
R/ observasi deteksi dini komplikasi
- (5) Jelaskan cara perawatan luka jalan lahir
R/ mengurangi resiko infeksi

Masalah 6 : Bendungan ASI

Tujuan :Setelah diberi asuhan, masalah Bendungan ASI teratasi

Kriteria: payudara terasa panas, dan nyeri pada saat menyusui

Intervensi menurut Saifudin (2009: 118), antara lain:

- 1) Anjurkan untuk menyusui sesering mungkin
R/ Sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara.
- 2) Anjurkan ibu untuk menyusui di kedua payudara

R/ Menyusui di salah satu payudara dapat membuat payudara yang lain menjadi bengkak.

3) Anjurkan mengompres hangat payudara sebelum disusukan

R/ Air hangat dapat merelaksasi otot payudara supaya tidak tegang.

4) Ajarkan ibu cara menyusui bayinya dengan benar

R/ cara menyusui yang benar dapat mengurangi terjadinya bendungan asi karena asi yang diproduksi dihisap secara sempurna oleh bayi

5) Anjurkan menggunakan BH yang menopang payudara

R/ Bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah bendungan dan nyeri yang dialami.

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 kriteria:

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.

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

E. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi segera setelah selesai melakukan asuhan kepada klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien atau keluarganya. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien. Menurut Depkes RI (2008), evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP sebagai berikut:

S: Data Subjektif, mencatat hasil anamnesa.

O: Data Objektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A: Hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P: Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, dan rujukan.



2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir

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 subyektif

a) Identitas bayi dan orang tua

Identitas sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh sampai di lepas sampai penyerahan bayi (Manuaba, 2012:205).

b) Keluhan utama

Terjadi seborrhea, miliaris, muntah dan gumoh, oral thrush (moniliasis/sariawan), diaper rash (marni, 2012:207-229)

c) Riwayat antental

Menurut *Varney at all*, (2007; 916) bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu kelahiran. Jumlah kunjungan pranatal di catat 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, presentase janin dan usia kelahiran harus ditinjau ulang. Pecah ketuban lama, demam pada ibu, dan cairan amnion yang berbau adalah faktor resiko signifikan untuk atau prediktor infeksi neonatal. Cairan amnion berwarna mekonium meningkatkan resiko penyakit pernapasan. Medikasi selama persalinan seperti analgesik, anestetik, magnesium sulfat dan glukosa dapat mempengaruhi perilaku dan metabolisme bayi baru lahir. Abnormalitas plasenta dan kedua pembuluh darah tali pusat dikaitkan dengan peningkatan insiden anomali neonatus (Walsh, 2007:368).

e) Riwayat post natal

Menurut *Varney at all*, (2007;917) bidan harus meninjau catatan kelahiran bayi tentang tanda-tanda vital dan perilaku bayi baru lahir. Perilaku positif antara lain menghisap, kemampuan untuk makan, kesadaran, berkemih, dan mengeluarkan mekonium. Perilaku mengkhawatirkan meliputi gelisah, letargi, aktifitas menghisap yang buruk, atau tidan ada, dan tangisan yang abnormal.

f) Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Kebutuhan energi bayi pada tahun pertama menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan pertama adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energi sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marmi, 2012:379).

2) Eliminasi

a. Buang Air Kecil (BAK)

BAK bayi normalnya berkemih 7 sampai 10 kali sehari. Untuk menjaga bayi tetap bersih, hangat dan kering maka setelah BAK harus diganti popoknya. Biasanya terdapat jumlah urine 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. Fases pertama ini biasanya berwarna hijau kehitaman dan lengket serta mengandung empedu, asam lemak. Lendir dan sek epitel (Marmi, 2012 :77).

3) Istirahat dan Tidur

Bayi baru lahir sampai berusia 3 bulan rata-rata bayi tidur selama 16 jam dalam sehari. Pada umumnya bayi ter bangun sampai tengah malam hari pada usia 3 bulan. Jumlah waktu tidur bayi berkurang seiring bertambahnya usia bayi (Marmi, 2012:81).

4) Personal Hygiene

Bayi dimandikan di tunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi setabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali dalam seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi yang sangat rentan mengering. Pencucian terhadap rambut hanya perlu di lakukan sekali atau dua kali dalam seminggu. Pemakaian popok harus di lipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urine dan feses mambasai tali pusat. Popok harus di ganti beberapa kali sehari ketika basah (Walsh, 2007:377-378).

