

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar/Teori

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 7 hari) di hitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan di bagi menjadi 3 triwulan yaitu triwulan pertama di mulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan ke dua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triulan ke tiga dari bulan ketujuh sampa 9 bulan (Saiffudin 2009:89).

Antenatal care adalah pengawasan sebelum persalinan terutama ditunjukkan pada pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim dan ibunya (Manuaba 2010,110).

Pemeriksaan antenatal care (ANC) adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil. Sehingga mampu menghadapi persalinan, kala nifas, persiapan pemberian ASI dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar (Manuaba,2008:98).

B. Klasifikasi Kehamilan

Kehamilan dibagi dalam 3 trimester:

1. Trimester pertama (antara 0 sampai 12 minggu)

Menurut Nirwana (2011) dalam Farida (2016 : 22) Ketika wanita dinyatakan hamil, maka kadar hormon progesteron dalam tubuh akan meningkat dan akan menimbulkan mual, muntah pada pagi hari, lemah, letih dan membesarnya payudara. Pada awal kehamilannya ibu akan membenci perubahan yang terjadi pada dirinya. Banyak ibu merasa kecewa, terjadi penolakan, kecemasan, dan kesedihan.

2. Trimester kedua

Menurut Wulandari (2009) dalam Dela (2016 : 29) 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.

3. Trimester ketiga (antara 24 sampai 40 minggu)

Menurut Wulandari (2009) dalam Dela (2016 : 29) 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.

C. Tanda-Tanda Kehamilan

1. Tanda Tidak Pasti (Presuntive Sign)

a. Amnorea (berhentinya menstruasi)

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadinya pembentukan folikel de graaf dan ovulasi sehingga menstruasi tidak terjadi. Lamanya amenorea dapat di konfirmasi dengan memastikan hari pertama haid terakhir (HPHT) dan digunakan untuk memperkirakan usia kehamilan dan taksiran persalinan.

b. Mual (*nause*) dan muntah (*emesis*)

Pengaruh estrogen dan progesteron terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan menimbulkan mual muntah yang terjadi terutama pada pagi hari (*morning sickness*).

c. Mengidam

Wanita hamil sering menginginkan makan tertentu. Ngidam sering terjadi pada bulan-bulan pertama dan akan menghilang dengan makin tuanya kehamilan.

d. Pingsan (*Syncope*)

Terjadi gangguan sirkulasi kedaerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan pingsan dan akan hilang setelah usia kehamilan 16 minggu.

e. Lelah (*fatigue*)

Sering terjadi pada trimester I, akibat dari penurunan kecepatan basal metabolisme (basal metabolisme rate-BMR) pada kehamilan.

f. Payudara tegang

Estrogen meningkatkan perkembangan sistem duktus pada payudara, sedangkan progesteron menstimulasi perkembangan sistem alveolar payudara. Bersama somatomotropin, hormon-hormon ini menimbulkan pembesaran payudara, menimbulkan perasaan tegang nyeri selama 2 bulan pertama kehamilan.

g. Seting miksi

Desakan rahim kedepan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi. Ini terjadi pada triwulan pertama akibat desakan uterus terhadap kandung kemih. Pada akhir triwulan gejala bisa muncul kembali karena janin mulai masuk rongga panggul dan menekan kembali kandung kemih.

h. Kontipasi atau obstipasi

Pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltik usus (tonus otot menurun) sehingga kesulitan BAB.

i. Pigmentasi pada kulit

Terjadi pada usia kehamilan 12 minggu. Terjadi karena pengaruh hormon kortikosterid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit.

j. Epulis

Hipertropi papillagingivae/gusi, sering terjadi pada triwulan pertama.

k. Varices atau penampakan pembuluh daerah vena

Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pelebaran pembuluh darah terutama bagi wanita yang mempunyai bakat. Varices dapat terjadi disekitar genetalia eksterna, kaki dan betis serta payudara. Penampakan pembuluh darah ini dapat hilang setelah persalinan.

(Hani, Umami, dkk.2011.72-74)

2. Tanda Kemungkinan (Probability Sign)

a. Perut membesar

Terjadi pembesaran abdomen secara progresif kehamilan 7 sampai 28 minggu. Pada minggu 16-22, pertumbuhan terjadi secara cepat dimana uterus keluar panggul dan mengisi rongga abdomen. (Ina, 2014:102).

Terjadi akibat pembesaran uterus. Hal ini terjadi pada bulan keempat kehamilan. peningkatan hormone estrogen dan progesterone pada awal kehamilan menyebabkan hipertropi miometrium. hipertropi tersebut bersamaan dengan peningkatan yang nyata dari jaringan elastin dan akumulasi dari jaringan fibrosa, sehingga jaringan fibrosa struktur dinding uterus menjadi lebih kuat terhadap regangan dan distensi. hipertropi miometrium juga disertai dengan peningkatan vaskularisasi dan pembuluh limfatik. Peningkatan vaskularisasi, kongesti, dan edema jaringan dinding uterus dan

hipertrofi kelenjar serviks menyebabkan berbagai perubahan yang dikenali sebagai tanda Chadwick, goodell, dan hegar.

(Hani, Umi dkk, 2010:40)

b. Uterus membesar

Terjadi perubahan dalam bentuk, besar dan konsisten dari rahim.

c. Tanda hegar

Konsistensi rahim yang menjadi lunak, terutama daerah isthmus uteri sedemikian lunaknya, hingga kalau meletakkan 2 jari dalam formiks posterior dan tangan satunya pada dinding perut atas symphysis, maka isthmus ini tidak berada seolah-olah corpus uteri sama sekali terpisah dari cerviks.

Tanda hegar adalah pelunakan dan dapat ditekannya isthmus uteri. (Umami Hani. Dkk, 2011 : 74)

Melunaknya segmen bawah rahim yang mempunyai kesan lebih tipis dapat diketahui dengan pemeriksaan bimanual tanda ini terlihat pada minggu ke 6 dan menjadi nyata pada minggu ke 7-8 (Sujiyatini, 2008:94).

d. Tanda chadwick

Vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebiru-biruan (livide) yang disebabkan oleh adanya hipervaskularisasi. Warna porsio juga akan tampak livide. Hal ini disebabkan oleh adanya pengaruh hormone estrogen.

e. Tanda piskaseck

Uterus membesar kesalah satu jurusan hingga menonjol jelas ke jurusan pembesaran uterus.

Tanda Piskacek merupakan pembesaran uterus yang tidak simetris. Terjadi karena ovum berimplantasi pada daerah dekat dengan kornu sehingga daerah tersebut berkembang terlebih dahulu(Hani, Umi dkk. 2010:45)

f. Kontraksi-kontraksi kecil uterus bila dirangsang

Bila uterus dirangsang mudah berkontraksi. Saat palpasi atau pemeriksaan dalam, uterus yang awalnya lunak akan menjadi keras karena berkontraksi. Tanda ini khas untuk uterus dalam masa kehamilan.

g. Teraba ballotment

Pada kehamilan 16-20 minggu, dengan pemeriksaan bimanual dapat terasa adanya benda yang melenting dalam uterus (Ina , 2014 : 102-103).

3. Tanda Pasti Kehamilan

a. Terdengar Denyut Jantung Janin (DJJ).

Dapat didengar pada usia 12 minggu dengan menggunakan alat fetal electrocardiograf (misalnya dopler). Dengan stetoskop Laenec, DDJ baru dapat didengar pada usia kehamilan 18-20 minggu. (Ari Sulistyawati, 2012 : 87).

b. Terasa gerak janin.

Gerakan janin ini harus dapat di raba dengan jelas oleh pemeriksa. Gerakan janin baru dapat di rasakan pada usia kehamilan sekitar 20 minggu. (Soffian A,2011:65).

c. Bagian-bagian Janin

Bagian-bagian janin yaitu bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin (lengan dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada usia kehamilan lebih tua (trimester terakhir). Bagian janin ini dapat dilihat sempurna lagi menggunakan USG. Kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgen maupun USG. (Hani, Ummi, dkk.2011:78). Pemeriksaan USG pada ibu hamil yaitu mengkonfirmasi awal kehamilan, melihat posisi dan kondisi plasenta, mampu mendeteksi detak jantung janin pada usia kehamilan 5,5 minggu, mengetahui usia kehamilan, secara tepat melalui pengukuran tubuh fetus, menilai pertumbuhan dan perkembangan bayi dalam kandungan, dapat mengetahui ancaman terjadi keguguran, kehamilan ganda, dapat mengukur volume cairan ketuban, dan kelainan letak janin serta untuk biopsi atau pengeluaran cairan (Sugiharto,2011:56).

D. Diagnosis kehamilan

Menurut (saifuddin,2009), Diagnosis di buat untuk menentukan hal-hal sebagai berikut:

Tabel 2.1
Diagnosis kehamilan

No	Kategori	Gambaran
1.	Kehamilan normal	1. ibu sehat 2. tidak ada riwayat obstetric buruk 3. ukuran uterus sama/sesuai usia kehamilan 4. pemeriksaan fisik dan laboratorium normal
2.	Kehamilan dengan masalah khusus	Seperti masalah keluarga atau psokosial, kekerasan dalam rumah tangga, kebutuhan financial
3.	Kehamilan dengan masalah kesehatan yang membutuhkan rujukan untuk konsultasi daan atau kerjasama penangananya	Seperti hipertensi, anemia berat, preeklamsi, pertumbuhan janin terhambat, infeksi saluran kemih, penyakit kelamin dan kondisi lain-lain yang dapat memburuk selama kehamilan.
4.	Kehamilan dengan kondisi kegawatdaruratan yang membutuhkan rujukan segera	Sperti perdarahan, eklamsi, ketuban pecah dini, ata kondisi-kondisi kegawatdaruratan lain pada ibu dan bayi

Sumber: saifudin,2009:74

E. Proses kehamilan

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

1. Spermatozoa

Dikluarkan oleh testis dan peristiwa pematangan di sebut spermatogenesis. Jumlahnya akan berkurang,tetapi tidak akan habis

seperti ovum dan tetap bereproduksi meskipun pada lansia. kemampuan fertilisasi selama 2-4 hari, rata-rata 3 hari terdapat 100 juta sperma setiap mililiter air mani yang dihasilkan, rata-rata 3cc tiap ejakulasi. (Ummi hani dkk, 2011:36).

2. Ovum

Bisa dibuahi jika sudah melewati proses oogenesis, dikeluarkan oleh ovarium pada saat ovulasi, satu kali setiap siklus haid dan akan habis jika sudah masuk masa remature. Ovum mempunyai waktu hidup 24048 jam setelah dikeluarkan dari ovarium (Hanni U, 2011:36). Berawal dari ovarium. Ovum berasal dari ovarium atau indung telur. Ada dua ovarium dalam tubuh wanita, yakni di kanan dan kiri. Dalam ovarium yang hanya sebesar ibu jari ini terdapat puluhan ribu ovum. Saat lahir saja, wanita sudah memiliki 750.000 ovum yang terus berkurang seiring bertambahnya usia ovarium hingga akhirnya punah saat menopause. “Ditangkap” Fimbria. Setiap bulan, Oogonium atau sel telur muda berebut menuju ke saluran tuba falopi. Jika berhasil masuk, akan ditangkap oleh fimbria, organ di ujung tuba falopi yang berbentuk seperti tangan dan diarahkan ke tuba falopi. Sampai di tuba falopi. Dalam saluran tuba falopi sepanjang 7,5-10 cm ini, terdapat silla atau sel yang ujungnya berbentuk seperti rambut yang bergerak mendorong ovum menuju rahim. Ovum akan bertahan selama satu hari di tuba falopi. Jika bertemu dengan sperma akan bersatu membentuk zigot. Menempel terus di rahim. Zigot akan turun

ke rongga rahim, lalu menempel di lapisan dindingnya dan berkembang menjadi janin. Dinding rahim terdiri dari miometrium-jaringan otot di bagian luar berupa otot polos berlapis tiga yang dapat berkontraksi dan berelaksasi dan endometrium-selaput lendir di bagian dalam. Bentuk rahim tidak selalu normal seperti buah pir atau avokad gepeng. Rahim juga bisa berbentuk: Uterus Septus, dari luar terlihat normal, tapi di dalamnya ternyata ada sekat, baik sebagian atau menyeluruh yang membagi rahim jadi dua bagian. Uterus Bikornis, menyerupai bentuk hati. Ada sekat di bagian dalamnya dan terlihat terbagi dua dari luar. Uterus Didelfis, bisa dikatakan ada dua rahim atau rahim ganda. Terkadang hingga ke bagian vaginanya ada sekatnya juga yang memisahkan vagina menjadi dua bagian. Bila tidak menjadi zigot. Jika tidak berhasil menjadi zigot, ovum akan tetap turun ke rongga rahim. Endometrium yang sudah menebal dan siap sebagai zigot menanamkan dirinya akan luruh, lalu beranjak keluar rahim dalam bentuk yang kita kenal sebagai darah haid. Pintu perbatasan serviks. Antara rahim dan vagina, terdapat serviks atau leher rahim yang sempit sekali. Serviks ini seperti pintu yang bisa terkunci selama kehamilan sehingga janin tidak dapat melewatinya dan baru akan terbuka dan meregang saat proses persalinan. Serviks akan menghalangi bakteri dan virus dari luar masuk lebih dalam ke bagian organ reproduksi. Lorong panjang vagina. Setelah melalui serviks, ovum akan sampai di lorong vagina. Panjang dinding depan

dan belakang vagina tidak sama. Dengan posisi rahim ke arah depan, panjang dinding sekitar 7,5 cm dan dinding belakang sekitar 11,5 cm. Lorong berkerut-kerut ini juga bisa memanjang dan melebar bila ada rangsangan. Di ujung vagina, terdapat lubang atau liang vagina yang merupakan tempat keluarnya darah haid. Bila darah haid sudah keluar, beakhirilah perjalanan ovum. Perjalanan serupa akan terjadi setiap bulan(Siwi Walyani,2015:45).

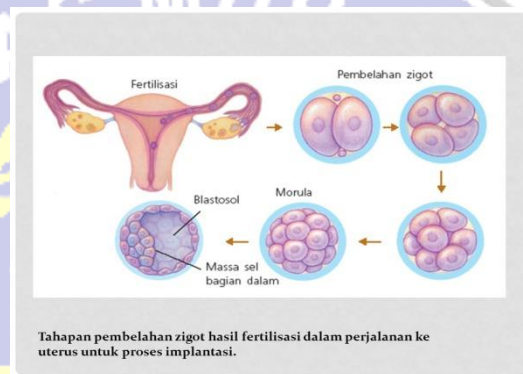
3. Konsepsi (pembuahan ovum)

jutaan spermatozoa ditumpahkan di forniks vagina dan di skitarporsio pada waktu coitus. Hanya satu spermatozoa yang mempunyai kemampuan (kapitasi) untuk membuahi.pada spermatozoa di temukan kaputnya lebih mudah menembus dinding ovum oleh karena diduga dapat melepaskan hialurodinase. Konsepsi (pembuahan) adalah penyatuan ovum (oosit sekunder) dan spermatozoa yang biasanya berlngsung di ampula tuba. Untuk mencapai ovum,spermatozoa harus melewati korona (lapisan sel di luar ovum) dan zona pelusida (suatu bentuk glikoprotein ekstraseluler),yaitu dua lapisan yang menutupi dan mencegah ovum mengalami fertilisasi lebih dari satu spermatozoa (Sarwono,2009:140-141).

4. Nidasi (implantasi)

Selanjutnya pada hari ke empat hasil konsepsi mencapai stdium blastula disebut blastokista,suatu bentuk yang bagian luarnya adalah frotoblas dan dibagian dalamnya disebut massa *inner cell* ini

berkembang menjadi janin dan berkembang menjadi plasenta. Dengan demikian, blastokista ini diselubungi oleh suatu simpai yang disebut trofoblas. Sejak trofoblas terbentuk, produksi *human chorionic gonadotropin* (Hcg) di mulai, suatu rematu yang memastikan bahwa endometrium akan menerima dalam proses implantasi embrio (Sarwono, 2009:143).

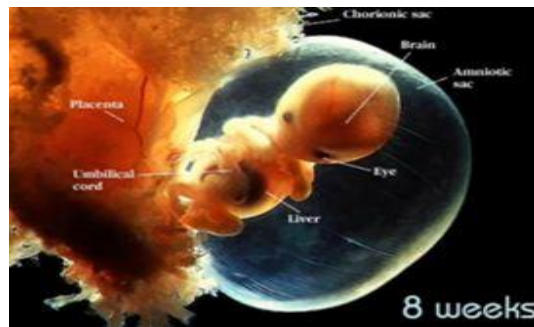


Gambar 2.1
Proses nidasi

Sumber: <https://www.google.co.id/search>

5. Pembentukan Plasenta

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



Gamabr 2.2
Pembentukan plasenta

Sumber: <https://www.google.com/search>

6. Pertumbuhan dan Perkembangan Janin

Pertumbuhan hasil konsepsi ada 2 yaitu perkembangan embrio dan perkembangan janin:

a) Perkembangan Embrio

1) Perkembangan awal embrio

segera setelah fertilisasi, zigot yang dihasilkan mulai mengalami pembelahan sel mitosis, yang disebut pembelahan atau *cleavage*. Melalui serangkaian tahapan, massa sel yang membelah disebut morula. Setelah mengalami reorganisasi sel dan cairan yang masuk ke dalam sel, morula menjadi blastosit. Blastosit inilah yang tertahan pada lapisan uterus. Saat proses implantasi berakhir pada hari ke-10 atau ke-11 setelah fertilisasi, periode embrionik telah dimulai.

b) perkembangan embrio lebih lanjut

Pada 14 hari pertama, blastula diberi makan oleh sitoplasmanya sendiri. Pembuluh darah primitive untuk embrio mulai berkembang pada mesoderm. Pada hari ke 14-28, pembuluh darah embrio berhubung dengan pembuluh darah pada vili korion plasenta primitive. Sirkulasi embrio/maternal dengan demikian telah terbentuk dan darah dapat beredar.

1) Minggu ke 8-10

Perkembangan janin:

- (a) Kepala mempunyai ukuran kira-kira sama dengan tubuh.
- (b) Leher lebih panjang sehingga dagu tidak menyentuh tubuh.
- (c) Pusat-pusat pembentukan tulang/osifikasi muncul pada tulang rawan/kartilago.
- (d) Terbentuk kelopak mata, tetapi tetap menutup sampai minggu ke-25 usus mengalami penonjolan/herniasi kedalam feniculus umbilicalis karena tidak tersedia cukup ruang di dalam perut.
- (e) Inseri funiculus umbilicalis, sangat rendah pada abdomen. Apabila perut ibu diraba terlalukeras maka fetus akan bergerak menjauh. (Sulistyawati.A.2009:14)



Gambar 2.3

Janin usia 10 minggu

Sumber: <https://www.google.com/search?safe>

2) Minggu ke 12

Perkembangan janin:

- a) Panjang tubuh kira-kira 9 cm dan berat 14 gram.
- b) Sirkulasi fetal telah berfungsi secara penuh.
- c) Traktus renalis mulai berfungsi.
- d) Terdapat refleks menghisap dan menelan.
- e) Genetalia eksterna telah tampak dan dapat ditetapkan jenis kelaminnya. (Sulistyawati, A. 2009:15)



Gambar 2.4

Janin usia 12 minggu

Sumber: <https://www.google.com/search?safe=strict&biw>

3) Minggu ke 12-16

Perkembangan janin:

- a) Panjang badan kira-kira 16 cm pada akhir.
- b) Minggu ke-16 dengan berat 100gram.
- c) Kulit sangat tembus pandang/transparan sehingga vasa darah dapat terlihat.
- d) Deposit (timbunan) lemak subkutan terjadi menjelang minggu ke-16.
- e) Rambut mulaitumbuh pada kepala dan lanugo (bulu halus).
- f) Tungkai lebih panjang daripada lengan.

(Sulistyawati.A. 2009:15)



Gambar 2.5

Jani usia 16 minggu

Sumber: <https://www.google.com/search>

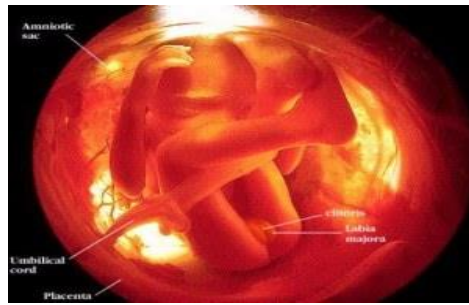
4) Minggu ke 16-20

a) Perkembangan janin:

- b) Kecepatan pertumbuhan mulai berkembang.

- c) Kepala sekarang tegak dan merupakan separuh panjang badan.
- d) Gambaran wajah telah nyata, dengan telinga yang terletak pada tempatnya yang normal.
- e) Kelopak mata, alis mata dan kuku telah tumbuh dengan sempurna.
- f) Tungkai mempunyai proporsi relative yang baik terhadap tubuh.
- g) Skeleton terlihat pada pemeriksaan sinar-x (walaupun sinar-x tidak digunakan untuk keperluan diagnosis).
- h) Kelenjar minyak telah aktif dan vernix caseosa (zat seperti salep) akan melapisi tubuh fetus/janin.
- i) Gerakan fetus dapat dirasakan oleh ibu setelah kehamilan minggu ke-18.
- j) Jantung fetus dapat didengar dengan stetoskop setelah minggu ke-20.
- k) Traktus renalis mulai berfungsi, dan sebanyak 7-17 ml urine di kluarkan setiap 24 jam.

(Sulistyawati. A . 2009:16.)



Gambar 2.6

Janin usia 20 minggu

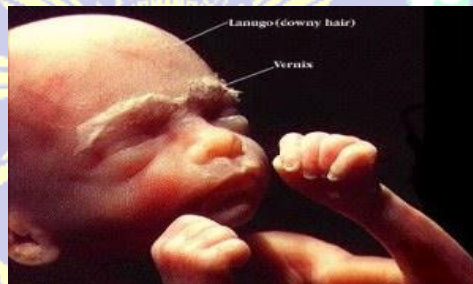
Suumber: <https://www.google.com/search>

5) Minggu ke-20-24

- a) Perkembangan janin:
- b) Kulit sangat berkeriput karena terdapat terlalu sedikit lemak subkutan.
- c) Lanugo menjadi lebih gelap dan verniks caseosa meningkat.
- d) Dari minggu ke-24 dan seterusnya, fetus akan menyepak dalam merespon rangsangan (stimulus) misalnya bising yang keras dari luar.
- e) Bayi tampak tenang apabila ibu mendengarkan music yang tenang dan merdu.
- f) Semua organ telah tumbuh.
- g) Pemberian sakarin (gula) kedalam cairan ketuban memperlihatkan adanya kecepatan menelan dua kali lebih besar.