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 apabila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan ada

gejala yang perlu di lakukan pemeriksaan lebih lanjut (Saifuddin, 2009:137).

6) Psikososial

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

2. Data Obyektif

a) Keadaan umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu 36,5-37 derajat celsius (Wiknjosastro, 2005:256). Kesadaran perlu di kenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan (Saifuddin, 2006:137).

b) Tanda-tanda vital

1. Pernafasan

Pernafasan cepat pada menit-menit pertama kurang lebih 80 kali/menit disertai pernafasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan interkostal serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit (Wiknjosastro, 2005:255). Pada pernapasan

normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa ada retraksi. Tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi. Gerak pernapasan 30 sampai 50 kali per menit (Saifuddin, 2009:138).

2. Suhu

Suhu bayi baru lahir dapat dikaji di berbagai tempat dengan jenis termometer yang berbeda-beda. Di anjurkan bahwa suhu rektal dan aksila tetap dalam rentang 36,5-37,5 derajat celsius dan suhu kulit abdomen dalam rentang 36-36,5 derajat celsius (Varney at all, 2007:882). Suhu tubuh paling kurang di 1 kali sehari. Bila suhu rektal dibawah 36 derajat celsius, bayi ini harus di tempatkan di tempat yg lebih panas misalnya dalam inkubator yang mempunyai suhu 36 derajat celsius-32derajat celsius, dalam pangkuan ibu atau bayi di bungkus dan di letakkan botol-botol hangat di sekitarnya. Dapat pula menggunakan lampu yang di sorotkan ke arahbayi. Di samping pemanasan harus pula dipikirkan kemungkinan bayi menderita infeksi. Suhu rektal di ukur setiap setengah jam sampai suhu tubuh di atas 36 derajat celsius (Wiknjosastro, 2005:256).

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, 2005:255). Frekwensi jantung 120-160 kali/menit ketika istirahat (walsh,

2008:369). Frekwensi jantung bayi cepat sekitar 120-160 kali per menit serta berfluktuasi selaras dengan fungsi pernafasan bayi, aktifitas atau dalam kondisi tidur (Fraser at all, 2009:710).

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 (Waknjosastro, 2007:256). Berat badan sebaiknya setiap hari di pantau. Penurunan berat badan lebih dari 5% dari berat badan waktu lahir, menunjukkan kekurangan cairan (Saifuddin, 2009:138).

2) Panjang bayi

Panjang bayi di ukur dari ujung kepala sampai tumit, dengan keyakinan bahwa kaki terekstensi penuh (Walsh, 2008:368). Menurut Vaney, Kribes dan Geger, (2007:921), panjang bayi baru lahir paling akurat di kaji jika kepala bayi baru lahir terlentang rata di permukaan yang keras. Kedua tungkai di luruskan dan kertas di meja pemeriksaan di beri tanda. Setelah bayi baru lahir di pindahkan, bidan kemudian dapat mengukur panjang bayi dalam satuan centimeter.

3) ukuran kepala menurut Winkjosastro (2005:119) meliputi

- a) Diameter Suboksipito-bregmatikus : 9,5-10 cm
- b) Diameter oksipito-frontalis : 11-12 cm

- c) Diameter oksipito metalis : 13,5-15 cm
- d) Diameter submento-bregmatika : 9,5-10 cm
- e) Diameter biparietalis : 9,5-10 cm
- f) Diameter bitemporalis : 8-10 cm
- (1) Sirkumferensia suboksipito-berghmatikus : 33-34 cm
- (2) Sirkumferensia submento-bregmatikus : 32-33 cm
- (3) Sirkumferensia oksipito frontalis : 33-35 cm
- (4) Sirkumferensia mento-oksipitalis : 34-35,5 cm

4) Lingkar dada : 33-38 cm

5) lingkar lengan : kirang lebih 11 cm

6) Pemeriksaan fisik

a) 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 ber fluktuasi tetapi bersifat edema tekan), sefal hematoma (ciri-cirinya, pada perabaan teraba adanya adanya fluktuasi karena merupakan timbunan darah, biasanya tampak di daerah tulang pariental, sifatnya perlahan-lahan tumbuh benjolan biasanya 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, 2012:56).

b) 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, 2012:57).

c) Hidung

Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm. Periksa adanya pernafasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernafasan (Marmi, 2012:57).

d) Mulut

Simetris tidak ada sumbing (skizis), refleksi hisap kuat, selfia berlebihan di kaitkan dengan fistula atau atresia trakeoesofagus (Wals, 2007: 370). Terdapat adanya stomatitis pada mulut merupakan tanda adanya oraltrush (Marmi,

2012:211). Salivasi tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapat secret yang berlebihan. Kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna (Saifuddin, 2006:137), membran mukosa mulut lembab dan berwarna merah muda, reflek menghisap dan menelan terkoordinasi. (Fraser at all, 2009:11).

e) Telinga

Tulang kartilago telinga telah sempurna di bentuk (Fraser at all, 2009:709). Pemeriksa dalam hubungan letak dengan mata dan telapak (saifuddin, 2006:N-33).

f) Leher

Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brachialis. Ada lipatan kulit yang berlebihan di bagian belakan leher menunjukkan adanya kemungkinan trisomi 21 (mirrai, 2012:57-58).

g) Dada

Periksa kesimetrisan gerak dada saat bernafas. Apabila tidak simetris maka bayi kemungkinan mengalami pneumotoraks, persis diafragma atau hernia diafragma. Pernafasan yang normal dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan. Tarikan sternum atau interkostal pada saat bernafas perlu di perhatikan. Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk baik dan tampak simetris (Marmi, 2012:58).

h) 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 apa bila perut kembung kemungkinan adanya enterokolitis vesikalis, omfalokel atau ductus omfalotrikus persisten (Marmi, 2012:58).

i) Genitalis

1. perempuan

Terkadang tampak adanya secret yang berdarah dari vagina, hal ini di sebabkan oleh pengaruh hormon ibu. Pada bayi cukup bulan, labiya mayora menutupi labiya minora. Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina (Marmi, 2012:59).

2. laki-laki

Pada laki-laki panjang penis 2-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. Periksa posisi lubang uretra, prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis. Periksa adanya hipospadia dan epispadia (Marmi, 2012:59).

j) 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, megokolom atau obstruksi saluran cerna (Marmi, 2012:59).

k) 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 harus ada pada setiap jari. panjang tulang pada ekstremitas bawah harus dievaluasi untuk ketepatannya. Lekukan harus di kaji untuk menjamin simetrisitas. Bayi yang lahir dengan presentasi bokong tinggi untuk mengalami kelainan panggul kongenital (Walsh, 2008:371-372).

l) Kulit dan kuku

Dalam keadaan normal, kulit berwarna kemerahan kadang-kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan. Pengelupasan yang berlebihan harus dipikirkan adanya kelainan. Waspada pada 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 yang sering terdapat di sekitar bokong (mongolian spot) akan menghilang pada umur 1-5 tahun (Saifuddin, 2006:137). Kulit bayi baru lahir yang normal tipis, halus dan mudah sekali mengalami trauma akibat desakan, tekanan atau zat yang memiliki pH berbeda. Rambut halus disebut dengan lanugo, menutupi kulit dan banyak terdapat di bahu, lengan atas pada paha. Warna kulit bayi tergantung pada asal suku, bervariasi mulai dari merah muda dan putih hingga coklat tua (Faser at al, 2009:709).

m) Pemeriksaan neurologis

Pemeriksaan neurologis merupakan indikator integritas sistem saraf. Baik respon yang menurun (hipo) maupun yang meningkat (hiper) merupakan penyebab masalah (Varney at all, 2007:923).

1. refleks melangkah (stepping reflex)

Bayi akan menggerak-gerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras (Marmi, 2012:72).

2. Refleks menelan (swallowing reflex)

Kumpulan ASI di dalam mulut bayi mendesak otot-otot di daerah mulut dan faring untuk mengaktifkan refleks menelan dan mendorong ASI ke lambung bayi (Wiknjosastro, 2008:134).

3. Refleks berkedip (glabellar refleks)

Pada saat pangkal hidung di ketuk secara pelan, bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama (Marmi, 2012:70).

4. Refleks menghisap (suckling refleks)

Benda menyentuh bibir disertai refleks menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat. Dilihat pada waktu bayi menyusu (Marmi, 2012:70).