6) Minggu ke 24-28

- a) Mata terbuka, alis dan bulu mata telah berkembang dengan baik.
- b) Rambut menutupi kepala.
- c) Lebih banyak deposit lemak subkutan yang menyebabkan kerutan kulit berkurang.
- d) Testis mengalami penurunan dari abdomen ke dalam skrotum pada minggu ke-28.
- e) Fetus lahir pada akhir masa ini mempunyai angka kematian atau mortalitas yang tinggi karena gangguan pernafasan atau respirasi. (Sulistyawati, A. 2009.)



Gambar 2.7

Janin usia 24 minggu

Sumber: <https://www.google.com/search>

7) Minggu ke 28-32

Perkembangan janin:

- a) Lanugo mulai berkembang
- b) Tubuh mulai lebih membulat karena lemak disimpan disana.
- c) Testis terus turun (Sulistyawati, A. 2009:17.)



Gambar 2.8

Janin usia 28 minggu

Sumber: <https://www.google.com/search?safe:>

8) Minggu 32-36

Perkembangan janin:

- a) Lanugo sebagian besar telah terlepas/rontok tetapi kulit masih tertutup oleh vernix caseosa.
- b) Testis fetus laki-laki terdapat didalam skrotum pada minggu ke 36
- c) Ovarium perempuan masih berada di skitar cavitas pelvic.
- d) Kuku jari tangan dan kaki mencapai ujung jari.
- e) Umbilicus sekarang terletak lebih di pusat abdomen

(Sulistyawati.A. 2009.17)



Gamabr 2.9
Janin usia 32 minggu
sumber: <https://www.google.com/search?safe>

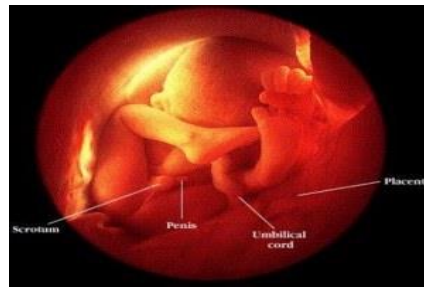
9) Minggu 36-40

Perkembangan janin:

- a) Pembentukan tulang/osifikasi tulang tengkorak masih belum sempurna, tetapi keadaan ini merupakan dan memudahkan lewatnya fetus melalui jalan lahir.
- b) Gerakan pernafasan fetus dapat di identifikasikan pada pemindaian ultrasound. Terdapat cukup jaringan lemak subkutan, dan berat badan hamper 1 kg pada minggu tersebut.
- c) Pada minggu pertama hasil konsepsi mengalami pembelahan dari 2 sel menjadi 4 sel, 8 sel, 16 sel (morula), kemudian sampai tahap blastula. Minggu kedua merupakan lanjutan perkembangan dari minggu pertama. Otak merupakan bagian dari Central Neural System (CNS) yang mulai terbentuk mulai minggu ke-9 dan berfungsi setelah minggu ke 16. Minggu ke 3 sampai minggu ke 16 merupakan proses organogenesis, di mana

pada minggu-minggu ini seluruh organ tubuh termasuk genetalia mulai terbentuk. Pembentukan hati dimulai dari minggu ke 3 sampai minggu ke 6, dan berfungsi setelah minggu ke 6. Dapat kita lihat pada minggu ke 4 sampai minggu ke 6 juga terbentuk anggota gerak bagian atas, di mana berfungsi setelah minggu ke 7. Sedangkan mata terbentuk mulai minggu ke 4 sampai minggu ke 8, mata janin akan terus berfungsi setelah minggu ke 8 sampai aterm. Anggota gerak bagian bawah mulai minggu ke 4 sampai minggu ke 7, berfungsi setelah minggu ke 7. Akhir minggu ke 6, merupakan proses pembentukan palatum pada janin dan akan berfungsi setelah minggu ke 8. Pertengahan minggu ke 7 genetalia eksterna janin mulai terbentuk, dapat berfungsi pada akhir minggu ke 9 sampai aterm, sedangkan proses pembentukan telinga terjadi pada minggu ke 4 kehamilan dan mulai berfungsi pada pertengahan minggu ke 9.

(sulistyawati. A. 2009:17.)



Gambar 2.10

Janin usia 36 minggu

Sumber: <https://www.google.com/search?q=janin+minggu+ke+36>

Gambar 2.11

Pertumbuhan dan perkembangan janin

Sumber: <https://www.google.com/search?q=tabel+pertumbuhan>

F. Perubahan fisiologi kehamilan

1. System Reproduksi

a) Uterus:

1) Berat naik 20x50 gram

2) Volume 10 ml

3) Pembesaran uterus karena pengaruh estrogen adalah hiperplasia hipertrofi jaringan otot uterus

4) Kontraksi Braxton hick terjadi pada minggu ke 6 dengan teregangnya uterus karena pengaruh estrogen dan progesterone

5) posisi uterus bergeser kanan,dan teraba pada usia 12 minggu.

Pembesaran uterus pada perabaan tinggi fundus uteri ibu hamil,
dapat di tafsirkan secara kasar seperti berikut ini:

(a) Tidak hamil/normal sebesar telur ayam ($\pm$ 30gr)

(b) 8 minggu : telur bebek

(c) 12 minggu : telur angsa

(d) 16 minggu : pertengahan simfisis ke pusat

(e) 20 minggu : pinggir bawah pusat

(f) 24 minggu : pinggir atas pusat

(g) 28 minggu : sepertiga pusat ke xypoid

(h) 32 minggu : pertengahan pusat ke xypoid

(i) 36-40 minggu : 3 jari di bawah xypoid

(Hutahaeen,2013:137)

Tabel 2.2

Pemeriksaan TFU sesuai usia kehamilan

Usia kehamilan	TFU	
	Dalam cm	Penunjuk badan
12 minggu	-	1/3 diatas simfisi
16 minggu	-	½ simfisi dan pusat
20 minggu	20 cm	2/3 diatas simfisis
22 minggu		Setinggi pusat
28 minggu	25 cm	Tiga jari diatas pusat
32 minggu	27 cm	
34 minggu		Pertengahan px dangn pusat
36 minggu	30 cm	Setengah px
40 minggu	26 cm	Dua jari dibawah px

Sumber: (Manuaba,2012:100)

b) Serviks

- 1) Servik terdapat tanda-tanda Chadwick,goodel,dan mucuc plug.
- 2) Servik uteri mengalami hipervaskularisasi dan pelunakan
- 3) Lendir servik meningkatkan seperti gejala keputihan
(Hutahaeen,2013:137).

Segera setelah periode tidak terjadinya menstruasi pertama, servik menjadi lebih lunak sebagai akibat meningkatnya suplai darah. Kanalis serviks dipenuhi oleh mukus yang kental disebut *operkulum*. Selama masa kehamilan operkulum menghambat masuknya bakteri ke usus, yang mengalir selama persalinan, yang disebut “bloody show” yang menandakan bahwa kanalis terbuka untuk lewat bayi. Servik nulipara (wanita yang belum pernah mengalami kehamilan) terlihat bulat dan halus serta menonjol ke arah vagina. Proses kelahiran merenggangkan serviks. Setelahnya, bentuk servik menjadi oval. Selama masa kehamilan konsistensi servik berubah. Sebelum masa kehamilan teraba seperti ujung hidung; pada awal masa kehamilan teraba seperti ujung daun telinga; dan pada keadaan teraba seperti bibir (Aprillia,2010:65).

2. Ovarium

Ovulasi berhenti namun masih terdapat korpus luteum graviditas sampai terbentuknya plasenta yang akan mengambil alih pengeluaran estrogen dan progesteron. (Sutanto,2018:35)

3. Vagina dan vulva

Karena pengaruh estrogen , terjadi hipervaskularis pada vagian dan vulva, sehingga pada bagian tersebut terlihat lebih merah atau kebiruan, kondisi ini disebut dengan tanda *chadwick*. (Sutanto,2018:35)

4. System kardiovaskular

Selama kehamilan, jumlah darah yang di pompa oleh jantung setiap menitnya atau bisa di sebut sebagai curah jantung (cardiac output) meningkat sampai 30-50%. Peningkatan ini mulai terjadi pada usia kehamilan 6 minggu dan mencapai puncaknya pada usia kehamilan 16-28 minggu. Oleh karena curah jnatung meningkat, maka denyut jantung pada saat istirahat juga meningkat (dalam keadaan normal 70 kali/menit). Pada ibu hamil dengan penyakit jantung, ia dapat jatuh dalam keadaan *decompensate cardis* (Manuaba.dkk,2012:37).

5. System gastrointestinal

Perubahan system pencernaan yang di sarankan ibu hamil adalah sebagai berikut:

a) Trimester 1

Pada bulan-bulan pertama kehamilan, terdapat perasaan enak (nausea). Hal ini mungkin dikarenakan kadar hormone estrogen yang meningkat. Tonus otot-otot traktus digestivus menurun sehingga motilitas seluruh traktus digestivus juga berkurang. Makanan lebih lama berada di dalam labung dan apa yang telah lama berada dalam lambung dan apa yang telah direncanakan lebih lama berada dalam usus. Hal ini mungkin baik untuk reabsorpsi, tetapi menimbulkan konstipasi yang memang merupakan salah satu keluhan utama wanita hamil. Tidak jarang di jumpai adanya gejala muntah (emesis) pada bulan-bulan pertama kehamilan. Biasanya terjadi pada pagi hari, dikenal sebagai morning sickness. Apabila emesis terjadi terlalu sering dan terlalu banyak dikeluarkan (hiperemesis gravidarum) maka keadaan ini patologik. Hipersalivasi sering terjadi sebagai kompensasi dari mual dan muntah yang terjadi. Pada beberapa wanita di temukan adanya ngidam makanan yang mungkin berkaitan dengan persepsi individu wanita tersebut mengenai apa yang bisa mengurangi rasa mual dan muntah. Kondisi lainnya adalah pica (mengidam) yang sering dikaitkan dengan anemia akibat defisiensi zat besi ataupun adanya suatu tradisi.

b) Trimester 2 dan 3

Biasanya terjadi konstipasi karena pengaruh hormone progesterone yang meningkat. Selain itu, perut kembung juga terjadi karena adanya tekanan uterus yang membesar dalam rongga perut yang mendesak organ-organ dalam perut khususnya saluran pencernaan, usus besar, ke arah atas lateral. Wasir (hemoroid) cukup sering terjadi pada kehamilan. Sebagian besar hal ini terjadi akibat konstipasi dan naiknya tekanan vena-vena di bawah uterus termasuk vena hemoroidal. Panas perut terjadi karena terjadinya aliran balik asam gastric ke dalam esophagus bagian bawah (sunarsih, 2011:88).

c) Metabolism

Pada metabolisme mineral yang terjadi adalah sebagai berikut:

1. kalsium, Dibutuhkan rata-rata 1,5 gram sehari, sedangkan untuk pembentukan tulang terutama di trimester akhir di butuhkan 30-40 gram.
2. Fosfor, Dibutuhkan rata-rata 2 gr/hari
3. Air, Wanita hamil cenderung mengalami retensi air

(Sulistyawati, 2011:98)

6. System Muskuluskeletal

- a) Pembesaran payudara dan rotasi anterior panggul memungkinkan untuk terjadinya lordosis

- b) Ibu sering mengalami nyeri di bagian punggung dan pinggang dan mempertahankan posisi stabil, beban meningkatkan otot punggung dan kolumna vertebrae.
- c) Adaptasi muskuluskeletal
- d) Relaksasi dan hiper mobilitas sendi pada masa hamil kembali stabil dan ukuran sama dengan sebelum hamil, kecuali pada laki-laki (Hutahaean,2013:77)

7. Payudara

Menurut mochtar,1998 payudara sebagai organ target untuk proses laktasi mengalami banyak perubahan yang dapat diamati oleh ibu adalah sebagai berikut:

- a) Selama kehamilan payudara bertambah besar,tegang,dan berat
- b) Dapat teraba nodul-nodul akibat hipertropi kelenjar alveoli
- c) Bayangan vena-vena lebih membiru
- d) Hiperpigmentasi pada areola dan papila mamme
- e) Kalau di peras akan keluar air susu yang jolong (kolostrum) berwarna kuning (Manurung dkk,2012:38)

8. System integument

a) Sistem Integumen

- 1) Cloasma gravidarum, terjadi perubahan warna bercak hiperpigmentasi kecoklatan pada kulit di daerah tonjolan maksila dan dahi, khususnya pada wanita hamil berkulit

hitam akibat peningkatan hormone estrogen dan progesterone, serta hormone melanokotropin.

- 2) Hipersensitifitas alergen plasenta
- 3) Peningkatan kelenjar apocrine akibat peningkatan hormone, kelenjar tersebut meningkat terutama akibat berat badan dan kegiatan metabolic yang meningkat; peningkatan aktivitas kelenjar sebacea.
- 4) Terdapat garis pigmentasi dari simfisis pubis sampai ke bagian atas fundus di garis tengah tumbuh di induksi hormone timbul. Pada primigravida garis mulai terlihat pada bulan ketiga terus memanjang seiring meningginya fundus. Pada multigravida, keseluruhan garis sering kali muncul sebelum bulan ketiga. Terdapat juga tanda regangan yang timbul pada 50-90% wanita selama pertengahan kedua kehamilan yang dapat disebabkan oleh kelenjar kerja adenokortikosteroid, menunjukan pemisahan jaringan ikat (kolagen) di bawah kulit. Garis-garis yang sedikit cekung ini cenderung timbul di daerah dengan regangan maksimum (misalnya, abdomen, paha, payudara).

(Hani, Umami, dkk.2011:51)

9. Sistem Perkemihan

Peningkatan sensitivitas kandung kemih dan pada tahap selanjutnya merupakan akibat kompresi pada kandung kemih. Pada trimester kedua, kandung kemih tertarik ke atas dan keluar dari panggul sejati ke arah abdomen. Uretra memanjang sampai 7,5 cm karena kandung kemih bergeser ke arah atas. Kongesti panggul pada masa hamil ditunjukkan oleh hyperemia kandung kemih dan uretra. Peningkatan vaskularisasi ini membuat mukosa kandung kemih dapat menurun. Hal ini memungkinkan distensi kandung kemih sampai sekitar 1500 ml. pada saat yang sama, pembesaran uterus menekan kandung kemih, menimbulkan rasa ingin berkemih walaupun kandung kemih hanya berisi sedikit urine.

(Hani, Ummi, dkk.2011:51-52)

10. Sistem Pernafasan

Peningkatan vaskularisasi yang merupakan respon terhadap peningkatan kadar estrogen, juga terjadi pada traktus pernafasan atas. Oleh karena itu kapiler membesar, terbentuklah edema dan hyperemia di hidung, faring, laring, trakea, dan bronkus. (Hani, Ummi, dkk.2011:52-53)

11. System Neurologi

- a) Kompresi syaraf panggul atau statis vascular akibat pembesaran uterus dapat menyebabkan perubahan sensori di tungkai bawah.

- b) Lordosis dorso lumbar dapat menyebabkan nyeri akibat tarikan pada syaraf atau kompresi akar syaraf.
- c) Akroestesia (rasa baal dan gatal di tangan) timbul akibat posisi bahu yng membungkuk,terkait dengan tarikan pada sekmen pleksus brakialis.
- d) Nyeri akibat ketergantungan umum timbul saat ibu cemas,atau juga gangguan penglihatan seperti kesalahan refleksi,sinusitis atau migrant. (Hutahaeen,2013:89).

12. Sistem Endokrin Dalam Kehamilan

Selama kehamilan normal kelenjar hipofisis akan membesar 135%. Akan tetapi kelenjar ini tidak begitu mempunyai arti penting dalam kehamilan. Pada perempuan yang mengalami hipofisektomi persalinan dapat berjalan dengan lancar. Hipofisis meningkatkan produksi kortikotropin, tiotropin dan prolaktin. Sebaliknya, FSH dan LH hampir ditekan akibat efek penghambat estrogen dan progesteron dari plasenta. Kelenjar endokrin dibawah pengaruh hipofisis anterior dan posterior yang berperan penting dalam kehamilan.

a) Hipofisis anterior

1) Kelenjar Tyroid

Kelenjar ini berbentuk seperti kupu-kupu yang menempel di bagian depan batang tenggorok (trachea). Kelenjar ini menghasilkan tiga jenis hormon yaitu :

- (a) Tri iodotironin (T3)
- (b) Tetra iodotironin/Tiroksin (T4)
- (c) Kalsitonin dalam jumlah sedikit

Hormon T3 dan T4 merupakan hormon yang dihasilkan oleh folikel, sedangkan Kalsitonin dihasilkan oleh parafolikuler. Bahan dasar pembentukan hormon ini adalah Yodium yang diperoleh dari asupan makanan dan minuman. Fungsi hormon-hormon Tyroid antara lain :

- (a) Mengatur laju metabolisme tubuh
- (b) Memegang peranan penting dalam pertumbuhan fetus khususnya pada saraf.
- (c) Mempertahankan sekresi GH dan Gonadotropin

(Maritalia, Dewi, 2012: 114)

2) Kelenjar Paratyroid

Kelenjar ini berukuran sebesar beras, jumlahnya ada 4 yang terletak di sudut-sudut kelenjar tyroid. Kelenjar ini mensekresikan parathormon (PTH). Parathormon mengatur metabolisme kalsium (Ca^{+}) dan fosfat (Po_4) tubuh. Organ targetnya adalah tulang, ginjal dan usus kecil (duodenum). Konsentrasi plasma hormon paratiroid akan menurun pada trimester pertama dan kemudian meningkat secara progresif. Aksi yang terpenting dari hormon paratiroid ini adalah untuk

memasok janin dengan kalsium yang adekuat. Selain itu juga diketahui mempunyai peran dalam produksi peptida pada janin, plasenta dan ibu.

3) Pancreas

Kelenjar Pancreas melewati pulau-pulau langerhans yang tersebar di dalamnya yang menghasilkan hormon insulin dan Glucagon yang berfungsi mengatur kadar dan penggunaan glukosa dalam darah.

4) Adrenal

Kelenjar ini disebut juga kelenjar Suprarenalis karena terletak dikutub atas ginjal, oleh karena menempel pada ginjal maka kelenjar ini juga disebut kelenjar anak ginjal. Kelenjar adrenal pada kehamilan akan mengecil. Korteks Adrenal mensintesa tiga kelompok hormon Steroid yaitu :

(a) Mineral kortikoid

Hormon ini berfungsi mengatur keseimbangan elektrolit dengan meningkatkan retensi natrium dan eksresi kalium. Aktivitas fisiologik ini selanjutnya membantu dalam mempertahankan tekanan darah normal dan curah jantung.

(b) Glukokortikoid

Metabolisme glukosa (glukosaneogenesis) yang meningkatkan kadar glukosa darah, metabolisme protein,

keseimbangan cairan dan elektrolit , inflamasi dan imunitas dan terhadap terhadap stresor.

(c) Androgen

Umumnya Adrenal mensekresi sedikit Androgen dan estrogen dibandingkan dengan sejumlah besar hormon seks yang disekresi oleh Gonad.

b) Hipovisis posterior

1) hormone antideuretik (ADH)

Pada kehamilan,ADH disekresi lebih banyak karena disebabkan oleh peningkatan sirkulasi darah diginjal pada kehamilan,sehingga filtrasi diglomerulus juga meningkat sampai 69%. Reabsobsi di tubulus tidak berubah, sehingga lebih banyak dapat dikeluarkan urea, glukosa, asam amino, asam folat dalam kehamilan sehingga terjadi poliuria.

2) hormon oksitosin

Hormon ini dihasilkan oleh hipotalamus dan disimpan dalam kelenjar hipofisis posterior. Saat diprlukan oksitosin dilepaskan oleh kelenjar hipofisis posterior ketika menerima rangsangan saraf dari hipotalamus. Fungsinya termasuk mengerutkan sauran susu. Selain perannya dalam injeksi air susu tugas lain hormon ini memastikan terjadinya kerutan otot rahim saat persalinan sehingga memperlancar proses persalinan. Saat persalinan produksi oksitosin meningkat

cepat. Pada saat yang sama, otot rahim mengembangkan kepekaan terhadap hormon oksitosin. Dibawah proses persalinan, sebagian perempuan diberi suntikan oksitosin untuk membantu mengatasi rasa sakit dan mempercepat proses persalinan. Agar produksi oksitosin normal, sel-sel yang membentuk hipotalamus harus mengetahui semua unsur yang terlibat dalam proses persalinan yang terjadi ditempat yang jauh darinya. Sel-sel ini harus mengetahui bahwa persalinan adalah proses sulit dan bahwa otot rahim harus dikerutkan agar menekan bayi keluar. Selain itu, sel-sel harus mengetahui bahwa diperlukan produksi kimiawi untuk mendorong kerutan ketegangan otot rahim, dan harus mengetahui rumus kimia yang benar. (Maritalia, Dewi, 2012: 116-17). Hormon-hormon yang disekresi oleh plasenta yang mempengaruhi anatomi fisiologi ibu hamil:

- (a) Hormon chorionic gonadotropin (HCG)
- (b) Bersamaan dengan perkembangan sel-sel trofoblast dari sebuah ovum yang baru dibuahi, Hormon HCG disekresi oleh sel-sel sinsitiotrofoblast kedalam cairan ibu. Sekresi hormon ini dapat diukur pertama kali dalam darah 8-9 hari setelah ovulasi, segera setelah blastosista berimplantasi dalam endometrium. Kemudian kecepatan sekresi akan meningkat sampai maksimal minggu ke-8 setelah ovulasi, dan menurun

sampai kadar yang lebih rendah menjelang 16-20 minggu setelah ovulasi. Sekresi terus berlanjut pada kadar terendah ini selama sisa kehamilan. HCG merupakan glikoprotein dengan berat molekul 39.000 dan memiliki struktur dan fungsi yang sama dengan LH yang disekresi oleh kelenjar hipofisis. HCG juga menyebabkan sekresi hormon seks, progesteron dan estrogen dalam jumlah besar oleh corpus luteum untuk beberapa bulan kedepan. Sekresi hormon ini (progesteron dan estrogen) akan mencegah menstruasi dan menyebabkan endometrium terus berkembang dan menyimpan sejumlah besar nutrisi daripada menjadi luruh saat menstruasi. Akibatnya sel-sel yang menyerupai desidua yang berkembang dalam endometrium selama siklus seksual wanita normal, menjadi sel-sel desidua yang sangat membengkak dan banyak mengandung nutrisi. Fungsi dari hormon Hcg adalah :

(1) untuk mempertahankan korpus luteum dan mencegah menstruasi.