5. Refleks mencari (rooting refleks)

Ketika pipi atau sudut mulut bayi disentuh, bayi akan menoleh ke arah stimulus dan membuka mulutnya (Marni, 2012:70).

6. Rfleks menggenggap (grasping refleks)

Ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari) respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat (Marni, 2012:71).

7. Refleks terkejut (morro refleks)

Ketika bayi kaget akan menunjukkan respon berupa memeluk dengan abduksi dan ekstensi dari ekstermitas atas yang cepat dan di ikuti dengan aduksi yang lebih lambat dan kemudian timbul flksi. Refleks ini juga berfungsi untuk menguji umum bayi serta kenormalan sistem saraf pusatnya (Marni, 2012:71).

8. 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 (Marni, 2012:71).

9. Refleks menoleh (tonikneck refleks)

Ekstermitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi di tolehkan ke sisi selagi istirahat. Respon ini dapat tidak ada atau lengkap segera setelah lahir (Marni, 2012:72).

10. Refleks ekstruksi

Cara mengukurnya dengan sentuh lidah dengan spatel lidah. Pada kondisi normal lidah ekstensi ke arah luar bila di sentuh dengan jari atau puting (Marni, 2012:72)

B. Diagnosa Kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/H/Enke/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 keadaan umum baik. Kemungkinan laki-laki/perempuan, masalah hipoglikemi, hipotermi, ikterik, seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, oral trush, diaper rash (Marmi, 2012;207-229).

C. Perencanaan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, 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 adan 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.

1. Diagnosa kebidanan Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik.

Tujuan : Bayi baru lahir dapat melewati masa transisi dari intrauterin ke ekstrauterin tanpa terjadi komplikasi.

Kriteria :

- a) Keadaan umum baik
- b) TTV normal menurut Marmi (2012:87-88) adalah:
 - S : 36,5-37,5 °C
 - N : 120-160 x/menit
 - RR : 40-60 x/menit 3)
- c) Bayi menyusu kuat
- d) Bayi menangis kuat dan bergerak aktif

Intervensi

- a) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering.
R/Tali pusat yang basah atau lembab dapat menyebabkan infeksi
- b) Ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orangtua.

R/Tanda-tanda bahaya bayi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut. (Marmi, 2012:87-88)

- c) Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering.

R/Suhu bayi turun dengan cepat segera setelah lahir. Oleh karena itu, bayi harus dirawat di tempat tidur bayi yang hangat. Selama beberapa hari pertama kehidupan, suhu bayi tidak stabil, berespon terhadap rangsangan ringan dengan fluktuasi yang cukup besar di atas atau di bawah suhu normal. Bayi harus segera dikeringkan untuk mengurangi pengeluaran panas akibat evaporasi.

- d) Beri ASI setiap 2 Sampai 3 jam.

R/Kapasitas lambung pada bayi terbatas, kurang dari 30 cc untuk bayi baru lahir cukup bulan. ASI diberikan 2-3 jam Sebagai waktu untuk mengosongkan lambung (Vamey at all, 2007:885).

- e) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusu kurang baik.

R/Suhu normal bayi adalah 365-375 °C. Suhu yang tinggi menandakan adanya infeksi

- f) Mandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir.

R/Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah.

2. Potensial masalah

Masalah I : Hipotermi

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

Kriteria:

- a) Tidak ada tanda-tanda hipotermi, seperti bayi tidak mau menetek, tampak lesu, tubuh terasa dingin, denyut jantung bayi menurun, kulit tubuh bayi mengeras/sklerema (Saifuddin, 2006:373).
- b) Suhu bayi 36,5-37,5°C (Marmi, 2012:301).

Intervensi Marmi (2012:302) adalah:

- a) Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksila atau kulit.
R/Pemman 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. 2006:373).

Masalah 2 : Ikterik

Tujuan : Ikterik tidak terjadi

Kriteria :

- a) Kadar bilirubin serum tidak kurang dari 12,5 mg/dL
- b) Tidak ada tanda-tanda ikterus, seperti warna kekuning-kuningan pada kulit, mukosa, sklera, dan urine (Marmi 2012:279).

Intervensi menurut Marmi (2012:284) 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, incompatibilitas 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 (kem 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 entemhepatik. Jika kebutuhan nutrisi terpenuhi, akan memudahkan keluarnya mekonium (Vamey, Kriebs dan Geger. 2007:943).

Masalah 3: Hipoglikemi

Tujuan : Hipoglikemi tidak terjadi

Kriteria menurut Marmi (2012:306) :

- a) Kadar glukosa dalam darah kurang lebih 45 mg/dL
- b) Tidak ada tanda-tanda hipoglikemi yaitu kejang, letargi, pernapasan tidak teratur, apnea, sianosis, pucat, menolak untuk minum ASI, tangis lemah dan hipotermii.

Intervensi menurut (Marmi, 2012:306) adalah:

- a) Kaji bayi baru lahir dan catat setiap faktor risiko.
R/Bayi preterm, bayi ibu dari diabetes, bayi baru lahir dengan asflksia, 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 ketidaknonnalan 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.

Masalah 4 : Miliariasis

Tujuan : Miliariasis teratasi.

Kriteria : Tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi cairan diseluruh tubuh.

Intervensi menurut (Marmi, 2012:22-29) :

- 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-gatal/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.

Masalah 5 : Muntah dan gumoh

Tujuan : Bayi tidak muntah dan gumoh setelah minum.

Kriteria :

- a) Tidak muntah dan gumoh setelah minum
- b) Bayi tidak rewel

Intervensi menurut Marmi (2012:207-208) :

- a) Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel atau menangis.

R/Mengurangi masuknya udara yang berlebihan

- b) Sendawakan bayi selesai menyusui.

R/Bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui.

D. Penatalaksanaan

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based*. kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2007).

E. Evaluasi

Menurut Kepmenkes No.938/MENKES/Sk/VII/2007 Tentang Standart Asuhan Kebidanan adalah Bidan melakukan Evaluasi secara sistematis dan berkisenambungan untuk melihat keefektifan, dari asuhan yang sudah di berikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

Kriteria:

- a) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan kondisi klien
- b) Hasil evaluasi segera dicatat an dikomunikasikan pada klien dan keluarga
- c) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standart
- d) Hasil Evaluasi di tindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien

F. Dokumentasi

Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (Rekam Medis/KMS/status Pasien/ Buku KIA) ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP (Kepmenkes No. 938/Menkes/SK/V11/2007) yaitu:

S : Data subyektif, mencatat hasil anamnesa

O : Data Obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : Hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah khidanan

P : Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif,

tindakan segera, tindakan secara komprehensif penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/ followup dan rujukan.

Dilakukan seperti asuhan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/ follow up dan rujukan.



2.2.5 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

A. Pengkajian Data

1. Data Subyektif

a) Biodata

1) Namaistri/suami

Mengetahui nama klien dan suami berguna untuk memperlancar komunikasi dalam asuhan sehingga tidak terlihat kaku dan lebih akrab (Walyani, 2015: 118).

2) Umur

Wanita usia <20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk menunda kehamilan, usia 20-25 tahun untuk menjarangkan kehamilan, dan usia >35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifuddin, 2013 :9).

3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Ambarwati, 2011: 132).

4) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontak, suntikan Kb, susuk KB atau alat susuk bawah kulit (AKBK), AKDR (Manuaba, 2012: 592).

5) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak diduga (Mochtar, 2011: 194).

6) Alamat

Wanita yang tinggal ditempat yang terpencil mungkin memilih metode yang tidak mengharuskan mereka berkonsultasi secara teratur dengan petugas keluarga berencana (Walsh, 2007: 10)

b) Keluhan Utama

Keluhan utama adalah saat kenapa klien datang ke tempat bidan. Hal ini disebut tanda atau gejala. Dituliskan sesuai dengan yang diungkapkan oleh klien serta tanyakan juga sejak kapan hal tersebut dikeluhkan oleh klien (Walyani, 2015: 119).

c) Riwayat kesehatan

1) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke (Affandi, 2012).

2) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah <180/110 mmHg dengan masalah pembekuan darah, anemia bulan sabit (sickle cell) (Affandi, 2012).