(2) Mempengaruhi korpus luteum menjadi korpus gravidarum

(3) Mempengaruhi testis janin dengan merangsang sel-sel interstisial leyding untuk menghasilkan testosteron dalam jumlah sedikit,yang mengakibatkan organ kelamin pria lah

yang terbentuk. Kadar HCG yang tinggi dalam darah menyebabkan mual-muntah (morning sickness).

(c) Estrogen dan Progesteron

Hormon ini disekresi oleh sel-sel sinsial trofoblas. Sebagian besar Estrogen yang disekresi adalah Estriol, yaitu Estrogen yang sangat lemah dan dibentuk dalam jumlah kecil pada wanita tidak hamil. Estrogen diplasenta tidak disintesis secara de novo dari zat-zat dasar plasenta, namun dari senyawa steroid androgen, dehidroepiandrosteron dan 16-hidroksidehidroepiandrosteron, yang dibentuk pada kelenjar adrenal ibu dan fetus. Androgen yang lemah ini kemudian dibawa ke plasenta dan diubah oleh sel trofoblas menjadi estradiol, estron, dan estriol. Kadar Estrogen yang tinggi selama kehamilan menyebabkan pembesaran uterus, pembesaran payudara dan pertumbuhan duktus payudara, serta pembesaran genitalia eksterna wanita. Estrogen juga merelaksasi berbagai ligamentum pelvis, sehingga persendian mempermudah jalannya fetus melalui jalan lahir. Disisi lain, terjadi pula peningkatan signifikan sekresi progesteron oleh plasenta selama kehamilan.

(d) Korionik Somatomammotropin

Merupakan hormon plasenta yang baru di temukan. Hormon ini merupakan protein , dengan berat molekul 38.000, yang mulai disekresi oleh plasenta kira-kira minggu ke-5 kehamilan. Hormon ini memiliki fungsi penting yang berhubungan dalam nutrisi ibu dan anak. Fungsi hormon ini untuk metabolisme protein, bersifat laktogenik dan luteotropik, menimbulkan pertumbuhan janin dan mengatur metabolisme karbohidrat dan lemak.

(e) Human Placental Lactogen (HPL)

HPL adalah hormon yang dihasilkan oleh plasenta, yang merupakan hormon protein yang merangsang pertumbuhan dan menyebabkan perubahan dalam metabolisme karbohidrat dan lemak. Hormon ini berperan penting dalam produksi ASI. Kadar HPL yang rendah mengindikasikan plasenta yang tidak berfungsi dengan baik.

(f) Relaksin Hormon

Relaksin disekresikan oleh corpus luteum, ovarium dan juga oleh jaringan plasenta. Sekresi relaksin ini ditingkatkan oleh efek rangsangan dari HCG pada saat yang sama dengan sekresinya sejumlah besar estrogen dan progesteron. Relaksin berfungsi melunakkan serviks

wanita hamil pada saat persalinan dan merilekskan otot-otot polos.

(Maritalia, Dewi, 2012: 114-120)

13. Berat badan dan indek masa tubuh pada ibu hamil

Peningkatan berat badan optimal untuk rata-rata kehamilan adalah 12,5 kg, 9 kg diperoleh pada 20 minggu terakhir. Berat badan yang optimal ini berkaitan dengan resiko komplikasi terendah selama kehamilan dan persalinan serta berat badan bayi lahir rendah. Banyak faktor yang mempengaruhi peningkatan berat badan. Tingkat edema, laju metabolik, asupan diet, muntah atau diare, merokok, jumlah cairan amniotik dan ukuran janin, semuanya harus diperhitungkan. Usia maternal, ukuran tubuh prekehamilan, paratis, ras-etnisitas, hipertensi, dan diabetes juga mempengaruhi pola peningkatan berat badan maternal. Peningkatan berat badan yang tepat bagi setiap ibu hamil saat ini didasarkan pada indeks masa tubuh prekehamilan (Body Mass Index) yang menggambarkan perbandingan berat badannya lebih sedikit daripada ibu yang memasuki kehamilan dengan berat badan sehat. Kenaikan berat badan selama kehamilan dapat dihitung dengan menghitung indeks masa tubuh (IMT) sebelum hamil, yaitu $\text{kilogram BB}/(\text{TB dalam m}^2)$ atau $\text{pon BB}/(\text{inchi TB})^2$ nilai BB dan TB yang digunakan adalah sebelum

hamil. kemudian hasil perhitungan IMT dikonsultasikan pada tabel berikut ini :

Tabel 2.3
kenaikan BB yang dianjurkan selama hamil berdasarkan IMT sebelum hamil.

IMT Sebelum Hamil	Kenaikan BB yang Dianjurkan selama Hamil	
	Kg	Pon
Rendah (IMT <19,8)	12,5-18	28-40
Normal (IMT 19,8-26,00)	11,5-16	25-35
Tinggi (IMT >26,00-29,00)	7,0-11,5	15-25
Obesa (IMT >29,00)	<7,00	<15

Sumber: (Siwi Walyani,2015:105)

Kenaikan berat badan pada trimester satu hanya sekitar 0,7-1,4 kg, sedangkan pada trimester selanjutnya peningkatan berat badan per minggu 0,35-0,5 kg. (Siwi Walyani,2015:105)

Adapun perkiraan penambahan berat badan selama hamil sebagai berikut.

Tabel 2.4
Penambahan Berat Badan Selama Hamil pada Masing-masing Komponen Tubuh

Komponen Tubuh	Penambahan Berat Badan
Jaringan Ekstrauterin	1 kg
Janin	3-3,8 kg
Jaringan Amnion	1 kg
Plasenta	1-1,1 kg
Payudara	0,5-2 kg
Tambahan Darah	2-2,5 kg
Tambahan Cairan Jaringan	1,5-2,5 kg
Tambahan Jaringan Lemak	2-2,5 kg

Total	11,5-16 (rentan kenaikan BB selama hamil untuk ibu dengan IMT normal)
-------	---

Sumber: (Siwi Walyani,2015:107)

a) Trimester I

Seorang wanita yang sedang hamil sudah mengalami penambahan berat badan, namun penambahan tersebut masih tergolong rendah, kira-kira 1-2 kg. karena pada masa ini saat dimana otak, alat kelamin, dan panca indra janin sedang dibentuk.

b) Trimester II

Seorang wanita hamil akan mengalami kenaikan berat badan yang lebih banyak dibandingkan pada saat trimester I, karena pada trimester II ini pertumbuhan janin juga semakin besar. Dan sebagian besar penambahan berat badan selama masa kehamilan berasal dari uterus dan isi-isinya. Pada trimester II ini seorang wanita yang sedang hamil akan mengalami penambahan berat badan kira – kira 0,35 – 0,4kg per minggu. Kenaikan berat badan yang baik memang secara bertahap dan kontinyu. Bisa jadi catatan bahwa adanya penambahan berat badan yang berlebih dan secara cepat bisa jadi indikasi awal keracunan kehanilan atau diabetes.

c) Trimester III

Terjadi kenaikan berat badan sekitar 5,5 kg, penambahan BB dari mulai awal kehamilan sampai akhir kehamilan adalah 11 – 12 kg. Kemungkinan penambahan BB hingga maksimal 12,5 kg. Salah satu

metode yang digunakan untuk menentukan berat badan pada ibu hamil yaitu dengan Indeks Massa Tubuh (IMT).

Rumus berat badan ideal untuk ibu hamil yaitu sebagai berikut :

$$IMT = BB / (TB)^2$$

Ket : IMT: Indeks masa tubuh

BB : Berat badan

TB : Tinggi badan

(Siwi Walyani,2015:107)

G. Perubahan psikologi kehamilan

1. Perubahan Psikologi Trimester I (Periode Penyesuaian)

- a) Ibu merasa tidak sehat dan kadang merasa benci dengan kehamilannya.
- b) Kadang muncul penolakan, kekecewaan, kecemasan, dan kesedihan. Bahkan kadang ibu berharap dirinya tidak hamil saja.
- c) Ibu akan selalu mencari tanda-tanda apakah ia benar-benar hamil. Hal ini dilakukan sekedar untuk meyakinkan dirinya.
- d) Setiap perubahan yang terjadi dalam dirinya akan selalu mendapat perhatian dengan seksama.
- e) Oleh karena perutnya masih kecil, kehamilan merupakan rahasia seorang ibu yang mungkin akan diberitahukannya kepada orang lain dan malah mungkin akan dirahasiakannya

- f) Hasrat untuk melakukan hubungan seks berbeda-beda tiap wanita, tetapi kebanyakan mengalami penurunan.

2. Perubahan Psikologi Trimester II (Periode Kesehatan Yang Baik)

- a) Ibu merasa sehat, tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormone yang tinggi.
- b) Ibu sudah bisa menerima kehamilannya.
- c) Merasakan gerakan anak.
- d) Libido meningkat
- e) Menuntut perhatian dan cinta.
- f) Merasa bahwa bayi individu yang merupakan bagian dari dirinya.
- g) Hubungan sosial meningkat dengan wanita hamil lainnya atau pada orang lain yang baru menjadi ibu.
- h) Ketertarikan dan aktivitasnya terfokus pada kehamilan, kelahiran, dan persiapan untuk peran baru.

3. Perubahan Psikologi Trimester III (Periode Penantian Dengan Penuh Kewaspadaan)

- a) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik.
- b) Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu.
- c) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.

- d) Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya
- e) Merasa sedih karena akan terpisah dengan bayinya
- f) Merasa kehilangan perhatian
- g) Perasaan mudah terluka (sensitif)
- h) Libido menurun.

(Sulistyawati,Ari. 2012:76-77)

H. Ketidaknyamanan Selama Kehamilan

1. Mual dan Muntah

Mual dan muntah biasanya dirasakan pada kehamilan dini. Disebabkan oleh respon terhadap hormone dan merupakan pengaruh Fisiologis. Untuk penatalaksanaan kesusu bisa dengan diet, namun jika *Domitus Uterus* terjadi maka obat-obat antimrtik dapat diberikan. Untuk usahanya berikan nasihat tentang gizi, makan sedikit tapi sering, makan makanan padat bangkit dan berbaring, segera melaporkannya jika gejala vomitus menetap atau bertambah parah, serta mengingatkan pasien bahwa obat antivomitik dapat membuatnya mengantuk.

2. Pusing/Sakit Kepala

Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala hebat, yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang, dengan sakit kepala yang hebat

tersebut, ibu kadang disertai penglihatan yang kabur dan berbayang yang merupakan gejala dari pre-eklamsia

3. Sekret Berlebihan

Merupakan hal yang fisiologis (karena pengaruh estrogen), atau karena kandidiasis (sering), glikosuria, infeksi, trikomonas, gonore. Mencoba untuk menentramkan perasaan pasien dengan menyingkirkan kemungkinan infeksi, (atau mengobatinya). Beri nasihat dengan menjelaskan bahwa peningkatan secret vagina merupakan kejadian fisiologis, anjurkan untuk memperhatikan *hygiene* dengan gunakan celana dalam yang terbuat dari bahan katun tipis atau menghindari celana jeans yang ketat dan pakaian dalam yang sintetis yang akan meningkatkan kelembaban serta iritasi kulit, jangan menggunakan sabun dan basuh dari depan kebelakang serta keringkan dengan handuk atau tisu bersih serta penanganan pruritus.

4. Sering Buang Air Kecil

Buang air kecil yang sering ini dirasakan saat kehamilan dini, kemudian kehamilan lanjut. Disebabkan karena progesterone dan tekanan pada kandung kemih karena pembesaran rahim atau kepala janin yang turun ke rongga panggul. yang harus dilakukan adalah dengan menyingkirkan kemungkinan infeksi. Berikan nasihat untuk mengurangi minum setelah makan atau minimal 2 jam sebelum tidur, menghindari minum-minuman yang mengandung kafein,

jangan mengurangi kebutuhan air minum(minimal 8 gelas per hari) perbanyak di siang hari, dan lakukan senam kegel.

5. Pergerakan Janin

Ibu mulai merasakan gerakan bayinya pada bulan ke-5 atau ke-6, beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur geraknya akan melemah. Bayi harus bergerak minimal 3 kali dalam periode 3 jam. gerakan bayi dan minum dengan baik.

6. Pegal-Pegal

Umumnya dirasakan ketika kehamilan lanjut. Disebabkan oleh progesterone dan relaksin (yang melunakan jaringan ikat) dan postur tubuh yang berubah serta peningkatan berat badan yang dibawa dalam rahim. Yang harus dilakukan adalah dengan meningkatkan kemungkinan penyebab yang serius, fisioterapi, pemanasan pada bagian yang sakit, analgesia, dan istirahat. Berikan nasihat untuk memperhatikan postur tubuh (jangan terlalu sering membungkuk dan berdiri serta berjalan dengan punggung dan bahu yang tegak, menggunakan sepatu tumit rendah, hindari mengangkat benda berat, memberitahukan cara-cara untuk mengistirahatkan otot punggung, menjelaskan keuntungan menggunakan korset khusus bagi ibu hamil, tidur pada kasur tipis yang dibawahnya ditaruh papan jika di perlukan)

7. Kaki Bengkak

Dikarenakan adanya perubahan hormonal yang menyebabkan retensi cairan. Yang harus dilakukan adalah dengan segera berkonsultasi dengan dokter jika bengkak yang dialami pada kelopak mata, wajah dan jari yang disertai tekanan darah tinggi, sakit kepala, pandangan mata kabur (tanda pre-eklamsia). Kurangi asupan makanan yang mengandung garam, hindari duduk dengan kaki bersilang, gunakan bangku kecil untuk menopang kaki ketika duduk, memutar pergelangan kaki juga perlu dilakukan.

8. Nyeri Perut Bawah

Umumnya dirasakan ketika kehamilan lanjut. disebabkan oleh progesterone dan relaksin (yang melunakan jaringan ikat) dan postur tubuh yang berubah serta peningkatan beban berat badan yang dibawa dalam rahim. yang harus dilakukan adalah dengan menyingkirkan kemungkinan penyebab serius, fisioterapi, pemanasan pada bagian yang sakit, analgesia dan istirahat. Berikan nasihat untuk memperhatikan postur tubuh (jangan terlalu sering membungkuk dan berdiri serta berjalan punggung dan bahu yang tegak, menggunakan sepatu tumit rendah, hindari mengangkat benda berat, memberitahu cara-cara untuk mengistirahatkan otot punggung, menjelaskan keuntungan untuk mengenakan korset khusus bagi ibu hamil, tidur pada kasur tipis yang dibawahnya ditaruh papan jika diperlukan).

9. Konstipasi

Konstipasi terjadi pada bulan-bulan terakhir dan disebabkan karena progesterone dan usus yang terdesak oleh rahim yang membesar, atau juga bisa dikarenakan efek dari tablet zat besi. Penatalaksanaan khusus yaitu diet kadang-kadang dapat diberi pencahar ringan (dengan resep dokter). Asuhan yang diberikan yaitu dengan nasihat makanan tinggi serat, buah dan sayur, eksta cairan, hindari makanan berminyak, dan anjurkan olahraga tanpa dipaksa. (Rahayu,Sri. 2017:28-32)

I. Kebutuhan dasar ibu hamil

1. Oksigen

Kebutuhan oksigen pada ibu hamil mengalami peningkatan, respon tubuh terhadap peningkatan metabolisme untuk menambah masa jaringan payudara, hasil konsepsi, dan masa uterus, peningkatan konsumsi oksigen sebesar 15-20%.

(Visi Prima dkk, 2018;74)

2. Nutrisi

Nutrisi adalah ikatan kimia yang diperlukan oleh tubuh untuk melakukan fungsinya, yaitu menghasilkan energy, membangun dan memelihara jaringan serta mengatur proses kehidupan. Nutrisi adalah salah satu dari banyak factor yang mempengaruhi akhir kehamilan.

a) Kalori

Seorang wanita selama kehamilan memiliki kebutuhan energy yang meningkat. Energy ini digunakan untuk pertumbuhan janin,

pembentukan plasenta, pembuluh darah, dan jaringan yang baru. Selain itu, tambahan kalori dibutuhkan sebagai tenaga untuk proses metabolisme. Tubuh ibu memerlukan sekitar 80.000 kalori tambahan kalori pada kehamilan. Dari jumlah tersebut, berarti setiap harinya sekitar 300 tambahan kalori dibutuhkan ibu hamil.

b) Protein

Tambahan protein diperlukan selama kehamilan untuk persediaan nitrogen esensial guna memenuhi tuntutan pertumbuhan jaringan ibu dan janin. Asupan yang dianjurkan adalah 60 g per hari. Asuhan tinggi protein tidak dianjurkan selama kehamilan. Diduga kelebihan asupan protein menyebabkan maturasi janin lebih cepat dan menyebabkan kelahiran dini.

c) Zat Besi

Jumlah zat besi yang dibutuhkan untuk kehamilan tunggal normal adalah sekitar 1.000 mg, 350 mg untuk pertumbuhan janin dan plasenta, 450 mg untuk peningkatan massa sel darah merah ibu, dan 240 mg untuk kehilangan basal. Tambahan zat besi dalam bentuk garam *ferrous* dengan dosis 30 mg per hari, biasanya dimulai sejak kunjungan prenatal pertama guna mempertahankan cadangan ibu dalam memenuhi kebutuhan janin. (Gusti Ayu. Dkk, 2016)

d) Vitamin

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

(Kusmiati. dkk, 2013; hal 106)

e) Mineral

Mineral yang memiliki fungsi penting selama kehamilan adalah sebagai berikut:

- 1) Kalsium. Kebutuhan kalsium ibu hamil sebesar 1200 mg per hari (Kamariyah,2014:38). Bila asupan kalsium ibu hamil kurang maka kebutuhan kalsium akan diambil dari gigi dan tulang ibu (Hutahaean,2013:92).
- 2) Fosfor. Fosfor berfungsi pada pembentukan rangka dan gigi janin serta kenaikan metabolisme kalsium ibu (Hutahaean,2013:92). Kebutuhan sebesar 1200 mg per hari (Kamariyah,2014:38).
- 3) Besi. Diperlukan hemoglobin sel darah merah janin dan maternal (Kamariyah,2014:39). Semua wanita hamil harus menerima suplemen zat besi dalam bentuk zat besi ferro 30 mg per hari (Varney,2009:54).
- 4) Yodium. Defisiensi yodium menyebabkan kretinisme. Tambahan yodium yang dibutuhkan ibu hamil sebanyak 25µg/hari (hutahaean,2013:93).

5) Seng atau zink. Berfungsi untuk metabolisme sebuah komponen insulin dan enzim sel inti dan aktif dalam sintesis DNA dan RNA. Kebutuhannya sebesar mg per hari (Kamariyah,2014:39).

6) Natrium. Berfungsi untuk mempertahankan keseimbangan cairan,keseimbangan asam basa, iritabilitas muskuler, juga mengatur permeabilitas sel dan transmisi impuls saraf (Kamariyah,2014:40). Natrium pada ibu hamil bertambah sekitar 3,3 gram per minggu sehingga ibu hamil cenderung menderita edema.(Hutahaean,2013:94).

Tabel 2.5
Kebutuhan vitamin ibu hamil

Zat gizi	Kebutuhan penambahan Untuk Wanita Hamil	Contoh dan Jenis Makanan
Energi	285 Kkl	Nasi,roti,jagung,kentang, Tepung
Protein	12 gram	Daging,ikan, telur, ayam, kacang-kacangan,tahu, tempe
Vitamin A	200 RE/i.u	Kuning telur, hati, sayuran dan buah hijau dan kuning kemerahan
Kalsium	500 mg	Susu, ikan, sayuran hijau, kacang-kacangan kering.
Vitamin B1	0,2 mg	Biji-bijian, padi-padian, kacang-kacangan,daging
Vitamin B2	0,2 mg	Hati, telur, sayuran,kacang
Niasin	1 mg	Hati, daging,ikan, biji-bijian, kacang-kacangan

Vitamin C	10 mg	Sayuran, buah-buahan
Zat besi	30 mg	Daging,hati,sayuran hijau, bayam, kangkung, daun papaya,daun katuk.

Sumber: (Kusmiyati,T.dkk,2013:87)

3. Personal Hygiene

Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat. Menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah *genetalia*) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan. Kebersihan gigi dan mulut, perlu mendapat perhatian karena seringkali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium. Rasa mual selama hamil dapat memperburuk hygiene mulut dan menimbulkan karies gigi. (Kusmiati. dkk, 2013:106)

4. Perawatan Payudara

Payudara perlu dipersiapkan sejak sebelum bayi lahir sehingga dapat segera berfungsi dengan baik pada saat diperlukan. Pengurutan payudara untuk mengeluarkan sekresi dan membuka duktus dan sinus laktiferius, sebaiknya dilakukan secara hati-hati dan benar karena pengurutan yang salah dapat menimbulkan kontraksi pada rahim sehingga terjadi kondisi seperti pada uji kesejahteraan janin menggunakan uterotonika. Basuhlah lembut setiap hari pada areola dan puting susu akan dapat mengurangi retak dan lecet pada area tersebut. Untuk sekresi yang mengering pada puting susu, lakukan pembersihan dengan menggunakan campuran gliserin dan alcohol.

Karena payudara menegang, sensitive, dan menjadi lebih berat, maka sebaiknya gunakan penopang payudara yang sesuai (*brassiere*).

5. Perawatan Gigi

Paling tidak dibutuhkan dua kali pemeriksaan gigi selama kehamilan, yaitu pada trimester pertama dan ketiga. Penjadwalan untuk trimester pertama terikat dengan hiperemesis dan ptialisme (produksi liur yang berlebihan) sehingga kebersihan rongga mulut harus selalu terjaga. Sementara itu, pada trimester ketiga, terkait dengan adanya kebutuhan kalsium untuk pertumbuhan janin sehingga perlu diketahui apakah terdapat pengaruh yang merugikan pada gigi ibu hamil. Dianjurkan untuk menyikat gigi setelah makan karena ibu hamil sangat rentan terhadap terjadinya *carries* dan gingivitis.

6. Kebersihan Tubuh dan Pakaian

Kebersihan tubuh harus terjaga selama kehamilan. Perubahan anatomik pada perut, area genetalia/lipat paha, dan payudara menyebabkan lipatan-lipatan kulit menjadi lebih lembab dan mudah terinvestasi oleh mikroorganisme. Sebaiknya gunakan pancuran atau gayung pada saat mandi, tidak dianjurkan berendam dalam *bathtub* dan melakukan *vaginal douche*. Gunakan pakaian longgar, bersih dan nyaman dan hindarkan sepatu bertongkat tinggi (*high heels*) dan alas kaki yang keras (tidak elastis) serta korset penahan perut. Lakukan gerak tubuh ringan, misalnya berjalan kaki, terutama pada pagi hari. Jangan melakukan pekerjaan rumah tangga yang berat dan hindarkan

kerja fisik yang dapat menimbulkan kelelahan yang berlebihan. Beristirahat cukup, minimal 8 jam pada malam hari dan 2 jam di siang hari. Ibu tidak dianjurkan untuk melakukan kebiasaan merokok selama hamil karena dapat menimbulkan vasospasme yang berakibat anoksia janin, berat badan lahir rendah (BBLR), premature, kelainan congenital, dan solusio plasenta.