- 3) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin (Affandi, 2012).
 - 4) Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan dan nifas, perlu konseling prakonsepsi dengan memperhatikan resiko masing-masing penyakit. Pasien dengan kelainan jantung derajat 3 dan 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilih cara kontrasepsi AKDR, tubektomi atau vasektomi pada suami (Hanafi, 2011)
 - 5) Ibu dengan penyakit infeksi alat genitalia (Vaginitis, servicitis), sedang mengalami atau menderita PRP atau abortus septik, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang mempengaruhi kavum uteri, penyakit trofoblas yang ganas, TBC pelvik, kanker alat genitalia tidak diperkenankan menggunakan AKDR dengan progestin (Anwar, 2012).
- d) Riwayat kebidanan
- 1) Haid

Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalinan insersi implan dapat dilakukan setiap saat. Bila menyusui penuh, klien tidak perlu memakai metode kontrasepsi lain. Bila setelah 6 minggu melahirkan dan

telah terjadi haid kembali, insersi dapat dilakukan setiap saat tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja (Affandi, 2012). 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), wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil Kb dengan efek estrogen yang rendah (Manuaba, 2010).

e) 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).

Riwayat kehamilan ektopik merupakan kontraindikasi penggunaan kontrasepsi minipil (Affandi, 2012).

Pasien yang tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septik tidak boleh menggunakan kontrasepsi kontra indikasi Kb IUD (Affandi, 2012).

f) Riwayat KB

Penggunaan Kb hormonal (suntik) dapat digunakan pada akseptor, pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil,

implan, IUD) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2014).

Pasien yang pernah mengalami problem ekspulsi IUD, ketidakmampuan untuk memeriksa sendiri ekor IUD merupakan kontraindikasi untuk KB IUD (Hartanto, 2013)

g) Pola Kebiasaan Sehari-hari

1) Nutrisi

DMPA mengandung pusat pengendalian nafsu makan di hipotalamus, yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak dari biasanya (Hartanto, 2013)

2) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot (Hartanto, 2013)

3) Istirahat/ tidur

Gangguan tidur yang dialami ibu akseptor KB suntik sering disebabkan karena efek samping dari KB suntik tersebut (mual, pusing, sakit kepala) (Saifuddin, 2010).

4) Seksual

Pada pengguna jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido (Saifuddin, 2010).

h) 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 tidak boleh menggunakan pil progestin (Affandi, 2012).

2. Data obyektif

a) Pemeriksaan umum

1) Tanda- tanda vital

Suntikan progestin dan implan dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah < 180/ 110 mmHg (Affandi, 2012)

Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Fraser, 2009).

b) Pemeriksaan antropometri

1) Berat badan

Umumnya pertambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1 kg sampai 5 kg dalam tahun pertama. Penyebab pertambahan berat badan tidak jelas.

Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh (Hartanto, 2013)

Permasalahan berat badan merupakan efek samping penggunaan kontrasepsi hormonal, etjadi peningkatan atau penurunan berat badan (Affandi, 2012).

c) Pemeriksaan Fisik

1) Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/ bulu berlebih didaerah muka) pada peggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Affandi, 2012).

2) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakaian pil progestin (Affandi, 2012)

Akibat terjadi perdarahan hebat memungkinkan terjadinya anemi (Affandi, 2012).

3) Payudara

Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma seperti payudara atau serviks, namun progesteron termnasuk DMPA digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2013).

Keterbatasan pada pengguna KB progestin dan implan akan timbul nyeri pada payudara (Affandi, 2012).

Terdapat benjolan/ kanker atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implant(Affandi, 2012)

4) Abdomen

Peringatan khusus bagi pengguna implant bila disertai nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010)

5) Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenore (Hartanto, 2013)

Ibu menggunakan varises di vulva dapat menggunakan AKDR (Affandi, 2012)

Efek samping yang umum terjadi dari pengguna AKDR diantaranya mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (Spotting) antara menstruasi, dan komplikasi lain dapat terjadi perdarahan hebat pada waktu haid (Affandi, 2012)

6) Ekstremitas

Pada pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan (Affandi, 2012).

Ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan AKDR (Affandi, 2012)

Untuk kontrasepsi IUD, selain dilakukan pemeriksaan fisik juga dilakukan pemeriksaan inspekulo dan bimanual untuk

penapisan, yang diuraikan sebagai berikut (Siswanto, 2013):

(a) Pemeriksaan inspekulo

Dilakukan untuk mengetahui adanya lesi atau keputihan pada vagina. Selain itu juga untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda-tanda kehamilan.