(Sarwono, 2014:286-287)

7. Eliminasi

Wanita perlu mempelajari cara menjaga kebersihan alat kelamin, yaitu dengan gerakan dari depan ke belakang setiap kali berkemih atau buang air besar, dan harus menggunakan tisu atau lap, atau handuk bersih setiap kali melakukannya. Membersihkan dan mengelap dari belakang ke depan akan membawa bakteri dari daerah rectum ke muara uretra dan meningkatkan resiko infeksi. Sebaiknya gunakan tisu yang lembut dan menyerap air, lebih baik yang berwarna putih, tidak diberi wewangian, karena tisu yang kasar diberi wewangian atau bergambar dapat menimbulkan iritasi.

(Yuni Kusmiati dkk, 2013:106-107)

8. Seksual

Selama kehamilan berjalan normal, koitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan, meskipun beberapa ahli berpendapat sebaiknya tidak lagi berhubungan seks selama 14 hari menjelang kelahiran.

Koitus tidak dibenarkan bila:

- a) Terdapat perdarahan pervaginam;
- b) Terdapat riwayat abortus berulang;
- c) Abortus/partus prematurus imminens;
- d) Ketuban pecah;
- e) Serviks telah membuka. (Kusmiati, 2013; 107)

9. Mobilisasi dan Body Mekanik

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan/aktifitas fisik biasa selama tidak terlalu melelahkan. Ibu hamil dapat melakukan pekerjaan seperti menyapu, mengepel, masak dan mengajar. Semua pekerjaan tersebut harus sesuai dengan kemampuan wanita tersebut dan mempunyai cukup waktu untuk istirahat. (Kusmiati. dkk, 2013:108)

10. Istirahat / tidur

Tidur pada malam hari selama kurang lebih 8 jam dan istirahat dalam keadaan rileks pada siang hari selama 1 jam. Ibu hamil harus menghindari posisi duduk dan berdiri dengan menggunakan ke dua ibu jari, dilakukan 2 kali sehari selama 5 menit (Kusmiati. dkk, 2013;125)

11. Imunisasi

Vaksinasi terhadap tetanus (TT) di Indonesia diberikan 2 kali. Sebaiknya setelah bulan ketiga dengan jarak sekurang-kurangnya 4 minggu. Vaksinasi kedua sebaiknya diberikan kurang dari 1 bulan sebelum anak lahir agar serum antitetanus mencapai kadar optimal.

Tabel 2.6
Imunisasi

Antigen	Interval	Lama perlindungan	% perlindungan
TT1	Pada kunjungan antenatal pertama	-	-
TT2	4 minggu setelah TT1	3 tahun	80
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun	95
TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun	99
TT5	1 tahun setelah TT4	25 tahun / seumur hidup	

Sumber: (Kusmiati. dkk, 2013; hal 126)

12. Senam hamil

Kegunaan senam hamil adalah melancarkan sirkulasi darah, nafsu makan bertambah, perceraan menjadi lebih baik, dan tidur menjadi lebih nyenyak. Bidan hendaknya menyarankan agar ibu hamil melakukan masing-masing gerakan sebanyak dua kali pada awal latihan dan dilanjutkan dengan kecepatan dan frekuensi menurut kemampuan dan kehendak mereka sendiri minimal lima tiap gerakan. (Sulistyawati.Ari,2012)

Senam hamil (prenatal) merupakan terapi latihan berupa aktivitas atau gerak yang diberikan pada ibu hamil untuk mempersiapkan diri, baik persiapan fisik maupun psikologis untuk menjaga keadaan ibu dan bayi tetap sehat (Widianti,2010:27). Senam hamil merupakan sebuah latihan gerak untuk mempersiapkan ibu secara fisik dan psikologis saat persalinan

(Indarti,2009:45). Menurut (Arief,2009:18), senam hamil adalah terapi latihan gerak untuk mempersiapkan ibu hamil, secara fisik atau mental, pada persalinan cepat, aman, dan spontan. Bagi ibu hamil yang baru pertama kali hamil (primigravida) atau sudah pernah hamil (multigravida), sangat disarankan mengikuti program senam hamil demi kesehatan ibu dan janin (Indivara, 2009:24).

Ada beberapa syarat yang harus diperhatikan oleh ibu hamil dalam mengikuti senam hamil. Menurut (Manuaba,2010:35), syarat tersebut antara lain:

1. Telah mengikuti pemeriksaan antenatal dan dinyatakan sehat oleh dokter dan bidan.
2. Latihan dilakukan setelah kehamilan mencapai 22 minggu.
3. Latihan dilakukan secara teratur dan disiplin dalam batas kemampuan fisik ibu.
4. Sebaiknya latihan dilakukan di Rumah Sakit atau di klinik bersalin dibawah pimpinan instruktur senam hamil.

13. Obat-obatan

Sebenarnya pada kondisi ibu hamil tidak dalam keadaan yang benar-benar berindikasi untuk di berikan obat-obatan, sebaiknya pemberian obat di hindari. Penatalaksanaan keluhan dan ketidaknyamanan yang dialami lebih dianjurkan kepada pencegahan dan perawatan saja. Dalam pemberian terapi,dokter biasanya akan sangat memperhatikan reaksi obat terhadap kehamilan, karena ada obat tertentu yang kadang bersifat kontra dengan kehamilan (Sulistyawati,2009:110)

14. Bepergian

- a) Hindari bepergian jauh, lama dan melelahkan
- b) Hindari tempat yang ramai, sesak dan panas
- c) Duduk terlalu lama bisa menyebabkan tromboflebitis dan bengkak kaki

(Dewi,2012:28)

Meskipun dalam keadaan hamil, ibu masih membutuhkan rekreasi untuk menyegarkan pikiran dan perasaan, misalnya dengan mengunjungi objek wisata atau pergi keluar kota. Akan tetapi ada hal-hal yang perlu 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 dapat menimbulkan sesak napas samapi akhirnya jatuh pingsan (sinkop)
- b) Apabila bepergian selama kehamilan, maka duduk dalam jangka waktu yang lama harus dihindari karena dapat menyebabkan peningkatan risiko bekuan darah vena dalam tromofeblitis selama kehamilan
- c) Wanita hamil dapat mengendarai mobil maksimal 6 jam dalam sehari dan harus berhenti selama 2 jam lalu berjalan selama 10 menit
- d) Stocking penyangga sebaiknya dipakai apabila harus duduk dalam jangka waktu yang lama di mobil atau pesawat terbang

- e) Sabuk pengaman sebaiknya selalu dipakai dan diletakkan dibawah perut ketika kehamilan sudah besar

(Lily Yulaikhah, 2008:51).

J. Tanda Bahaya Kehamilan

1. Perdarahan Pervaginam

Perdarahan pada kehamilan setelah 22 minggu sampai sebelum bayi dilahirkan dinamakan perdarahan inpartum sebelum kelahiran. perdarahan akhir kehamilan, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang-kadang, tetapi tidak selalu, disertai dengan rasa nyeri . Perdarahan seperti ini bisa berarti plasenta previa atau abrupsio plasenta.

2. Sakit Kepala yang Hebat

Sakit kepala selama kehamilan adalah umum, dan sering kali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang mentap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut ibu mungkin mengalami pengelihan yang kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre-eklamsia. (Hani dkk, 2011:118)

3. Pengelihan Kabur

Karena pengaruh hormonal dalam kehamilan, ketajaman visual ibu dapat berubah. Perubahan yang kecil adalah normal. Masalah visual

yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual mendadak, misalnya pandangan kabur atau berbayang dan berbintik-bintik. Perubahan visual mungkin disertai dengan sakit kepala yang hebat. Perubahan visual mendadak mungkin merupakan suatu tanda pre-eklamsia.

(Hani dkk,2011:119)

4. Nyeri Abdomen yang Hebat

Nyeri abdomen yang tidak berhubungan dengan persalinan normal adalah tidak normal. Nyeri abdomen yang mungkin menunjukkan masalah yang mengancam keselamatan jiwa adalah yang hebat, menetap, dan tidak hilang setelah beristirahat. Hal ini bisa berarti apendistis, kehamilan ektopik, penyakit radang pelvis, persalinan preterm, gastritis, penyakit kantong empedu, iritasi uterus, abrupsio plasenta, ISK, dan lain-lain. (Hani dkk, 2011:119)

5. Bengkak pada Muka Atau tangan

Hampir separuh dari ibu-ibu akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat atau meletakkan kakinya lebih tinggi. Bengkak dapat menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan diikuti dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini bisa merupakan pertanda anemia, gagal jantung, atau preeklamsia. (Hani dkk, 2011:121)

6. Gerakan Janin Tidak Terasa

Ibu mulai merasakan gerakan janin selama bulan ke-5 atau ke-6, beberapa ibu dapat merasakan gerakan janinnya lebih awal. Jika bayi tidur, gerakannya akan melemah. Janin harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam 3 jam periode. Gerakan janin akan lebih mudah terasa jika berbarung atau beristirahat dan jika ibu belum makan dan minum dengan baik. (Hani dkk, 2011:121)

Menurut (Sriningsih,2018:76) tanda bahaya kehamilan sebagai berikut:

1. Hiperemesis gravidarum
2. Abortus
3. Kehamilan ektopik
4. Mola hidatidosa
5. Perdarahan antepartum
6. Hipertensi pada kehamilan
7. Kehamilan lewat waktu
8. Kehamilan kembar
9. Hidramnion dan ketuban pecah dini

K. Diagnosa Kehamilan

Pembesaran perut wanita tidak selamanya merupakan suatu kehamilan sehingga perlu dilakukan diagnose banding, diantaranya sebagai berikut:

1. Pseudosiesis (hamil palsu atau kehamilan spuria)

Terdapat amenorea, perut membesar, tetapi tanda-tanda kehamilan lain dan reaksi kehamilan negative. Uterus berukuran biasa. Wanita mengaku dirinya hamil, tetapi sebenarnya tidak hamil. Hal ini biasanya terjadi pada wanita yang ingin sekali hamil. Dijumpai tanpa dugaan hamil, tetapi dengan pemeriksaan alat canggih dan tes biologis tidak menunjukkan kehamilan. (Hani dkk, 2011: 77)

2. Kistoma Ovarii

- a) Mungkin ada amenorea atau datang bulan terus berlangsung
- b) Perut penderita makin besar, tetapi tidak disertai tanda hamil dan uterusnya sebesar biasa.
- c) Lamanya pembesaran perut dapat melampaui umur kehamilan
- d) Pemeriksaan tes biologis kehamilan dengan hasil negatif

(Hani dkk, 2011:78)

3. Mioma Uteri

Dapat terjadi amenorea, perut penderita makin membesar, uterusnya makin besar, terkadang tidak merata. Akan tetapi, tanda-tanda kehamilan seperti tanda Braxton Hicks dan reaksi kehamilan negatif. (Hani dkk, 2011:78)

4. Vesika Uteri dengan Retensio Urine

Uterus memiliki ukuran seperti pada umumnya, tanda-tanda kehamilan, dan reaksi kehamilan negatif. (Hani dkk, 2011:78)

5. Hematometra

- a) Terlambatnya datang bulan yang dapat melampaui umur hamil
 - b) Perut terasa sakit setiap bulan
 - c) Terjadinya tumpukan darah dalam rahim
 - d) Tanda dan pemeriksaan hamil tidak menunjukkan hasil yang positif
 - e) Sebab hymen in perforate
- (Hani dkk, 2011:78)

L. Pelayanan ANC

1. Kunjungan I (16 minggu) dilakukan untuk :
 - a) Penapisan dan pengobatan anemia.
 - b) Perencanaan persalinan.
 - c) Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya.
2. Kunjungan II (24-28 minggu) dan kunjungan III (32 minggu), dilakukan untuk :
 - a) Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya.
 - b) Penapisan preeclampsia, gemelli, infeksi alat reproduksi dan saluran perkemihan, MAP.
 - c) Mengulang perencanaan persalinan.
3. Kunjungan IV (36 minggu sampai lahir)

- a) Sama seperti kegiatan kunjungan II dan III,
- b) Mengenali adanya kelainan letak dan presentasi,
- c) Memantapkan rencana persalinan,
- d) Mengenali tanda-tanda persalinan.(Sarwono, 2009:98).

2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

A. Pengertian Persalinan

Menurut (Wiknjosastro,2012:2) persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup diluar uterus melalui agina ke dunia luar. Persalinan normal atau persalinan spontan adalah bila bayi lahir dengan letak belakang kepala tanpa melalui alat-alat pertolongan istimewa serta tidak melukai ibu dan bayi, dan umumnya berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam.

B. Jenis-Jenis Persalinan

1. Bentuk-bentuk persalinan menurut teknik adalah sebagai berikut :
 - a) Persalinan Spontan

Proses persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri (Ai dkk, 2012 : 3).

b) Persalinan Buatan

Menurut Sarwono Prawirohardjo (2005) persalinan buatan adalah proses persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar misalnya ekstraksi dengan forceps atau dilakukan operasi *sectio caesarea* (Marmi, 2012 : 3).

c) Persalinan Anjuran

Pada umumnya persalinan terjadi bila bayi sudah cukup besar untuk hidup diluar, tetapi tidak sedemikian besarnya sehingga menimbulkan kesulitan dalam persalinan.

Persalinan kadang-kadang tidak mulai segera dengan sendirinya tetapi baru bisa berlangsung dengan dilakukannya amniotomi/pemecahan ketuban atau dengan induksi persalinan yaitu pemberian pitocin atau prostaglandin (Ika, 2014 : 4).

2. Persalinan menurut umur kehamilan menurut (Fadlun, 2012:64-65) adalah sebagai berikut :

- a) *Abortus* : pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan, berat janin <500 gram atau usia kehamilan kurang dari 20 minggu.

- b) *Partus Immaturus* : partus dari hasil konsepsi pada kehamilan dibawah 20 minggu dengan berat janin kurang dari 1000 gram.
- c) *Partus Prematurus* : kelahiran hidup bayi dengan berat antara 1000 gram sampai 2500 gram sebelum usia 37 minggu.
- d) *Partus Maturus* atau *Aterm* : persalinan pada kehamilan 37-42 minggu, berat janin diatas 2500 gram.
- e) *Partus Postmaturus* atau *Postterm* : persalinan yang terjadi 2 minggu atau lebih dari hari perkiraan lahir.

C. Sebab-Sebab Persalinan

1. Penurunan Kadar Hormon Progesteron

Hormon progesteron merupakan hormon yang menimbulkan relaksasi pada otot-otot rahim. Sedangkan hormon estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen didalam darah. Progesteron menghambat kontraksi uterus selama kehamilan, sehingga membantu mencegah ekspulsi fetus. Sebaliknya estrogen mempunyai kecendrungan meningkatkan derajat kontraktilitas terus. Baik progesteron maupun estrogen disekresikan dalam jumlah yang secara progresif makin bertambah selama kehamilan, tetapi mulai kehamilan bulan ke-7 dan

seterusnya sekresi estrogen terus meningkat sedangkan sekresi progesteron tetap konstan atau mungkin sedikit menurun sehingga terjadi kontraksi braxton hicks saat akhir kehamilan yang selanjutnya bertindak sebagai kontraksi persalinan (Eniyati dkk, 2012 : 10).

2. Oksitosin

- a. Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis parst posterior.
- b. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks.
- c. Menueurunya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dapat dimulai.

(Ika, 2014 : 8).

3. Plasenta Menjadi Tua

Plasenta yang menjadi tua seiring bertambahnya usia kehamilan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron. Hal ini menyebabkan kejang pada pembuluh darah sehingga akan menimbulkan kontraksi (Eniyati dkk, 2012 : 11).

4. Prostaglandin

- a) Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua.

- b) Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat dikeluarkan.
- c) Prostaglandin dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan (Vivian dkk, 2011 : 5).

5. Iritasi Mekanik

Dibelakang serviks terletak ganglion servikale (fleksus franken hauser). Bila ganglion ini digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin, akan timbul kontraksi uterus (Eniyati dkk, 2012 : 11).

D. Tanda dan Gejala Persalinan Penurunan kepala

1. Tanda dan gejala menjelang persalinan anatar lain :

a. Linghtening

Dirasakan kira-kira 2 minggu menjelang persalinan, adalah penurunan bagian presentasi kedalam pelvis minor. Lightening adalah sebutan bahwa kepala janin sudah turun. Lightening menyebabkan tinggi fundus menurun keposisi yang sama dengan posisi fundus pada usia kehamilan 8 bulan. Pada kondisi ini, bidan tidak dapat melakukan pemeriksaan ballotemen terhadap kepala janin yang sebelumnya dapat digerakkan diatas simfisis pubis pada palpasi abdomen. Pada leopold IV, jari-jari yang sebelumnya merapat, sekarang akan

memisah lebar. Terjadinya lightening juga memberi kesempatan yang baik untuk meninjau perencanaan ibu untuk persalinannya sekaligus memberi petunjuk tentang keadekuatan pintu atas panggul (Dewi, 2012 : 22-23).

b. Terjadinya His Permulaan

Makin tua kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesteron makin berkurang sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering, sebagai his palsu. Sifat his palsu, antara lain :

- 1) Rasa nyeri ringan dibagian bawah.
- 2) Datangnya tidak teratur.
- 3) Tidak ada perubahan pada serviks atau pembawa tanda.
- 4) Durasi pendek (Mika, 2016 : 16).

c. Keluarnya lendir bercampur darah yang lengket (*Blody Show*). *Blody Show* biasanya terjadi dalam 24 jam sampai 48 jam.

d. Ketuban pecah pada akhir kala I persalinan.

e. Serviks menjadi matang selama periode yang berbeda-beda sebelum persalinan. Kematangan serviks mengindikasikan kesiapan untuk persalinan. Setelah menentukan kematangan serviks, bidan dapat

menyakinkan ibu bahwa ia akan berlanjut ke proses persalinan begitu muncul kontraksi persalinan dan bahwa waktunya sudah dekat (Dewi, 2012 : 23-24).

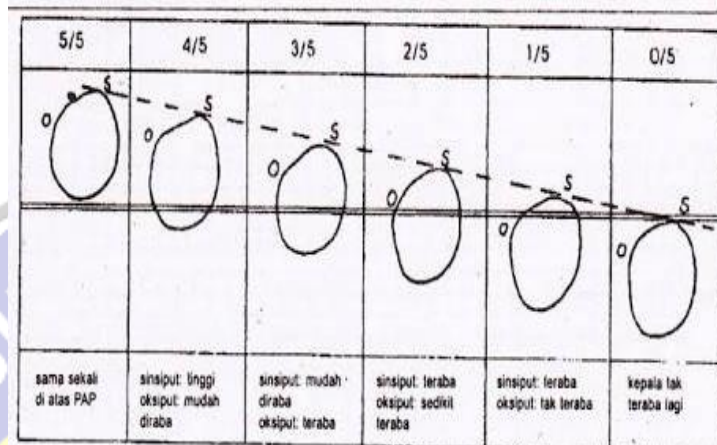
2. Penurunan Kepala Janin

Penilaian penurunan kepala dilakukan dengan menghitung proporsi bagian bawah janin yang masih berada diatas tepi atas symphysis dan dapat diukur dengan lima jari tangan (per lima). Bagian diatas symphysis adalah proporsi yang belum masuk PAP.

- a. 5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba diatas symphysis pubis.
- b. 4/5 jika sebagian (1/5) bagian terbawah janin telah memasuki PAP.
- c. 3/5 jika sebagian (2/5) bagian terbawah janin telah memasuki PAP.
- d. 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin yang masih berada diatas symphysis dan (3/5) bagian telah masuk PAP.
- e. 1/5 jika 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada diatas symphysis dan 4/5 bagian telah masuk PAP.

- f. 0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat teraba dari pemeriksaan luar dan bagian terbawah janin sudah masuk ke dalam rongga panggul (Widia, 2015 : 64-65).

Gambar 2.12

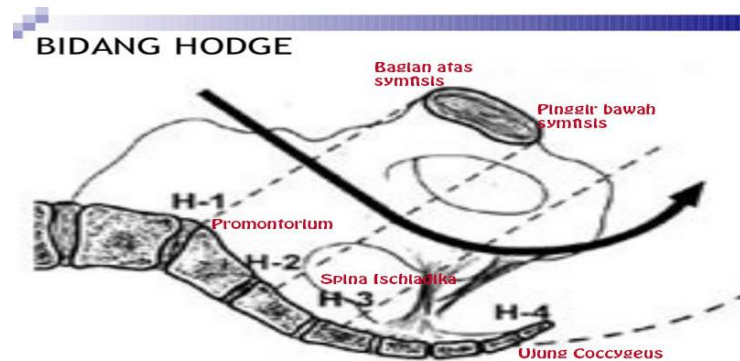


Penurunan Kepala Perlimaan

Sumber: <https://www.google.co.id>

3. Bidang Hodge

Bidang hodge adalah bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan yaitu seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam atau vagina toucher (VT).



Gambar 2.13

Bidang hodge

Sumber: <https://www.google.com/gambar+bidang+hodge>

Keterangan: Menurut Rohani (2013:75) Bidang Hodge terbagi empat yaitu

Hodge I: Bidang setinggi pintu atas panggul (PAP) yang dibentuk oleh promontorium, artikulasio sakro iliaka, sayap sacrum, linea inominata, ramus superior os. pubis, tepi atas simfisis pubis.

Hodge II: Bidang setinggi pinggir bawah simfisis pubis, berhimpit dengan PAP (Hodge I).

Hodge III: Bidang setinggi spina ischiadica berhimpit dengan PAP (Hodge I).

Hodge IV: Bidang setinggi ujung koksigis berhimpit dengan PAP (Hodge I).

E. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Beberapa faktor yang berperan didalam sebuah proses persalinan meliputi :

1. *Power* (Kekuatan)

Power atau tenaga yang mendorong anak adalah :

a. His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan

2) His persalinan yang menyebabkan pendataran dan pembukaan serviks.

Terdiri dari : his pembukaan, his pengeluaran, dan his pelepasan uri.

3) His pendahuluan tidak berpengaruh terhadap serviks.

b. Tenaga mengejan :

1) Kontraksi otot-otot dinding perut.