(b) Pemeriksaan bimanual

Pemeriksaan bimanual dilakukan untuk:

- (1) Memastikan bimanual serviks bebas
- (2) Menentukan besar dan posisi uterus
- (3) Memastikan tidak ada tanda infeksi atau tumor pada adneksa.

3. Diagnosa Kebidanan

PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia..... tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontra indikasi, keadaan umum baik, dengan kemungkinan masalah mual, sakit kepala, *amenorhea*, perdarahan/ bercak, nyeri perut bagian bawah, perdarahan pervaginam, prognosa baik (Saifuddin, 2010).

4. Perencanaan

Diagnosa : PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia.... tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontra indikasi, keadaan umum baik, prognosa baik.

Tujuan:

- a) Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif.
- b) Pengetahuan ibu tentang macam-macam, cara kerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah.
- c) Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya.

Kriteria:

- a) Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas.
- b) Ibu memilih salah satu KB yang sesuai.
- c) Ibu terlihat tenang.

Intervensi menurut Saifuddin (2010):

- a) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.
R/ Menyakinkan 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.

- d) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontra indikasi.

R/ Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang dia inginkan.

- e) Bantulah klien menentukan pilihannya.

R/ Klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

- f) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.

R/ Penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien.

- g) 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.

- h) Pesankan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang.

R/ Kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan alat kontrasepsi.

Masalah I : Amenorhea

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria : Ibu bisa beradaptasi dengan keadaannya.

Intervensi menurut Affandi (2012):

(1) Kaji pengetahuan pasien tentang *amenorhea*

R/ menegtahui tingkat pengetahuan pasien

(2)Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul di dalam rahim.

R/ ibu dapat mersa tenang dengan keadaannya.

(3) Bila terjadi kehamilan hentikan penggunaan Kb, bila kehamilan ektopik segera rujuk.

R/ penggunaan KB pada kehamilan dapat mempengaruhi kehamilan dan kehamilan ektopik lebih besar pada penggunaan KB

Masalah 2 : pusing

Tujuan : setelah diberikan asuhan, pusing dapat teratasi dari ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya.

Kriteria: tidak terasa pusing dan mengerti efek samping dari KB hormonal

Intervensi menurut Affandi (2012):

(1) Kaji keluhan pusing pasien

R/ membantu menengakkan diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya untu pengobatan.

(2) Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara

R/ Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal.

(3) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

R/ Teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri.

Masalah 3 : Perdarahan bercak/ *spotting*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu mmpu beradaptasi dengan keadaanya.

Kriteria : Keluhan ibu terhadap masalah bercak/*spotting* berkurang

Intervensi menurut Affandi (2012):

(1) Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah dan biasanya tidak memerlukan pengobatan.

R/ Klien mampu mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek menggunakan KB hormonal adalah terjadinya perdarahan bercak/ *spotting*.

(2) Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya.

Masalah 4 : Perdarahan pervaginam yang hebat

Tujuan : Petela diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi penggunaan KB

Kriteria : Perdarahan berkurang dan ibu tidak khawatir dengan kondisinya

Intervensi menurut Affandi (2012):

(1) Pastikan dan tegaskan adanya infeksi pelvik dan kehamilan ektopik

R/ Tanda dari kehamilan ektopik dan infeksi pelvik adalah adanya berupa perdarahan yang banyak.

(2) Berikan terapi ibuprofen (800mg, 3 kali sehari selama 1 minggu) untuk mengurangi perdarahan dan berikan tablet besi (1 tablet setiap hari selama 1-3 bulan)

R/ Terapi ibuprofen dapat membantu mengurangi nyeri dan karena perdarahan yang banyak maka diperlukan tablet tambah darah.

(3) Lepaskan AKDR jika klien menghendaki

R/ Perdarahan yang banyak merupakan komplikasi dari penggunaan AKDR.

5. Implementasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar Asuhan kebidanan, bidan melakukan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya *promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan dengan kriteria:

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

6. Evaluasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI nomor 938/ Menkes/ SK/VII/ 2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria:

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

7. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI No. 133 (2007). Evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut:

S : Data subyektif, mencatat hasil anamnesa

O : Data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : Hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P : Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan Penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi atau *follow up* dan rujukan.