2) Kepala didasar panggul merangsang mengejan.

3) Paling efektif saat kontraksi/his (Dewi, 2012 : 2).

2. *Passage* (Jalan lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yaitu bagian tulang padat, dasar panggul, vagina dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu lebih berperan dalam proses persalinan. J

anin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku (Marmi, 2012 : 43).

a. Bagian-bagian tulang panggul :

1) Os Ischium/tulang duduk

a) Posisi os ischium terletak dibawah os ilium, pada bagian belakang terdapat cuat duri dinamakan spina iliaca posterior inferior (SIPI).

b) Lengkungan dibawah spina ischiadika dinamakan incisura ischiadika minor.

c) Pada bagian bawah menembah sebagai penopang tubuh saat duduk dinamakan tuber ischiadikum.

2) Os Pubis

Terdiri dari corpus dan dua buah rami

a) Corpus mempunyai permukaan medikal yang kasar.

b) Crista pubis adalah tepi atas corpus.

c) Tuberculum pubicum adalah ujung lateral crista pubica.

d) Ramus superior bertemu dengan corpus osis pubis pada tuberculum pubicum dan dengan corpus osis illii pada linea illiopectinea.

e) Ramus inferior menjadi satu dengan ramus superior ossis ischi (Dewi, 2012 : 3).

3) Os Sacrum

- a) Berbentuk segitiga, basis diatas, aspek bawah.
- b) Terdiri dari 5 os vertebra yang tumbuh menjadi satu.
- c) Diantara os coxae, melekat pada tulang tersebut melalui articulatio sacroiliaca.
- d) Permukaan atas vertebra sacralis bersendi dengan permukaan bawah vertebra lumbal ke-5.
- e) Permukaan depan cekung, belakangnya cembung.
- f) Promontorium, yaitu tepi anterior superior vertebra sacralis pertama (Dewi, 2012 : 3-4).

4) Os Illium

- a) Spina illiaca anterior superior : tempat perlekatan ligamentum inguinale.
- b) Spina illiaca posterior superior : setinggi vertebra sacral ke-2 dari luar tampak sebagai lekuk pada kulit.
- c) Crista illiaca yang memanjang dari spina illiaca anterior superior ke spina illiaca posterior superior (Dewi, 2012 : 3).

3. *Passenger* (Janin dan Plasenta)

Janin dapat mempengaruhi jalannya kelahiran karena ukuran dan presentasinya. Pada persalinan, karena tulang-

tulang masih dibatasi fontanel dan sutura yang belum keras, maka pinggir tulang dapat menyisip antara satu dengan yang lain yang disebut moulage, sehingga kepala bertambah kecil. Biasanya apabila kepala janin sudah lahir maka bagian-bagian lain dari janin dengan mudah menyusul. Karena plasenta juga harus melalui jalan lahir, ia juga dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kelahiran normal (Eniyati dkk, 2012 : 26).

F. Mekanisme Persalinan Normal

1. Engagement

Kepala biasanya masuk ke panggul pada posisi transversal atau pada beberapa posisi yang sedikit berbeda dari posisi ini sehingga memanfaatkan diameter terluas panggul. Engagement dikatakan terjadi ketika bagian terluas dari bagian presentasi janin berhasil masuk ke pintu atas panggul. Engagement terjadi pada sebagian besar wanita nulipara sebelum persalinan, namun tidak terjadi pada sebagian besar wanita multipara.

Bilangan perlimal kepala janin yang dapat palpasi melalui abdomen sering digunakan untuk menggambarkan apakah engagement telah terjadi. Jika lebih dari dua perlimal kepala

janin dapat dipalpasi melalui abdomen, kepala belum *engaged*. (Holmes, 2012 : 224).



Gambar 2.14

Penurunan kepala secara Engagement

Sumber: <https://www.google.com/search>

2. Desent (penurunan)

Penurunan yang meliputi *engagement* pada diameter obliqua kanan panggul, berlangsung terus selama persalinan normal pada waktu janin melalui jalan lahir. Gerakan-gerakan lainnya menyertai penurunan ini. Pada primigravida sebelum persalinan mulai sudah harus terjadi penurunan kepala yang jelas dalam proses *engagement*, asal tidak ada disproporsi dan segmen bawah rahim sudah terbentuk dengan baik. Pada multipara mungkin *engagement* tidak akan terjadi sampai persalinan betul-betul berjalan dengan baik. Penurunan disebabkan oleh tekanan kontraksi uterus ke bawah, dan pada kala II dibantu oleh

daya mengejan dari pasien dan sedikit oleh gaya berat (Harry, 2010 : 86).



Gambar 2.15

Penurunan kepala secara Descent

Suber: <https://www.google.com/search>

3. Flexsi

Sebelum persalinan mulai sudah terjadi flexsi sebagian oleh karena ini merupakan sikap alamiah janin dalam uterus. Tahanan terhadap penurunan kepala menyebabkan flexsi. Oociput turun mendahului sinciput, UUK lebih rendah daripada bregma, dan dagu janin mendekati dadanya. Biasanya ini terjadi di PAP, tetapi mungkin pula baru sempurna setelah bagian terendah mencapai dasar panggul. Efek daripada flexsi adalah merubah diameter terendah dari oociputofrontalus (11,0 cm) menjadi subocciput bregmatica (9,5 cm) yang lebih kecil dan lebih bulat. Oleh karena persesuaian antara kepala janin dengan panggul ibu mungkin ketat, pengurangan 1,5 cm dalam diameter terendah adalah penting (Harry, 2010 : 86).



Gambar 2.16

Penurunan kepala secara Flexi

Sumber: <https://www.google.com>

4. Rotasi Internal (putar paksi dalam)

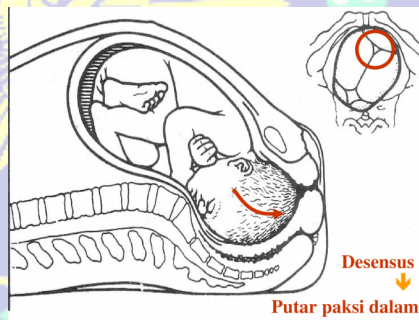
Rotasi interna selalu disertai turunnya kepala, putaran ubun-ubun kecil ke arah depan (ke bawah simfisi pubis), membawa kepala melewati distansi interspinarum dengan diameter biparietalis.

Perputaran kepala (penunjuk) dari samping ke depan atau ke arah posterior (jarang) disebabkan :

- a) Ada his selaku tenaga/gaya pemutar.
- b) Ada dasar panggul beserta otot-otot dasar panggul selaku tahanan. Bila tidak terjadi putaran paksi dalam umumnya kepala tidak turun lagi dan persalinan diakhiri dengan tindakan vakum ekstraksi.

Pemutaran bagian depan anak sehingga bagian terenda memutar kedepan kebawah simfisis

- 1) Mutlak perlu terjadi, karena untuk menyesuaikan dengan bentuk jalan lahir.
- 2) Terjadi dengan sendirinya, selalu bersamaan dengan manjunya kepala.
- 3) Tidak terjadi sebelum sampai Hodge III
- 4) Sebab-sebab putaran paksi dalam :
 - a) Pada letak fleksi → bagian belakang kepala merupakan bagian terendah.
 - b) Bag terendah mencari tahanan paling sedikit, yaitu di depan atas (terdapat hiatus genitalis).
 - c) Ukuran terbesar pada bidang tengah panggul → diameter anteroposterior (Dewi, 2012 : 17).



Gambar 2.17
Putar paksi dalam

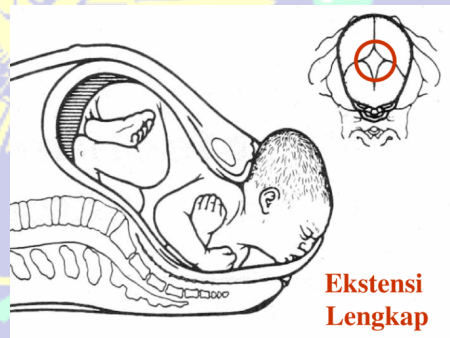
Sumber: <https://www.google.com/search>

5. Exstensi

Extensi pada dasarnya disebabkan oleh dua kekuatan :

- a. Kontraksi uterus yang menimbulkan tekanan kebawah.
- b. Dasar panggul yang memberikan tahanan.

Perlu diperhatikan bahwa dinding depan panggul (pubis) panjangnya hanya 4-5 cm sedangkan dinding belakang (sacrum) 10-15 cm. Dengan demikian sinciput harus menempuh jarak yang lebih panjang daripada oociput. Dengan semakin turunnya kepala terjadilah penonjolan perineum diikuti dengan kepala membuka pintu (Crowning). Oociput lewat melalui PAP perlahan-lahan dan tengkuk menjadi titik pusat diangulus subpubicus. Kemudian dengan proses extensi yang cepat sinciput menelurus sepanjang sacrum dan berturun-turut lahirlah bregma, dahi, hidung, mulut dan dagu melalui perineum (Harry, 2010 : 90).



Gambar 2.18

Penurunan kepala secara extensi

Sumber: <https://www.google.com>

6. Restitusi

Resitusi adalah lepasnya putaran kepala janin, yang terjadi akibat rotasi internal. Resitusi adalah sedikit rotasi oksiput melalui seperdelapan lingkaran. Saat kepala dilahirkan, oksiput secara langsung berada dibagian depan. Segera setelah kepala keluar dai vulva, kepala mensejajarkan dirinya sendiri dengan bahu, yang memasuki panggul dalam posisi oblik (miring) (Holmes, 2012 : 225).



Gambar 2.19
Penurunan kepala secara restitusi
Sumber: <https://www.google.com>

7. Putaran Paksi Luar

Setelah seluruh kepala sudah lahir terjadi putaran kepala keposisi pada saat engagement. Dengan demikian bahu depan dan belakang dilahirkan lebih dahulu dan diikuti dada, perut, bokong dan seluruh tungkai.

- a. Setelah kepala lahir → memutar kembali kearah punggung untuk menghilangkan torsi pada leher (putaran restitusi).

- b. Selanjutnya putaran dilanjutkan sampai belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadikum sefihak → putaran paksi luar sebenarnya.
- c. Putaran paksi luar disebabkan ukuran bahu menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari PAP.
- d. Setelah putaran paksi luar → bahu depan dibawah simfisi menjadi hipomoklion kelahiran bahu belakang.
- e. Bahu depan menyusul lahir, diikuti seluruh badan anak (Dewi, 2012 : 18).



Gambar 2.20

Putaran paksi luar

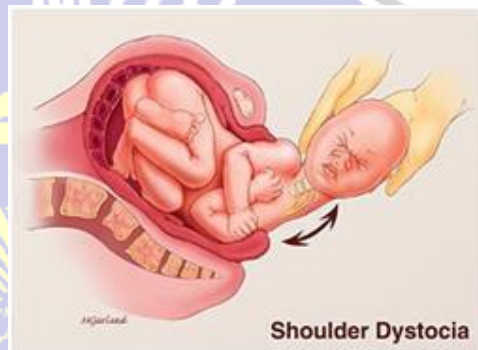
Sumber: <https://www.google.com/search>

8. Kelahiran Bahu dan Tubuh Janin

Ketika restitusi dan rotasi eksternal terjadi, bahu akan berada dalam bidang anterior-posterior. Bahu anterior berada dibawah simfisis pubis dan lahir pertama kali, dan bahu posterior lahir berikutnya. Meskipun proses ini dapat terjadi tanpa bantuan, sering kali “traksi lateral” dilakukan

dengan menarik kepala janin secara perlahan ke arah bawah untuk membantu melepaskan bahu anterior dari bawah simfisis pubis.

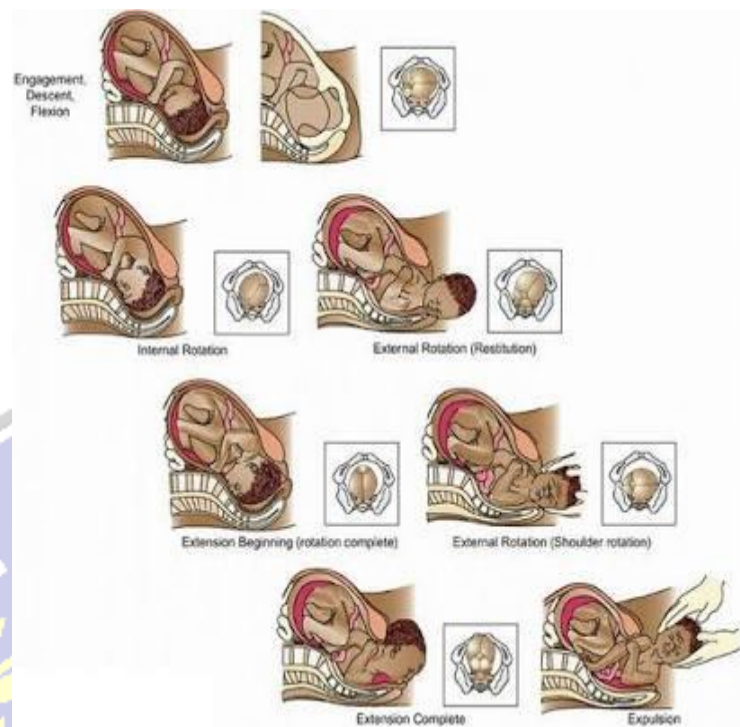
Normalnya, sisa tubuh jani lahir dengan mudah bahu posterior dipandu ke atas, pada perineum dengan melakukan traksi ke arah yang berlawanan sehingga mengayun bayi ke abdomen ibu (Holmes, 2012 : 225).



Gambar 2.21

Kelahiran bahu dan tubuh janin

Sumber: [/distosia-bahu.html](http://distosia-bahu.html)



Gambar 2.22

Mekanisme gerakan kepala janin pada persalinan normal mulai dari engagement hingga descent.

<http://jurnalbidandiah.blogspot>.

G. Tahap-Tahap Persalinan (kala I, II, III dan IV)

1. Kala I (Pembukaan)

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm).

Kala I persalinan terdiri atas 2 fase, yaitu :

1. Fase Laten

Fase laten dimulai sejak awal berkontraksi yang menimbulkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap, berlangsung hingga serviks membuka kurang

dari 4 cm pada umumnya fase laten berlangsung hingga 8 jam.

2. Fase Aktif

Pembukaan serviks 4 cm sampai 10 cm berlangsung selama 6 jam. Fase aktif dibagi menjadi 3, yaitu :

- 1) Fase akselerasi : primigravida pembukaan serviks bertambah dari 3 cm menjadi 4 cm dalam waktu sekitar 2 jam.
- 2) Fase dilatasi maksimal : berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi lebih cepat menjadi 9 cm.
- 3) Fase deselerasi : berlangsung 2 jam, pembukaan melambat dari 9 cm sampai lengkap (Hj. Ilah, 2010 :5-6).

2. Kala II (Pengeluaran Janin)

Menurut (Manuaba,2010:36) Gejala utama dari kala II :

1. His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50 sampai 100 detik.
2. Menjelang akhir kala I ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
3. Ketuban pecah pada pembukaan mendeteksi lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya fleksus frankenhauser.
4. Kedua kekuatan, his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi: kepala membuka pintu,

subocciput bertindak sebagai hipomoglin berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka serta kepala seluruhnya.

5. Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putar paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.

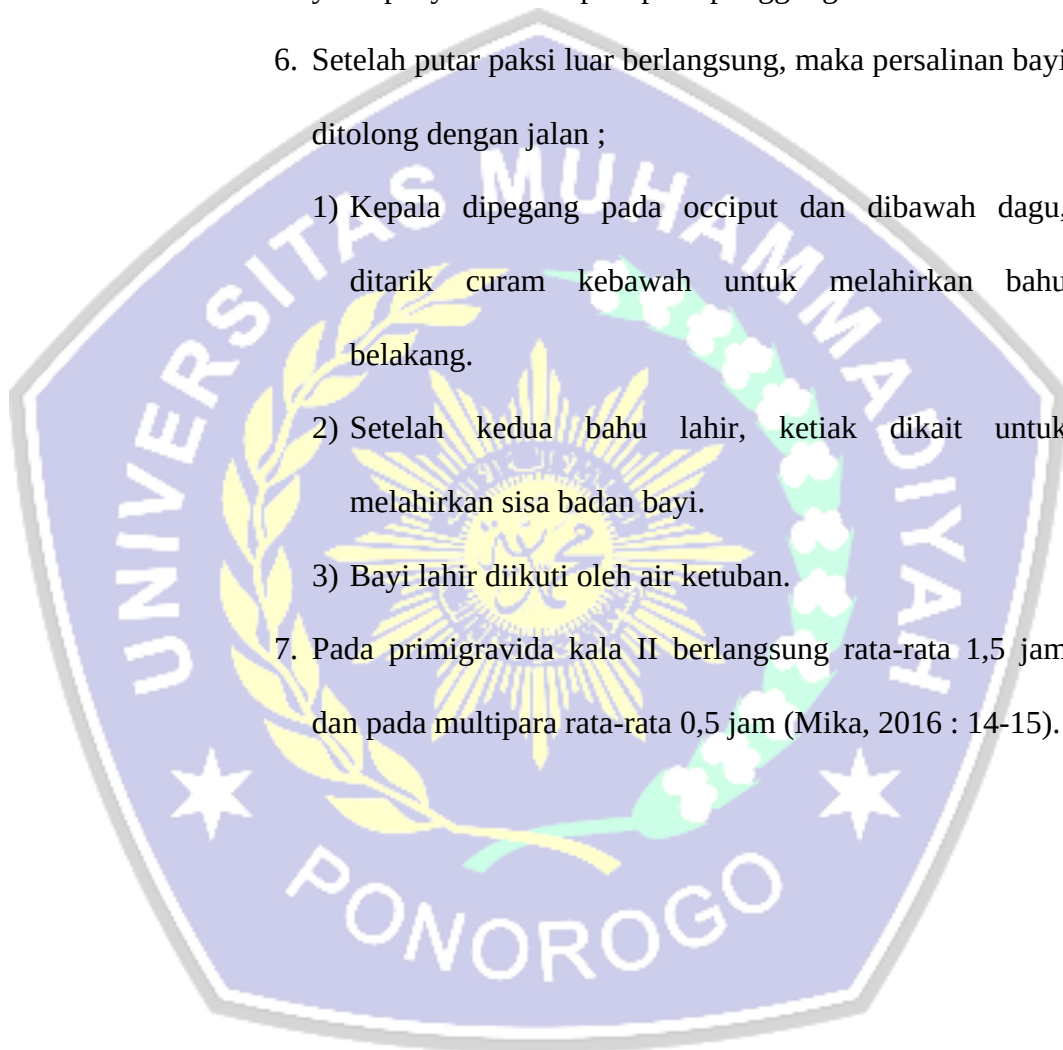
6. Setelah putar paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan jalan ;

1) Kepala dipegang pada occiput dan dibawah dagu, ditarik curam kebawah untuk melahirkan bahu belakang.

2) Setelah kedua bahu lahir, ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan bayi.

3) Bayi lahir diikuti oleh air ketuban.

7. Pada primigravida kala II berlangsung rata-rata 1,5 jam dan pada multipara rata-rata 0,5 jam (Mika, 2016 : 14-15).



Tabel 2.7
Diagnosa kala dan fase persalinan

Gejala dan Tanda	Kala	Fase
Serviks belum berdilatasi	Persalinan palsu/belum inpartu	
Serviks berdilatasi kurang dari 4 cm	I	Laten
Serviks berdilatasi 4-9 cm • Kecepatan pembukaan 1 cm atau lebih per jam • Penurunan kepala dimulai	I	Aktif
Serviks membuka lengkap (10 cm) • Penurunan kepala berlanjut • Belum ada keinginan untuk meneran	II	Awal (nonekspulsi)
Serviks membuka lengkap (10 cm) • Bagian terbawah telah mencapai dasar panggul • Ibu meneran	II	Akhir (ekspulsif)

Sumber : (Abdul Bari Saifuddin, 2010:167).

3. Kala III

Menurut (Ari dkk,2012:6) persalinan kala III dimulai segera bayi lahir dan berakhir dengan lahirnya plasenta serta selaput ketuban yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan dari fundus uteri.

Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda :

- a) Uterus menjadi bundar.
- b) Uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim.
- c) Tali pusat bertambah panjang.
- d) Terjadi perdarahan.

Menurut (Manuaba dkk, 2010: 174), Ada 2 metode untuk pelepasan plasenta :

- a) Metode schulze

Pelepasan plasenta mulai dari pertengahan, sehingga plasenta lahir diikuti oleh pengeluaran darah. Metode yang lebih umum terjadi, plasenta terlepas dari suatu titik pusat dan merosot ke vagina melalui lubang dalam kantung amnion, permukaan fetal plasenta mulai muncul pada vulva dengan selaput ketuban yang mengikuti di belakang seperti payung terbalik saat terkelupas dari dinding uterus. Permukaan maternal plasenta tidak terlihat, dan bekuan darah berada dalam kantong yang terbalik, kontraksi dan retraksi otot uterus yang menimbulkan pemisahan plasenta juga menekan pembuluh darah dengan kuat dan mengontrol perdarahan

b) Metode Matthews Duncan

Pelepasan plasenta dari daerah tepi sehingga terjadi perdarahan dan diikuti pelepasan plasentanya. Pada metode Matthews Duncan ini kemungkinan terjadinya bagian selaput ketuban yang tertinggal lebih besar karena selaput ketuban tersebut tidak terkelupas semua selengkap metode schutze. 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 (Marmi, 2016:257).



Gambar 2.23

Mekanisme Pelepasan Plasenta

Sumber: <https://dokumen.tips/documents/pengeluaran-dan-pelepasan-plasenta-duncan-dan-schultze.html>

Untuk mengetahui apakah plasenta telah lepas dari tempat implantasinya, dipakai beberapa prasat menurut Marmi (2016: 258-259) antara lain :

- a) Prasat kustner. Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat, tangan kiri menekan daerah di atas simfisis. Bila tali pusat ini masuk ke dalam vagina, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus. Prasat ini hendaknya dilakukan secara berhati-hati. Apabila hanya sebagian plasenta terlepas, perdarahan banyak akan dapat terjadi.
- b) Prasat stassman. Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat, tangan kiri mengetok-ngetok fundus uteri. Bila terasa ada getaran pada tali pusat yang diregangkan ini, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus. Bila terasa getaran, berarti plasenta telah terlepas dari dinding uterus.
- c) Prasat klein. Wanita tersebut disuruh mengedan dan tali pusat tampak turun ke bawah. Bila pengedannya dihentikan dan tali pusat masuk kembali ke dalam vagina, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus.
- d) Prasat crede. Dengan cara memijat uterus seperti memeras jeruk agar plasenta lepas dari dinding uterus hanya dapat dipergunakan bila terpaksa misalnya

perdarahan. Prasat ini dapat mengakibatkan kecelakaan perdarahan postpartum. Pada orang yang gemuk, prasat crede sukar atau tidak dapat dikerjakan.

4. Kala IV

Dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama setelah lahir. Masa ini merupakan masa paling kritis untuk mencegah kematian ibu yang disebabkan oleh perdarahan.

Penanganan pada kala IV :

- a) Memeriksa fundus setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua. Jika kontraksi tidak kuat, massase terus sampai menjadi keras.
- b) Memeriksa tekanan darah, nadi, kandung kemih dan perdarahan setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua.
- c) Menganjurkan ibu untuk minum untuk mencegah dehidrasi.
- d) Membersihkan perineum ibu dan mengenakan pakaian ibu yang bersih dan kering.
- e) Membiarkan ibu istirahat dan membiarkan bayi pada dada ibu untuk meningkatkan hubungan ibu dan bayi dan inisiasi menyusui dini.
- f) Memastikan ibu sudah BAK dalam 3 jam setelah melahirkan.

- g) Mengajari ibu atau anggota keluarga tentang bagaimana memeriksa fundus dan menimbulkan kontraksi serta tanda-tanda bahaya bagi ibu dan bayi (Saifuddin, 2008:100).

Hal penting yang harus diperhatikan pada kala IV persalinan :

- a. Kontraksi uterus harus baik.
- b. Tidak ada perdarahan pervaginam atau dari alat genetalia lain.
- c. Plasenta dan selaput ketuban harus sudah lahir lengkap.
- d. Kandung kemih harus kosong.
- e. Luka-luka diperineum harus dirawat dan tidak ada hemotoma.
- f. Resume keadaan umum ibu dan bayi (Ika, 2014 : 14).

H. Lima Benang Merah

Menurut JNPKR (2008) tujuan asuhan persalinan mengepuyakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal (Mika, 2016: 4).

Menurut Widia (2015 : 8-12) ada 5 aspek dasar

Membuat keputusan klinik:

1. Membuat Keputusan Klinik

Yaitu proses pemecahan masalah yang akan di gunakan untuk merencanakan arahan bagi ibu dan bayi baru lahir.

Tujuh langkah dalam membuat keputusan klinik :

- a. Pengumpulan data utama dan relevan untuk membuat keputusan.
 - b. Menginterpretasikan data dan mengidentifikasi masalah.
 - c. Membuat diagnosis atau menentukan masalah yang terjadi.
 - d. Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk mengatasi masalah.
 - e. Menyusun rencana pemberian asuhan atau intervensi untuk solusi masalah.
 - f. Pantau efektifitas asuhan atau intervensi.
 - g. Mengevaluasi efektifitas asuhan atau intervensi.
- #### 2. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Yaitu asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Salah satu prinsip dasarnya adalah mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Perhatian dan dukungan kepada ibu selama proses persalinan akan mendapatkan rasa

aman dan keluaran yang lebih baik. Juga mengurangi jumlah persalinan dengan tindakan (ekstraksivakum, cunam dan seksio sesar) dan persalinan akan berlangsung lebih cepat.

Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan :

- a. Memanggil ibu sesuai namanya, menghargai dan memperlakukannya sesuai martabatnya.
- b. Menjelaskan asuhan dan perawatan yang akan di berikan pada ibu sebelum memulai asuhan perawatan tersebut.
- c. Menjelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarganya.
- d. Mengajukan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir.
- e. Mendengarkan dan menanggapi pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
- f. Memberikan dukungan, membesarkan hatinya dan menentramkan perasaan ibu beserta anggota keluarga yang lain.
- g. Mengajukan ibu untuk ditemani suaminya dan atau anggota keluarganya yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya.

- h. Mengajarkan suami dan anggota keluarga mengenai cara memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya.
- i. Melakukan pencegahan infeksi yang baik secara konsisten.
- j. Menghargai privasi ibu.
- k. Mengajukan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi.
- l. Mengajukan ibu untuk minum cairan dan makan-makanan ringan bila ia menginginkannya.
- m. Menghargai dan memperbolehkan praktik tradisional yang tidak memberi pengaruh yang merugikan.
- n. Menghindari tindakan berlebihan dan mungkin membahayakan (episiotomi, pencukuran, dan klisma).
- o. Mengajukan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin.
- p. Membantu memulai pemberian asi dalam 1 jam pertama setelah kelahiran bayi.
- q. Menyiapkan rencana rujukan (bila perlu).
- r. Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik, bahan-bahan, perlengkapan dan obat-obatan yang di perlukan. Siap melakukan resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelahiran bayi.

3. Pencegahan Infeksi

Prinsip-prinsip pencegahan infeksi :

- a. Setiap orang harus di anggap dapat menularkan penyakit.
- b. Setiap orang harus di anggap berisiko terkena infeksi.
- c. Permukaan benda di sekitar kita, peralatan atau benda-benda lainnya yang akan dan telah bersentuhan dengan permukaan kulit yang tak utuh, lecet selaput mukosa atau darah harus di anggap terkontaminasi, sehingga harus diproses secara benar.
- d. Jika tidak di ketahui apakah permukaan, peralatan atau benda yang lainnya telah diproses maka semua itu harus di anggap masih terkontaminasi.
- e. Risiko infeksi tidak bisa di hilangkan secara total, tapi dapat di kurangi hingga sekecil mungkin dengan menerapkan tindakan-tindakan pencegahan infeksi secara benar dan konsisten.

Tindakan pencegahan infeksi (PI) tidak terpisah dari komponen-komponen lain dalam asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi. Tindakan ini harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi ibu, bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan dan tenaga kesehatan lainnya dengan mengurangi infeksi karena bakteri, virus, dan jamur.

Dilakukan pula upaya untuk menurunkan resiko penularan penyakit-penyakit berbahaya yang hingga kini belum ditemukan pengobatannya, seperti misalnya hepatitis dan HIV/AIDS.

Definisi tindakan-tindakan pencegahan infeksi :

a) Asepsis atau Teknik Aseptik

Adalah istilah umum yang biasa digunakan dalam pelayanan kesehatan. Istilah ini dipakai untuk menggambarkan semua usaha yang dilakukan dalam mencegah masuknya mikroorganisme ke dalam tubuh dan berpotensi untuk menimbulkan infeksi. Teknik aseptik membuat prosedur lebih aman bagi ibu, bayi baru lahir dan penolong persalinan dengan cara menurunkan jumlah atau menghilangkan seluruh (eradikasi) mikroorganisme pada kulit, jaringan dan instrumen/peralatan hingga tingkat yang aman.

b) Antisepsis

Mengacu pada pencegahan infeksi dengan cara membunuh atau menghambat pertumbuhan mikroorganisme pada kulit atau jaringan tubuh lainnya

c) Dekontaminasi

Adalah tindakan yang dilakukan untuk memastikan bahwa petugas kesehatan dapat menangani secara

aman berbagai benda yang terkontaminasi darah dan cairan tubuh. Peralatan medis, sarung tangan dan permukaan (misalnya meja pemeriksaan) harus segera didekontaminasi setelah terpapar darah atau cairan tubuh. Dekontaminasi bisa dilakukan dengan menggunakan larutan klorin. Cara membuat larutan klorin menurut (Dewi, 2011:54) adalah :

- 1) Membuat larutan klorin 0,5% dari larutan konsentrat berbentuk cair

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

- 2) Membuat larutan klorin 0,5% dari serbuk kering

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

- d) Mencuci dan Membilas

Adalah tindakan-tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua cemaran darah, cairan tubuh atau benda asing (misalnya debu, kotoran) dari kulit atau instrumen/peralatan.

e) Desinfeksi

Adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan hampir semua mikroorganisme penyebab penyakit yang mencemari benda-benda atau instrumen.

f) Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT)

Adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme kecuali endospora bakteri dengan cara merebus atau kimiawi.

g) Sterilisasi

Adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme (bakteri, jamur, parasit dan virus) termasuk endospora bakteri dan benda-benda mati atau instrumen.

Tindakan- tindakan pencegahan infeksi meliputi :

- 1) Cuci tangan menggunakan prinsip 7 langkah kemudian mengeringkan dengan handuk bersih
- 2) Memakai sarung tangan dan perlengkapan perlindungan lainnya seperti kaca mata, apron, sepatu boot, masker, dan penutup kepala
- 3) Memproses alat bekas pakai
- 4) Menangani peralatan tajam dengan aman
- 5) Menjaga kebersihan dan kerapian lingkungan serta pembuangan sampah secara benar

6) Menggunakan aseptis atau teknik aseptik

(Mika Oktarina.2016:9-11).

4. Pencatatan (Rekam Medis)

Pencatatan(pendokumentasian) adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Partograf adalah bagian terpenting dari proses pencatatan selama persalinan (Dewi, 2011 :67).

Catat semua asuhan yang telah diberikan kepada ibu dan atau bayinya. Jika asuhan tidak dicatat, dapat dianggap bahwa hal tersebut tidak dilakukan.

Aspek-aspek penting dalam pencatatan :

- a. Tanggal dan waktu asuhan tersebut di berikan.
- b. Identifikasi penolong persalinan.
- c. Paraf atau tanda tangan (dari penolong persalinan) pada semua catatan.
- d. Mencakup informasi yang berkaitan secara cepat, di catat dengan jelas dan dapat di baca.
- e. Ketersediaan sistem penyimpanan catatan atau data pasien.
- f. Kerahasiaan dokumen-dokumen medis.

5. Rujukan

Meskipun sebagian besar ibu menjalani persalinan normal namun sekitar 10-15% di antaranya akan mengalami masalah selama proses persalinan dan kelahiran sehingga perlu di rujuk ke fasilitas kesehatan rujukan. Sangatlah sulit menduga kapan penyulit akan terjadi sehingga kesiapan merujuk ibu dan atau bayinya kefasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu jika penyulit terjadi. Setiap tenaga penolong atau fasilitas pelayanan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan terdekat yang mampu melayani kegawatdaruratan obstetric dan bayi baru lahir.

Hal-hal yang penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu (BAKSOKUDA) :

- a. Bidan
- b. Alat
- c. Keluarga
- d. Surat
- e. Obat
- f. Kendaraan
- g. Uang
- h. Darah

I. Partograf

1. Pengertian

Beberapa pengertian dari partograf adalah sebagai berikut :

- a) Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik (JNKP-KR, 2014:57).
- b) Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama persalinan (Sarwono, 2009:315).

2. Tujuan

Adapun tujuan utama dari penggunaan partograf adalah sebagai berikut :

- a) Mencatat hasil observasi dari kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.
- b) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian dapat pula mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama.
- c) Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatatkan

secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir (JNKP-KR, 2014:57).

Jika digunakan dengan tepat dan konsisten, partograf akan membantu penolong persalinan untuk :

- a) Mencatat kemajuan persalinan.
- b) Mencatat kondisi ibu dan janinnya.
- c) Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran.
- d) Menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan.
- e) Menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu (JNKP-KR, 2014:57).

3. Penggunaan Partograf

Partograf harus digunakan :

- a) Untuk semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan dan merupakan elemen penting dari asuhan persalinan. Partograf harus digunakan untuk semua persalinan, baik normal maupun patologis. Partograf sangat membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi, dan membuat keputusan klinik, baik persalinan dan penyulit maupun yang tidak disertai dengan penyulit.

- b) Selama persalinan dan kelahiran bayi di semua tempat (rumah, puskesmas, BPM, rumah sakit, dll).
- c) Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan persalinan kepada ibu dan proses kelahiran bayinya (spesialis obstetri, bidan, dokter umum, residen, dan mahasiswa kedokteran) (JNKP-KR, 2014:57).

Partograf dimulai dari pembukaan 4 cm (fase aktif).

Petugas harus mencatat kondisi ibu dan janin :

- 1) Denyut jantung janin : catat setiap 1 jam.
- 2) Air ketuban : catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina.
 - (a) U : selaput utuh
 - (b) J : selaput pecah, air ketuban jernih
 - (c) M : air ketuban bercampur mekoneum
 - (d) D : air ketuban bernoda darah
 - (e) K : tidak ada cairan ketuban/kering

3) Perubahan bentuk kepala janin (*molding* atau *molase*) :

0: sutura terpisah

1: sutura (pertemuan dua tulang tengkorak) yang tepat/bersesuaian

2: sutura tumpang tindih dapat diperbaiki

- 3: sutura tumpang tindih dan tidak dapat diperbaiki
- 4) Pembukaan mulut rahim (serviks). Dinilai setiap 4 jam dan diberi tanda silang (x).
- 5) Penurunan : mengacu pada bagian kepala (dibagi 5 bagian) yang teraba (pada pemeriksaan abdomen/luar) diatas simfisis pubis; catat dengan tanda lingkaran (0) pada setiap pemeriksaan dalam. Pada posisi 0/5, sinsiput (S) atau paruh atas kepala berada di simfisis pubis.
- 6) Waktu : menyatakan berapa jam waktu yang telah dijalani sesudah pasien diterima.
- 7) Jam : catat jam sesungguhnya.
- 8) Kontraksi : catat setiap setengah jam, lakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya tiap-tiap kontraksi dalam hitungan detik :
- (a) Kurang dari 20 detik
 - (b) Antara 20 dan 40 detik
 - (c) Lebih dari 40 detik
- 9) Oksitosin : jika memakai oksitosin, catatlah banyaknya oksitsin per volume cairan infus dan dalam tetesan per menit.

10)Obat yang diberikan catat semua obat yang diberikan.

11)Nadi : catat setiap 30-60 menit dan tandai dengan sebuah titik benar (●).

12)Tekanan darah : catatlah setiap 4 jam dan tandai dengan anak panah ↑.

13)Suhu badan : catatlah setiap dua jam.

14)Protein, aseton, dan volume urine : ukur dan catat jumlah produksi urine ibu sedikitnya setiap 2 jam (setiap kali ibu berkemih). Jika memungkinkan saat ibu berkemih, lakukan pemeriksaan adanya aseton atau protein dalam urine.

Kemajuan Persalinan dalam Kala I

1. Kemajuan yang cukup baik pada persalinan kala I:

a. Kontraksi teratur yang progresif dengan peningkatan frekuensi dan durasi.

b. Kecepatan pembukaan serviks paling sedikit 1 cm per jam selama persalinan, fase aktif (dilatasi serviks berlangsung atau ada disebelah kiri garis waspada).

c. Serviks tampak dipenuhi oleh bagian bawah janin.

2. Kemajuan yang kurang baik pada persalinan kurang baik persalinan kala I :

- a. Kontraksi yang tidak teratur dan tidak sering setelah fase laten.
- b. Atau kecepatan pembukaan pembukaan serviks lebih lambat dari 1 cm per jam selama persalinan fase aktif (dilatasi serviks berada disebalah kanan garis waspada).
- c. Atau serviks tidak dipenuhi oleh bagian bawah janin

Kemajuan pada Kondisi Janin

1. Jika didapati denyut jantung janin tidak normal (kurang dari 100 atau lebih dari 180 denyut per menit), curiga adanya gawat janin.
2. Posisi atau presentasi selain oksiput anterior dengan verteks fleksi sempurna digolongkan kedalam malposisi dan malpresentasi.
3. Jika kemajuan yang berkurang baik atau adanya persalinan lama, segera tangani penyebab tersebut.

Kemajuan pada Kondisi Ibu

1. Jika denyut jantung ibu meningkat, mungkin ia sedang dalam keadaan dehidrasi atau kesakitan. Pastikan hidrasi yang cukup melalui oral atau I.V dan berikan analgetisia secukupnya.
2. Jika tekanan darah ibu menurun, curigai adanya perdarahan.
3. Jika terdapat aseton didalam urine ibu, curigai masukkan nutrisi yang kurang, segera berikan dekstrose I.V (Abdul, 2010:12-13).

J. Kebutuhan Ibu Selama Persalinan

- a. Kebutuhan fisiologis yang diperlukan ibu selama persalinan diantaranya: oksigen, makan dan minum, istirahat selama his, kebersihan badan terutama genetalia, buang air kecil dan buang air besar, pertolongan persalinan yang berstandar, penjahitan perineum bila perlu (Sumarah, 2009; 20).
- b. Makan dan minum per oral

Beberapa waktu yang lalu pemberian makanan padat pada pasien yang kemungkinan sewaktu-waktu memerlukan tindakan anestesi tidak disetujui, karena makanan yang tertinggal di lambung akan menyebabkan aspirasi pneumoni (tersedak dan masuk ke dalam saluran

pernapasan. Alasan ini cukup logis karena pada proses persalinan, motilitas lambung; absorpsi lambung; dan sekresi asam lambung menurun. Sedangkan cairan tidak terpengaruh dan akan meninggalkan lambung dengan durasi waktu yang biasa, oleh karena itu pada pasien sangat dianjurkan untuk minum cairan yang manis dan berenergi sehingga kebutuhan kalornya tetap akan terpenuhi. Jika pasien berada dalam situasi yang memungkinkan untuk makan, biasanya pasien akan makan sesuai dengan keinginannya, namun ketika masuk dalam persalinan fase aktif biasanya ia hanya menginginkan cairan. Penatalaksanaan paling tepat dan bijaksana yang dapat dilakukan oleh bidan adalah melihat situasi pasien, artinya intake cairan dan nutrisi tetap dipertimbangkan untuk diberikan dengan konsisten dan jumlah yang logis dan sesuai dengan kondisi pasien (Sulistyawati, 2010; 83-84).

c. Kebutuhan rasa nyaman

- 1) Memilih tempat dan penolong persalinan.
- 2) Informasi tentang proses persalinan atau tindakan yang akan dilakukan.
- 3) Posisi tidur yang dikehendaki ibu.
- 4) Pendampingan oleh keluarga.

- 5) Pantauan selama persalinan.
 - 6) Intervensi yang diperlukan (Sumarah, 2009; 20).
- d. Akses intravena

Akses intravena adalah tindakan pemasangan infus pada pasien. Kebijakan ini diambil dengan pertimbangan sebagai jalur obat, cairan, atau darah untuk mempertahankan keselamatan jika sewaktu-waktu terjadi keadaan darurat dan untuk mempertahankan suplai cairan bagi pasien. Beberapa keadaan berikut ini memerlukan pemasangan infus sejak awal persalinan, antara lain:

- 1) Gravida 5 atau lebih
- 2) Distensi uterus (ketegangan uterus) yang terlalu berlebihan, misalnya pada kondisi gemeli, polihidramnion, atau pada bayi besar
- 3) Induksi oksitosin
- 4) Riwayat perdarahan pascapersalinan sebelumnya
- 5) Riwayat atau predisposisi lain yang memungkinkan pasien untuk mengalami perdarahan segera setelah melahirkan
- 6) Pasien mengalami dehidrasi dan keletihan
- 7) Pasien diketahui mengidap penyakit infeksi yang disebabkan oleh *Streptococcus* grup B, sehingga memerlukan terapi antibiotik secara intravena
- 8) Suhu pasien lebih dari 38⁰C pada saat persalinan

9) Kondisi obstetrik patologis yang mengancam kondisi pasien, misalnya plasenta previa, abrubio plasenta, pre-eklampsia, dan eklampsia (Sulistiyawati, 2010; 84).

e. Anestesi epidural

Keputusan pemasangan infus sangat dipengaruhi oleh pertimbangan para praktisi. Sebagian lebih memilih untuk memasang infus sedini mungkin untuk mengantisipasi keadaan darurat dan mempercepat penanganan, atau jika diperlukan jenis terapi intravena. Lain halnya bagi para bidan yang mempunyai pemikiran bahwa pemasangan infus akan mengganggu kenyamanan gerak pasien dan akan menimbulkan rasa nyeri. Bidan memegang prinsip tidak satupun pasien yang menginginkan untuk dipasang infus jika keadaannya belum sangat terpaksa. Untuk menjembatani hal ini maka diambil suatu kebijakan untuk memasang alat yang disebut dengan "*heparin lock*". Bentuknya berupa kateter intravena (*abocath*) dengan bahan elastis, digunakan untuk memberikan injeksi intravena atau mengambil sampel darah tanpa dihubungkan dengan selang infus. Keuntungan dari alat ini adalah hanya satu jarum yang ditusukkan ke dalam vena sehingga dengan alat ini pasien akan tetap merasa nyaman karena tidak merasa nyeri serta

tidak terganggu ketika bergerak, dan jika sewaktu-waktu diperlukan suatu tindakan hidrasi intravena atau transfusi darah maka bidan atau perawat tidak akan mengalami kesulitan. Larutan intravena yang biasa diberikan kepada pasien adalah D5% (dextrose 5%) atau RL (Ringer Laktat) dengan kecepatan 125 ml/jam. Larutan yang diberikan dapat bervariasi tergantung dari tingkat dehidrasi pasien. Pada dehidrasi berat larutan diberikan 300 ml/jam, selanjutnya aliran diperlambat menjadi 125 ml/jam (Sulistyawati, 2010; 84).

f. Kebutuhan dicintai dan mencintai

- 1) Pendampingan oleh suami/ keluarga.
- 2) Kontak fisik (memberi sentuhan ringan).
- 3) Masase untuk mengurangi rasa sakit.
- 4) Berbicara dengan suara yang lemah, lembut serta sopan (Sumarah, 2009; 20).

g. Posisi dan ambulasi

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

rekumben lateral (miring), lutut-dada, tangan-lutut, duduk, berdiri, berjalan, dan jongkok. Berjalan diawal persalinan sambil menunggu pembukaan lengkap juga sangat membantu untuk putaran paksi kepala janin. Sebagian besar pasien akan merasa rileks dan mampu mengatasi persalinan mereka dengan lebih baik. Beberapa situasi pasien yang tidak memungkinkan untuk ambulasi dengan turun dari tempat tidur antara lain:

- 1) Ketika ketuban sudah pecah dan taksiran berat janin kecil (kurang dari 2000 gram), serta bukan pesentasi kepala. Pada kondisi tersebut akan sangat berbahaya bagi pasien jika turun dari tempat tidur karena akan menyebabkan prolaps tali pusat. Posisi telentang dengan kepala ditinggikan 20-30⁰ juga akan meningkatkan risiko prolaps tali pusat. Posisi rekumben lateral dan posisi lutut-dada merupakan alternatif yang baik untuk keadaan ini.
- 2) Ketika pasien sedang mendapatkan pengobatan yang dengan obat tersebut membuat pasien pusing dan tidak stabil untuk berdiri
- 3) Selama persalinan kala I yang kemajuannya cepat, kala I akhir pada multipara, atau kala II pada primipara kecuali jika sudah ada kesepakatan untuk bersalin dalam posisi jongkok atau berdiri (Sulistyawati, 2010; 86).

4) Pasien yang mengalami komplikasi obstetrik seperti abrupsi plasenta, plasenta previa, pre-eklamsi, dan eklamsi. Nampaknya dari beberapa posisi yang dapat dipilih, posisi miring ke kiri adalah posisi yang paling nyaman serta mempunyai banyak keuntungan. Beberapa keuntungan dari *posisi rekumben lateral* yaitu:

- a) Koordinasi lebih baik dan efisiensi kontraksi uterus yang lebih besar, kontraksi lebih kuat dan lebih jarang daripada ketika pasien dalam posisi telentang
- b) Memfasilitasi fungsi ginjal, karena aliran urine menurun pada posisi telentang
- c) Memfasilitasi rotasi janin pada posisi posterior
- d) Meredakan tekanan uterus dan kompresi pada pembuluh darah utama pasien (vena cava inferior dan aorta) (Sulistyawati, 2010; 89).

h. Kebutuhan harga diri

- 1) Merawat bayi sendiri dan menetekinya.
- 2) Asuhan kebidanan dengan memperhatikan privasi ibu.
- 3) Pelayanan yang bersifat empati dan simpati.

4) Informasi bila akan melakukan tindakan.

5) Memberikan pujian pada ibu terhadap tindakan positif yang ibu lakukan (Sumarah, 2009; 21).

i. Eliminasi selama persalinan (BAB atau BAK)

1) Buang air kecil (BAK)

Selama proses persalinan, pasien akan mengalami poliuri sehingga penting untuk difasilitasi agar kebutuhan eliminasi dapat terpenuhi. Jika pasien masih berada dalam awal kala I, ambulasi dengan berjalan seperti aktivitas ke toilet akan membantu penurunan kepala janin. Hal ini merupakan keuntungan tersendiri untuk kemajuan persalinannya. Jika kondisi pasien tidak memungkinkan untuk BAK sendiri di toilet, maka tugas bidan atau keluarga terdekat untuk memfasilitasinya misalnya menggunakan pispot di tempat tidur. Penting untuk menanyakan kepada pasien mengenai siapa yang ia inginkan untuk membantunya BAK di atas tempat tidur. Ini sangat berpengaruh terhadap psikologis pasien, tidak hanya saat ia BAK namun untuk perkembangan kenyamanan psikologis di tahap proses persalinan selanjutnya.

2) Buang air besar (BAB)

Jika pasien dapat berjalan sendiri ke toilet, maka cukup bagi pendamping untuk menemaninya sampai ia selesai. Namun jika kondisi sudah tidak memungkinkan untuk turun dari tempat tidur, maka tanyakan terlebih dahulu mengenai posisi apa yang paling nyaman serta

siapa yang akan dimintai bantuan untuk membersihkannya. Usahakan semaksimal mungkin bagi penolong untuk tidak menunjukkan reaksi negatif (misalnya menutup hidung) karena ini akan sangat menyakitkan bagi pasien yang sedang bersalin (Marmi, 2011; 77).

j. Kebersihan tubuh

Sebagian pasien yang akan menjalani proses persalinan tidak begitu menganggap kebersihan tubuh sebagai suatu kebutuhan, karena ia lebih terfokus terhadap rasa sakit akibat his terutama pada primipara. Namun bagi sebagian yang lain akan merasa tidak nyaman atau risih jika kondisi tubuhnya kotor dan bau akibat keringat berlebih selama persalinan. Beberapa upaya yang dapat dilakukan untuk menjaga kebersihan tubuh pasien antara lain:

- a. Saat tidak ada his, bidan atau perawat dapat membantu menggantikan baju terutama jika sudah basah dengan keringat. Sarankan pasien untuk menggunakan baju dengan bahan yang tipis dan menyerap keringat serta berkancing depan
- b. Seka keringat yang membasahi dahi dan wajah pasien menggunakan handuk kecil.

c. Ganti kain pengalas bokng jika sudah basah oleh darah atau air ketuban.

k. Istirahat

Istirahat sangat penting untuk pasien karena akan membuat rileks. Di awal persalinan sebaiknya anjurkan pasien untuk istirahat yang cukup sebagai persiapan untuk menghadapi proses persalinan yang panjang, terutama pada primipara. Jika pasien benar-benar tidak dapat tidur terlelap karena sudah mulai merasakan his, minimal upayakan untuk berbaring di tempat tidur dalam posisi miring ke kiri untuk beberapa waktu.

l. Kehadiran pendamping

Kehadiran seseorang yang penting dan dapat dipercaya sangat dibutuhkan oleh pasien yang akan menjalani proses bersalin. Individu ini tidak selalu suami atau keluarga, jika di awal pertemuan bidan sudah dapat “memikat hati” pasien, maka hal ini merupakan satu hal yang sangat istimewa bagi pasien dan akhirnya ia akan menjadikan bidan sebagai orang yang paling ia percaya dalam proses persalinannya.

m. Bebas dari nyeri

Setiap pasien yang bersalin selalu menginginkan terbebas dari rasa nyeri akibat his. Hal yang perlu ditekankan pada pasien adalah bahwa tanpa adanya rasa nyeri maka persalinan tidak akan mengalami kemajuan, karena salah satu tanda persalinan adalah adanya his yang akan menimbulkan rasa sakit. Beberapa upaya yang dapat ditempuh seperti mandi dengan air hangat, berjalan-jalan di dalam kamar, duduk di kursi sambil membaca buku atau novel kesukaan, posisi lutut-dada di atas tempat tidur, dan sebagainya (Sulistyawati, 2010; 90).

n. Kebutuhan aktualisasi diri

- 1) Memilih tempat dan penolong sesuai keinginan.
- 2) Memilih pendamping selama persalinan.
- 3) *Bounding and attachment*.
- 4) Ucapan selamat atas kelahiran anaknya

(Sumarah, 2009; 22)

K. Informasi hasil persalinan yang aman

1. setiap ibu membutuhkan informasi tentang kemajuan persalinannya, sehingga ibu mampu mengambil keputusan, misalnya :

- 1) penjelasan tentang proses dan perkembangan persalinan
- 2) jelaskan semua hasil pemeriksaan

- 3) pengurangan rasa takut
- 4) penjelasan tentang prosedur dan adanya pembatasan
2. ibu juga perlu di yakinkan bahwa kemajuan persalinannya normal.

(Sumarah,2009:37)

L. Masalah persalinan

1. Kala I Memanjang

1) Pengertian

Persalinan dengan kala I memanjang adalah persalinan yang fase latennya berlangsung lebih dari 8 jam dan pada fase aktif laju pembukaannya tidak adekuat atau bervariasi; kurang dari 1 cm setiap jam selama sekurang-kurangnya 2 jam setelah kemajuan persalinan; kurang dari 1,2 cm perjam pada primigravida dan kurang dari 1,5 perjam pada multipara; lebih dari 12 jam sejak pembukaan 4 sampai pembukaan lengkap (rata-rata 0,5 cm perjam) (Saifuddin, 2010: MK-47).

2) Etiologi

Menurut Mochtar (2011: 54) sebab terjadinya partus lama yaitu:

- a. Kelainan letak janin
- b. Kelainan-kelainan panggul

- c. Kelainan his
- d. Janin besar atau kelainan congenital
- e. Primi tua

3) Klasifikasi

Kala I memanjang diklasifikasikan menjadi 2 yaitu:

a. Fase laten memanjang (*prolonged latent phase*)

Adalah fase pembukaan serviks yang tidak melewati 3 cm setelah 8 jam inpartu (Saifuddin, 2010: MK-49).

b. Fase aktif memanjang (*prolonged active phase*)

Adalah fase yang lebih panjang dari 12 jam dengan pembukaan serviks kurang dari 1,2 cm per jam pada primigravida dan 6 jam rata-rata 2,5 jam dengan laju dilatasi serviks kurang dari 1,5 cm per jam pada multigravida (Oxorn, 2010: 34).

4) Faktor predisposisi

Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya kala I lama antara lain:

a. Kelainan letak janin

Meliputi presentasi puncak kepala, presentasi muka, presentasi dahi, letak sungsang, letak melintang, dan presentasi ganda. Pada kelainan letak janin dapat menyebabkan partus lama dan ketuban pecah dini,

dengan demikian mudah terjadi infeksi intrapartum. Sementara pada janin dapat berakibat adanya trauma partus dan hipoksia karena kontraksi uterus terus menerus (Mochtar, 2011: 87).

b. Kelainan his

Menurut Wiknjosastro (2010: 43) kelainan his antara lain :

1) Inertia Uteri

Inersia uteri adalah kelainan his yang kekuatannya tidak adekuat untuk melakukan pembukaan serviks atau mendorong janin keluar. Disini kekuatan his lemah dan frekuensinya jarang. Sering dijumpai pada penderita dengan keadaan umum kurang baik seperti anemia, uterus yang terlalu teregang misalnya akibat hidramnion atau kehamilan kembar atau makrosomia, grandemultipara atau primipara, serta para penderita dengan keadaan emosi kurang baik. Dapat terjadi pada kala pembuka serviks, fase laten atau fase aktif maupun pada kala pengeluaran (Mochtar, 2011: 23).

2) His terlampau kuat (*hypertonic uterine contraction*)

His yang terlalu kuat dan terlalu efisien menyebabkan persalinan selesai dalam waktu yang

singkat. Partus yang sudah selesai kurang dari tiga jam, dinamakan partus presipitatus: sifat his normal, tonus otot di luar his juga biasa, kelainan terletak pada kekuatan his. Bahaya partus presipitatus bagi ibu adalah terjadinya perlukaan luas pada jalan lahir, khususnya serviks uteri, vagina, dan perineum, sedangkan bayi bisa mengalami perdarahan dalam tengkorak karena bagian tersebut mengalami tekanan kuat dalam waktu yang singkat (Saifuddin, 2014: 570).

5) Manifestasi klinis

Menurut Mochtar (2011: 46) tanda klinis kala I lama terjadi pada ibu dan juga pada janin meliputi:

a. Pada ibu

Gelisah, letih, suhu badan meningkat, berkeringat, nadi cepat, pernapasan cepat dan meteorismus. Di daerah lokal sering dijumpai edema vulva, edema serviks, cairan ketuban yang berbau, terdapat mekonium.

b. Pada janin

1) Denyut jantung janin cepat/hebat/tidak teratur bahkan negatif; air ketuban terdapat mekonium, kental kehijauhijauan, berbau.

2) Kaput suksedaneum yang besar.

3) Moulage kepala yang hebat.

4) Kematian janin dalam kandungan.

5) Kematian janin intra partal.

6) Patofisiologi

Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya kala I lama meliputi kelainan letak janin seperti letak sungsang, letak lintang, presentasi muka, dahi dan puncak kepala, kelainan panggul seperti pelvis terlalu kecil dan CPD (*cephalopelvic disproportion*), kelainan his seperti *inersia uteri*, *incoordinate uteri action*.

Kelainan-kelainan tersebut dapat mengakibatkan pembukaan serviks berjalan sangat lambat, akibatnya kala I menjadi lama (Saifuddin, 2014: 569-570).

7) Pemeriksaan penunjang

Oxorn (2010: 46) mengatakan untuk menegakkan diagnosis diperlukan beberapa pemeriksaan penunjang antara lain :

- a. Pemeriksaan USG untuk mengetahui letak janin.
- b. Pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui kadar haemoglobin guna mengidentifikasi apakah pasien menderita anemia atau tidak.
- c. Pemeriksaan sinar *rontgen* dilakukan jika diagnosis sulit ditegakkan karena terjadi *moulage* yang cukup banyak dan *caput succedaneum* yang besar, pemeriksaan sinar *rontgen* dapat membantu menentukan posisi janin disamping menentukan bentuk dan ukuran panggul.

8) Penatalaksanaan

Menurut Saifuddin (2014: 583) penanganan umum pada ibu bersalin dengan kala I lama yaitu:

- a. Nilai keadaan umum, tanda-tanda vital dan tingkat hidrasinya.
- b. Tentukan keadaan janin: Periksa DJJ selama atau segera sesudah his, hitung frekuensinya minimal sekali dalam 30 menit selama fase aktif.
- c. Jika terdapat gawat janin lakukan *sectio caesarea* kecuali jika syarat dipenuhi lakukan ekstraksi vacum atau forceps.
- d. Jika ketuban sudah pecah, air ketuban kehijau-hijauan atau bercampur darah pikirkan kemungkinan gawat janin.

e. Jika tidak ada air ketuban yang mengalir setelah selaput ketuban pecah, pertimbangkan adanya indikasi penurunan jumlah air ketuban yang dapat menyebabkan gawat janin.

f. Perbaiki keadaan umum dengan:

1) Beri dukungan semangat kepada pasien selama persalinan.

2) Pemberian intake cairan sedikitnya 2500 ml per hari.

Dehidrasi ditandai adanya aseton dalam urine harus dicegah.

3) Pemberian sedatif agar ibu dapat istirahat dan rasa nyerinya diredakan dengan pemberian analgetik (tramadol

atau pethidine 25 mg). Semua preparat ini harus digunakan dengan dosis dan waktu tepat sebab dalam jumlah yang berlebihan dapat mengganggu kontraksi dan membahayakan bayinya.

4) Pemberian therapy misoprostol 0,4 mg sesuai dengan advis dokter, obat ini digunakan untuk memberikan perubahan pembukaan.

5) Pemeriksaan rectum atau vaginal harus dikerjakan dengan frekuensi sekecil mungkin. Pemeriksaan ini

menyakiti pasien dan meningkatkan resiko infeksi.

Setiap pemeriksaan harus dilakukan dengan maksud yang jelas.

g. Apabila kontraksi tidak adekuat

- 1) Menganjurkan untuk mobilisasi dengan berjalan dan mengubah posisi dalam persalinan.
- 2) Rehidrasi melalui infus atau minum.
- 3) Merangsang puting susu.
- 4) *Acupressure*.
- 5) Mandi selama persalinan fase aktif.
- 6) Lakukan penilaian frekuensi dan lamanya kontraksi berdasarkan partograf (Mochtar, 2011: 34).

h. Evaluasi ulang dengan pemeriksaan vaginal tiap 4 jam.

- 1) Apabila garis tindakan dilewati (memotong) lakukan section secarea.
- 2) Apabila ada kemajuan evaluasi setiap 2 jam.
- 3) Apabila tidak didapatkan tanda adanya CPD (*Cephalopelvicdisproportion*) atau

a) Berikan penanganan umum yang kemungkinan akan memperbaiki kontraksi dan mempercepat kemajuan persalinan.

- b) Apabila kecepatan pembukaan serviks pada waktu fase aktif kurang dari 1 cm per jam lakukan penilaian kontraksi uterus.
- 4) Lakukan induksi dengan oksitosin drip 5 unit dalam 500 cc *dekstroza* atau NaCl (Saifuddin, 2009: 345).

9) Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi pada ibu diantaranya:

a. Ketuban pecah dini

Apabila kepala tertahan pada pintu atas panggul, seluruh tenaga dari uterus diarahkan ke bagian membrane yang meyentuh os internal. Akibatnya, ketuban pecah dini lebih mudah terjadi infeksi (Wijayarini, 2008: 23).

b. Sepsis Puerperalis

Infeksi merupakan bahaya serius bagi ibu dan janin pada kasus persalinan lama, terutama karena selaput ketuban pecah dini. Bahaya infeksi akan meningkat karena pemeriksaan vagina yang berulang-ulang (Wijayarini, 2008: 28).

c. Ruptur Uterus

Penipisan segmen bawah rahim yang abnormal menimbulkan bahaya serius selama persalinan lama. Jika disproporsi sangat jelas sehingga tidak ada

engagement atau penurunan, segmen bawah rahim menjadi sangat teregang, dan dapat diikuti oleh ruptur (Cunningham, 2013: 98).

d. Cedera dasar panggul

Cedera pada otot dasar panggul, persarafan, atau fascia penghubung adalah konsekuensi kelahiran pervaginam yang sering terjadi, terutama apabila pelahirannya sulit (Cunningham, 2013: 78).

e. Dehidrasi

Ibu nampak kelelahan, nadi meningkat, tensi mungkin normal atau telah turun, temperatur meningkat (Manuaba, 2011: 21).

Sedangkan pada janin komplikasi yang dapat terjadi adalah persalinan dengan kala I memanjang dapat menyebabkan detak jantung janin mengalami gangguan, dapat terjadi takikardi sampai bradikardi.

Pada pemeriksaan dengan menggunakan NST atau OCT menunjukkan asfiksia intrauterin.

Dan pada pemeriksaan sampel darah kulit kepala menuju pada anaerobik metabolisme dan asidosis.

Selain itu, persalinan lama juga dapat berakibat adanya kaput suksidaneum yang besar (pembengkakan kulit kepala) seringkali terbentuk pada bagian kepala yang

paling dependen, dan molase (tumpang tindih tulang-tulang kranium) pada kranium janin mengakibatkan perubahan bentuk kepala (Manuaba, 2014: 345).

2.1.3 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir (BBL)

A. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari usia kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dengan berat badan lahirnya 2500 gram sampai dengan 4000 gram, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan kongenital (cacat bawaan) yang berat (Kosim, 2012:68).

Bayi Baru Lahir (BBL) disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin (Vivian, 2010 : 1).

B. Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir

1. Berat badan 2500-4000 gram Panjang badan 48-52 cm
2. Lingkar dada 30-38 cm
3. Lingkar kepala 33-35 cm
4. Frekuensi jantung 120-160 kali/menit
5. Pernafasan $\pm$ 40-60 kali/menit
6. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan sub kutan cukup

7. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
8. Kuku agak panjang dan lemas
9. Genetalia ;
 - a. Perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora
 - b. Laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada.
10. Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
11. Refleks morrow atau gerak memeluk bila dikagetkan
12. Refleks graps atau menggenggam sudah baik
13. Refleks rooting mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut terbentuk dengan baik
14. Eliminasi bai, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan (Octa dkk, 2014 : 5-6).

C. Penilaian APGAR SCORE

Tabel 2.8
Penilaian apgar score

Komponen	Skor		
	0	1	2
<i>Pulse</i> (Frekuensi jantung)	Tidak ada	<100x/menit	>100x/menit
<i>Respiration</i> (Kemampuan bernapas)	Tidak ada	Lambat/tidak teratur	Menangis kuat
<i>Grimace</i> (Tonus otot)	Lumpuh	Ekstermitas agak fleksi	Gerakan aktif
<i>Activity</i> (Refleks)	Tidak ada	Gerakan sedikit	Gerakan kuat/melawan
<i>Ppearance</i> (Warna kulit)	Biru/pucat	Tubuh kemerahan/ekstermitas biru	Seluruh tubuh kemerahan

Sumber: (A. Aziz, 2009:18).

Interpretasi :

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

(Dwiendar, 2014 : 6).

D. Adaptasi Fisiologis Bayi Baru Lahir

1. Sistem Pernapasan

Tabel 2.9
Sistem pernapasan

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

Sumber: (Vivin, 2010).

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 :

- a. Tekanan mekanik dari torak sewaktu melalui jalan lahir (stimulasi mekanik).

- b. Penurunan PaO_2 dan peningkatan PaCO_2 merangsang kemoreseptor yang terletak disinus karotikus (stimulasi kimiawi).
- c. Rangsangan dingin didaerah muka dan perubahan suhu didalam uterus (stimulasi sensorik).
- d. Refleks deflasi Hering Breur.

Pernapasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir. Usaha bayi pertama kali untuk mempertahankan tekanan alveoli, selain karena adanya surfaktan, juga karena adanya tarikan napas dan pengeluaran napas dengan merintih sehingga udara bisa tertahan didalam. Cara neonatus bernapas dengan cara bernapas diafragmatik dan abdiminal, 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 (Vivian, 2010 : 12-13).

1. Peredaran Darah

Sirkulasi janin meliputi :

- a. Vena umbilikus (kaya oksigen) → duktus venosus → atrium kanan → atrium kiri (foramen ovale) → ventrikel kiri → aorta → sirkulasi sistemik → vena cava superior (miskin oksigen) →

ventrikel kanan → sebagian besar melalui duktus arteriosus → aorta desendens → tubuh janin → arteri umbilikus → plasenta → dan seterusnya.

- b. Ventrikel kanan → arteri pulmonalis (sebagian kecil) → sirkulasi paru. Resistensi vaskular paru tinggi, resistensi vaskular sistemik rendah → *right to left shunt* melalui foramen ovale dan duktus arteriosus.

Setelah lahir :

- a. Tali pusat dipotong → duktus venosus menutup, resistensi vaskular sistemik meningkat.
- b. Tarikan napas → tekanan oksigen ↑ → resistensi vaskular paru ↓ → sirkulasi darah ke paru ↑ → aliran darah balik dari paru ↑ → tekanan atrium kiri ↑ → foramen ovale menutup.
- c. Duktus arteriosus sensitif terhadap kadar oksigen dalam darah → pO_2 darah meningkat → duktus arteriosus menutup. Darah miskin oksigen → vena kava inferior/superior → atrium kanan → ventrikel kanan → arteri pulmonalis → pertukaran oksigen dan karbondioksida di paru → darah kaya oksigen → vena pulmonalis → atrium kiri → ventrikel kiri → aorta → sirkulasi sistemik → vena kava inferior/superior → dan seterusnya.

Peningkatan aliran darah paru akan memperlancar pertukaran gas dalam alveolus dan menghilangkan cairan paru. Peningkatan aliran darah paru akan mendorong peningkatan sirkulasi limfe

dan merangsang perubahan sirkulasi janin menjadi sirkulasi luar rahim (Hj. Deslide, 2012 : 4).

2. Suhu Tubuh

Bayi baru lahir mempunyai kecenderungan untuk mengalami stress fisik akibat perubahan suhu di luar uterus. Fluktuasi (naik turunnya) suhu didalam uterus minimal rentang maksimal hanya 0,6 derajat C sangat berdeda dengan kondisi diluar uterus.

Tiga factor yang paling berperan dalam kehilangan panas tubuh bayi :

- 1) Luasnya permukaan tubuh bayi
- 2) Pusat pengaturan suhu tubuh bayi yang belum berfungsi secara sempurna
- 3) Tubuh bayi terlalu kecil untuk memproduksi dan menyimpan panas.

Pada lingkungan yang dingin, pembentukan suhu tanpa mekanisme menggil merupakan usaha utama seorang bayi yang kedinginan untuk mendapatkan kembali panas tubuhnya. pembentukan suhu tanpa menggigil ini merupakan hasil penggunaan lemak coklat yang terdapat di seluruh tubuh, dan mereka mampu meningkatkan panas tubuh sampai 100% untuk membakar lemak coklat. Seorang bayi menggunakan glukosa untuk mendapatkan energy yang akan mengubah lemak menjadi

panas. Lemak coklat tidak dapat di produksi lag oleh bayi baru lahir dan cadangan lemak coklat ini akan habis dalam waktu singkat dengan adanya stres dingin . semakin lama usia kehamilan, semakin banyak persediaan lemak coklat bayi jika seorang bayi kedinginan, dia akan mulai mengalami hipoglikemia, hipoksia, dan acidosis,. Oleh karena itu, upaya pencegahan kehilangan panas merupakan prioritas utama dan bidan berkewajiban untuk meminimalkan kehilangan panas pada bayi baru lahir. Suhu tubuh normal pada neonates, adalah 36,5-37,5°C melalui pengukuran di aksila dan rektu, jika nilainya turun di bawah 36,5°C maka bayi mengalami hipotermia.

Hipotermia dapat terjadi setiap saat apabila suhu di sekeliling bayi rendah dan upaya mempertahankan suhu tubuh tidak di terapkan secara tepat, terutama pada masa stabilisasi yaitu 6-12 jam pertama setelah lahir. Misalkan bayi baru lahir di biarkan basah dan telanjang selama menunggu plasenta lahir meskipun lingkungan di sekitar bayi cukup hangat.

Gejala hipotermia antara lain:

- 1) Sejalan dengan menurunnya suhu tubuh, maka bayi menjadi kurang aktif, letargi, hipotonus, tidak kuat menghisap asi, dan menangis lemah
- 2) Pernapasan megap-megap dan lambat, serta denyut jantung menurun

- 3) Timbul sklerema : kulit mengeras berwarna kemerahan terutama di bagian punggung, tungkai, dan lengan
- 4) Muka bayi berwarna merah terang.

Hipotermia menyebabkan terjadinya perubahan metabolisme tubuh yang akan berakhir dengan kegagalan fungsi jantung, perdarahan terutama pada paru-paru, ikterus, dan kematian (Damayanti dkk, 2015).

Bila bayi di biarkan dalam suhu kamar 25°C maka bayi akan kehilangan panas melalui evaporasi (penguapan) konveksi dan radiasi sebanyak 200 kalori /kg BB/menit, sedangkan pembentukan panas yang dapat di produksi hanya persepuluh dari jumlah kehilangan panas di atas, dalam waktu bersamaan. Hal ini akan menyebabkan penurunan suhu tubuh sebanyak 2°C dalam waktu 15 menit. Keadaan ini sangat berbahaya untuk neonatus terlebih lagi BBLR, bayi dapat mengalami asfeksia karena tidak sanggup mengimbangi penurunan suhu tersebut dengan produksi panas yang di buat sendiri.

Berikut ini merupakan penjelasan lengkap tentang 4 mekanisme kemungkinan hilangnya panas tersebut dari bayi baru lahir.

a. Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi (pemindahan panas dari tubuh ke objek lain melalui kontak langsung).

b. Konveksi

Panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang bergantung pada kecepatan dan suhu udara).

c. Radiasi

Panas dipancarkan dari BBL keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara 2 objek yang mempunyai suhu berbeda).

d. Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan yang bergantung pada kecepatan dan kelembapan udara (perpindahan panas dengan cara mengubah cairan menjadi uap). Agar dapat mencegah terjadinya kehilangan panas pada bayi :

- 1) Keringkan bayi.
- 2) Selimuti 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 dilingkungan yang hangat (Vivian, 2010 : 13-14).

3. Metabolisme

Menurut Dewi (2011) dalam Dela (2016 : 179) 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. Pada jam-jam pertama kehidupan, energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua, energi berasal dari pembakaran lemak. Setelah mendapat susu, sekitar di hari keenam energi didapat dari lemak dan karbohidrat yang masing-masing sebesar 60 dan 40%.

E. Sistem Pencernaan

Pada kehamilan empat bulan pencernaan telah cukup terbentuk dan janin telah dapat menelan air ketuban dalam jumlah yang cukup banyak, aborsi air ketuban terjadi melalui mukosa seluruh saluran pencernaan, janin minum air ketuban dapat dibuktikan dengan adanya mekonium.

Bila dibandingkan dengan ukuran tubuh, saluran pencernaan pada neonatus relatif lebih berat dan panjang dibandingkan orang dewasa. Pada masa neonatus, traktus digestivus mengandung zat-zat yang berwarna hitam kehijauan

yang terdiri dari mukopolosakarida dan disebut mekonium. Pada masa neonatus saluran pencernaan mengeluarkan tinja pertama biasanya dalam dua puluh empat jam pertama berupa mekonium (zat yang berwarna hitam kehijauan). Dengan adanya pemberian susu, mekonium mulai digantikan oleh tinja tradisional pada hari ke tiga sampai empat yang berwarna coklat kehijauan.

Frekuensi pengeluaran tinja pada neonatus nampaknya sangaterat hubungannya dengan frekuensi pemberian makan atau minum. Enzim dalam saluran pencernaan biasanya sudah terdapat pada neonatus kecuali amilase pankreas, aktifitas lipase telah ditemukan pada janin tujuh sampai delapan bulan kehamilan.

Pada saat lahir aktifitas mulut sudah berfungsi yaitu menghisap dan menelan, saat menghisap lidah berposisi dengan palatum sehingga bayi hanya bernafas melalui hidung, rasa kecap dan penciuman sudah ada sejak lahir, saliva tidak mengandung enzim tepung dalam tiga bulan pertama dan lahir volume lambung 25-50 ml.

Adapun adaptasi pada saluran pencernaan adalah :

- 1) Pada hari ke 10 kapasitas lambung menjadi 100cc
- 2) Enzim tersedia untuk mengkatalisis protein dan karbohidrat sederhana yaitu monosakarida dan disakarida.

- 3) Difisiensi lifase pada pankreas menyebabkan terbatassnya absorpsi lemak sehingga kemampuan bayi untuk mencerna lemak belum matang, maka susu formula sebaiknya tidak diberikan pada bayi baru lahir.
- 4) Kelenjar lidah berfungsi saa lahir tetapi kebanyakan tidak mengeluarkan ludah sampai usia bayi $\pm 2-3$ bulan.

Sebelum lahir, janin cukup bulan akan mulai menghisap dan menelan .reflek muntah dan reflek batuk yang matang sudah terbentuk dengan baik pada saat lahir. Kemampuan bayi baru lahir cukup bulan untuk menelan dan mencerna makanan (selain susu) masih terbatas. Hubungan antara esofagus bawah dan lambung masih belum sempurna yang mengakibatkan “gumoh” pada bayi baru lahir dan neonatus.kapasitas lambung sendiri sangat terbatas yaitu kurang dari 30 cc untuk seorang bayi baru lahir cukup bulan dan kapasiitas lambung ini akan bertambah secara lambat bersamaan dengan pertumbuhannya. Dengan adanya kapasitas lambung ini maka sangat penting bagi pasien untuk mengatur pola intake cairan pada bayi dengan frekuensi sedikit tapi sering.contohnya memberi ASI sesuai keinginan bayi .usus bayi masih belum matang sehingga tidak mampu melindungi dirinya sendiri dari zat-zat berbahaya yang masuk kedalam saluran pencernaannya. Disamping itu bayi baru lahir juga belum dapat mempertahankan air secara efisiensi dibanding

dengan orang dewasa, sehingga kondisi ini dapat menyebabkan diare yang lebih serius pada neonates.

F. Sistem hati

Hepar janin pada kehamilan 4 bulan mempunyai peranan dalam metabolisme hidrat areng, dan glikogen mulai disimpan di dalam hepar, setelah bayi lahir simpanan glikogen cepat tercapai, vitamin A dan D juga sudah disimpan dalam hepar.

Fungsi hepar janin dalam kandungan dan segera setelah lahir masih dalam keadaan klimatur (belum matang) hal ini dibuktikan dengan ketidakseimbangan hepar untuk meniadakan bekas penghancuran dalam peredaran darah. Enzim hepar belum aktif benar pada neonatus, contohnya enzim UDPG :T(uridin difosfat glukorinidin transferase) dan enzim G6PD (glukose 6 fosfat dehidrogenase)y yang berfungsi dalam sintesis bilirubin, sering kurang sehingga neonatus memperlihatkan gejala ikterus fisiologik. Segera setelah lahir, hati menunjukkan perubahan kimia dan formologis, yaitu kenaikan kadar protein serta penurunan lemak dan glikogen. Sel- sel hemopoetik juga mulai berkurang, walaupun memakan waktu agak lama. Enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir, daya di toksifikasi hati pada neonatus juga belum sempurna, contohnya pemberian obat kloramfenikel dengan dosis lebih dari 50 mgt/kg BB perhari dapat menimbulkan *grey beby sindrom*.

G. Sistem Kelenjar Endokrin

Selama dalam uterus, janin mendapatkan hormone dari ibunya. Pada kehamilan sepuluh minggu kortikotropin telah ditemukan dalam hipofisis janin, hormone ini diperlukan untuk mempertahankan glandula supra renalis janin. Pada neonatus kadang-kadang hormone yang didapatkan dari ibu masih berfungsi, pengaruhnya dapat dilihat misalnya pembesaran kelenjar air susu pada bayi laki-laki ataupun perempuan kadang kadang adanya pengeluaran darah dari vagina yang menyerupai haid pada bayi perempuan.

Kelenjar adrenal pada waktu lahir relative lebih besar bila dibandingkan dengan orang dewasa. Kelenjar thyroid sudah sempurna terbentuk sewaktu lahir dan mulai berfungsi sejak beberapa bulan sebelum lahir.

Adanya penyesuaian pada sistem endokrin adalah :

- 1) Kelenjar thyroid berkembang selama minggu ke 3 dan ke 4
- 2) Sekresi-sekresi thyrokin dimulai pada minggu ke-8 thyrokin maternal adalah bisa memintasi plasenta sehingga fetus yang tidak memproduksi hormone thyroid akan lahir dengan hipothyroidis konginital hormone thyroid akan lahir jika tidak ditangani menyebabkan retardasi mental berat.
- 3) Kortek adrenal dibentuk pada minggu ke-6 dan menghasilkan hormone pada minggu ke-8 dan minggu ke-9.

4) Pankreas dibentuk dari foregut pada minggu ke-5 sampai minggu ke-8 dan pulau langghans berkembang selama minggu ke-12 serta insulin diproduksi pada minggu ke-20 pada infat dengan ibu DM dapat menghasilkan vetal hyperlikemi yang dapat merangsang hyperinsulinemia dan sel-sel pulau dihyperplasia hal ini menyebabkan ukuran vetus yang berlebih.

5) Hyperinsulinemia dapat memblok maturasi paru sehingga dapat menyebabkan janin dengan resiko tinggi distress pernapasan.

H. Imunologi

Pada sistem imunologi terdapat beberapa jenis imunoglobulin (suatu protein yang mengandung zat antibodi) diantaranya adalah IgG (immunoglobulin Gamma G). pada neonates hanya terdapat imunoglobuli gamma g, di bentuk bnanya dalam bulan kedua setelah bayi dilahirkan, Imunoglobulin Gamma G pada janin berasal dari ibunya melalui plasenta.

Pada neonates tidak terdapat sel plasma pada sumsum tulang, lamina propina illium serta apendiks. Plasenta merupakan sawar sehingga fetus bebas dari antigen dan stress imunologis. Pada bayi baru lahir hanya terdapat Gamma Globulin G, sehingga Imunologi dari ibu dapat melalui plasenta

karena bera molekulnya kecil. Apabila terjadi infeksi pada janin yang dapata melalui plasenta seperti : toksoplasmosis, herpes simpleks, dan penyakit virus lainnya, reaksi imunoglobulin dapat terjadi dengan pembentukan sel plasma dan antibody Gamma A, G dan Gamma M.Ig. Gamma A telah dapat dibentuk pada kehamilan dua bulan dan baru banyak ditemukan segera sesudah bayi dilahirkan khususnya pada traktus respiratory. Kelenjar liur, pancreas, dan traktus urogenetalis. Immunoglobulin Gamma M ditemukan pada kehamilan 5 bulan,, produksi Immunoglobulin Gamma M meningkat segera setelah bayi lahir, sesuai dengan bakteri dala alat pencernaan.

Sistem imunitas bayi baru lahir masih belum matang, sehingga menyebabkan neonates rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. Sistem imunitas yang matang akan memberikan kekebalan alami maupun yang di dapat. Kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang berfungsi mencegah atau meminimalkan infeksi (Marmi, 2012:63).

Berikut beberapa contoh kekebalan alami :

- 1) Perlindungan dari membrane mukosa
- 2) Fungsi saringan saluran nafas
- 3) Pembentukan koloni mikroba di kulit dan usus
- 4) Perlindungan kimia oleh lingkungan asam lambung

Kekebalan alami juga di sediakan pada tingkat sel oleh sel darah yang membantu bayi baru lahir membunuh mikroorganisme asing, tetapi sel-sel darah ini masih belum matang artinya bayi baru lahir tersebut belum mampu melokalisasi dan memerangi infeksi secara efisien. Kekebalan yang di dapat akan muncul kemudian. Bayi baru lahir dengan kekebalan pasif mengandung banyak virus dalam tubuh ibunya. Reaksi antibody keseluruhan terhadap antigen asing masih belum bias di lakukan sampai awal kehidupannya. Salah satu tugas utama selama masa bayi dan balita adalah pembentukan sistem kekebalan tubuh. Karena adanya defisiensi kekebalan alami yang di dapat ini, bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi. Reaksi bayi baru lahir terhadap infeksi masih lemah dan tidak memadai, oleh karena itu pencegahan terhadap mikroba (seperti pada praktek persalinan yang aman dan menyusui asi dini terutama kolostrum) dan deteksi dini infeksi menjadi sangat penting (Saifuddin, 2014: 324).

I. Kebutuhan Dasar Bayi Baru Lahir

1. Makan/minum

Menurut Marmi dan Kukuh Raharjo (2012) dalam (Umi, 2015 : 154) berikan ASINs sering mungkin sesuai dengan keinginan ibu (jika payudara penuh) atau berikan sesuai dengan kebutuhan bayi setiap 2-3 jam (paling sedikit 4 jam),

bergantian antara payudara kiri dan kanan. Seorang bayi menyusu bisa sampai 12-15 kali dalam 24 jam. Pada periode usia 0-6 bulan, kebutuhan gizi bayi baik kualitas maupun kuantitas terpenuhinya dari ASI saja, tanpa harus diberikan makanan maupun minuman lainnya. Karena pemberian makanan lain akan mengganggu produksi ASI dan mengurangi kemampuan bayi untuk menghisap.

2. Eliminasi

d) Buang Air Besar

Fases bayi di dua hari pertama setelah persalinan berbentuk seperti ter atau aspal lembek. Zat buangan ini berasal dari pencernaan bayi yang dibawa dari kandungan. Setelah itu fases bayi akan bergumpal-gumpal seperti jeli, padat, berbiji atau *seeded* dan bisa juga berupa cairan, fases bayi yang diberi ASI eksklusif biasanya tidak berbentuk pasta atau krem, berbiji dan bisa juga seperti mencret atau mencair. Sedangkan fases yang diberi susu formula berbentuk padat, bergumpal-gumpal atau agak liat dan bulat. Maka dari itu bayi yang diberi susu formula akan susah untuk BAB sedangkan yang diberi ASI tidak (157-158).

b) Buang Air Kecil

Bayi baru lahir cenderung sering BAK 7-10x/hari. Untuk menjaga bayi tetap bersih, hangat dan kering maka setelah BAK harus diganti popoknya. Bayi mulai memiliki fungsi ginjal yang sempurna selama 2 tahun pertama kehidupannya. Biasanya terdapat urin dalam jumlah yang kecil pada kandung kemih bayi saat lahir, tetapi ada kemungkinan urin tersebut tidak dikeluarkan selama 12-24 jam. Jika urin pucat, kondisi ini menunjukkan masukan cairan yang cukup. Umumnya bayi cukup bulan akan mengeluarkan urin 15-16 ml/kg/hari. Untuk menjaga bayi tetap bersih, hangat dan kering, maka setelah BAK harus diganti popoknya minimal 4-5 x/hari.

3. Keamanan

Menurut Dewi (2013) dalam Rimbun (2016 : 102) hal-hal yang harus diperhatikan dalam menjaga keamanan bayi adalah dengan tetap menjaganya, jangan sekali pun meninggalkan bayi tanpa ada yang mengganggu. Selain itu juga perlu dihindari untuk memberikan apapun ke mulut bayi selain ASI, karena bayi bisa tersedak dan jangan menggunakan alat penghangat buatan ditempat tidur.

J. Tanda Bahaya yang Harus Di waspadai

1. Pernafasan : Sulit atau cepat (lebih dari 60 kali per menit)
 2. Kehangatan: Terlalu panas (lebih 38 derajat C) atau terlalu dingin (kurang dari 36,5 derajat C)
 3. Warna : Kuning, Biru, Pucat
 4. Muntah : Banyak Muntah
 5. Tali Pusat : Merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah
 6. Infeksi : Suhu meningkat, merah bengkak, pernafasan sulit
 7. Kemih : Tidak berkemih dalam 24 jam
 8. Tinja : Tinja lembek, sering, hijau, lendir atau darah pada tinja
 9. Aktivitas : Menggigil, tangis tidak biasa, tidak bisa tenang, menagis terus menerus
- (Hani ummi dkk,2010:59)

K. Penyuluhan sebelum Bayi Baru Lahir pulang

1. perawatan tali pusat

Saat bayi dilahirkan, tali pusat (umbilikal) yang menghubungkannya dan plasenta ibunya akan dipotong oleh dokter. Semasa dalam rahim, tali ini menyalurkan oksigen dan makanan dari plasenta ke janin yang berada di dalamnya. Tapi saat dilahirkan, bayi tidak lagi membutuhkan oksigen dari ibunya, karena ia sudah dapat

bernapas sendiri melalui hidung. Karena itulah, tali tersebut harus dipotong meski tidak semuanya.

Tali pusar yang melekat di perut bayi, akan disisakan beberapa senti oleh dokter. Sisanya ini akan dibiarkan hingga pelan-pelan menyusut dan mengering, lalu terlepas dengan sendirinya. Cara membersihkannya bisa dilakukan sebagai berikut:

- 1) Cuci tangan bersih-bersih dengan sabun.
- 2) Ambil kapas bulat atau kapas bertangkai yang telah dibubuhi alkohol 70%, lalu bersihkan sisa tali pusar, terutama bagian pangkalnya (yang menempel pada perut)
- 3) Lakukanlah dengan hati-hati, apalagi bila pusar bayi masih berwarna merah.
- 4) Gunakan jepitan khusus dari plastik untuk ‘memegang’ ujung tali pusarnya, agar lebih mudah dalam membersihkan dan melilitkan perbannya.
- 5) Rendam perban/kasa steril dalam alkohol 70%, lalu bungkus sisa tali pusar. Usahakan agar seluruh permukaan hingga ke pangkalnya tertutup perban.
- 6) Lilitkan perban/kasa sedemikian rupa agar bungkusannya tidak terlepas. Pastikan tidak terlalu ketat, agar bayi tidak kesakitan.

- 7) Gunakan kain kasa untuk mengikat perban agar tetap pada tempatnya.

(Sulistyawati,2012:231-232)

2. Pemberian ASI

Inisiasi menyusui dini atau pemberian ASI sejak dini adalah sangat dianjurkan untuk dilakukan pada setiap ibu setelah melahirkan. Proses menyusui dapat segera dilakukan begitu bayi lahir. Bayi yang lahir cukup bulan akan memiliki naluri utk menyusu pada ibunya di 20 – 30 menit setelah ia lahir. Itupun jika ia tidak mengantuk akibat pengaruh obat ataupun anastesi yang diberikan ke ibu saat proses melahirkan. Pengalaman pertama bayi. Di jam-jam pertama, bayi akan relatif tenang, terjaga dan memiliki kemampuan bawaan untuk melakukan proses latch-on (proses masuknya sebagian besar ke dalam mulut bayi hingga ia dapat “mengunci” dan menyusu dengan baik dan menyusu dengan baik. Riset menunjukkan bahwa bayi baru lahir yang diletakkan di perut ibu sesaat setelah ia lahir, akan mampu mencari payudara ibu dan menyusu dengan baik dalam kurun waktu kurang dari 50 menit. Rooming-In (Rawat Gabung) Perawatan bayi dan ibu bayi dapat terus bersama selama 24 jam dinamakan rawat gabung. Sejak dini harus dilakukan rawat gabung dengan

baik. Rawat gabung harus dilakukan perawatan ibu dan bayi sejak hari pertama di rumah sakit harus dilakukan dalam satu tempat tidur atau satu ruangan. Jika tidak ada masalah medis, tidak ada alasan untuk memisahkan ibu dari bayinya, meskipun sesaat. Bahkan makin seringnya ibu melakukan kontak fisik langsung dengan bayi akan membantu menstimulasi hormon prolaktin dalam memproduksi ASI. Karena itu pada tahun 2005, American Academy of Pediatrics (AAP) mengeluarkan kebijakan agar ibu dapat terus bersama bayinya di ruangan yang sama dan mendorong ibu untuk segera menyusui bayinya kapanpun sang bayi menginginkannya. Semua kondisi tsb akan membantu kelancaran dari produksi ASI. Memisahkan bayi dari ibunya sebelum hal tersebut dilakukan akan membuat bayi kehilangan kesempatan besar. Bayi akan mengantuk dan kehilangan minatnya utk menyusu pada ibunya. Akibatnya proses inisiasi menyusui mengalami hambatan. Oleh karena itu, pastikan bahwa bayi mendapatkan kesempatan utk melakukan proses inisiasi menyusui paling tidak satu jam pertama setelah ia lahir. Hal ini akan menunjang proses keberhasilan pemberian ASI di kemudian hari.

3. Jaga Kehangatan Bayi

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

- 1) Untuk mengurangi kehilangan panas tubuh
- 2) Membuat bayi merasa aman dan hangat
- 3) Membuat bayi tidur lebih nyenyak
(Mueser, 2009:107)
- 4) Cara Membungkus Bayi:

Cara membungkus bayi dengan aman dalam selimut persegi. Pertama-tama, lipat salah satu ujung selimut hingga ke tengah, letakkan kepala bayi ke tengah dari selimut yang dilipat, bungkus kepala bayi terlebih dahulu

lalu lipat ujung yang bersebrangan dengan yang dilipat sebelumnya ke kaki bayi. Kemudian tutupkan dua ujung lain ke tubuh bayi satu per satu.

L. Kunjungan Bayi Baru Lahir

Pelayanan sesuai standar yang diberikan tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonates, sedikitnya 3 kali selama periode 0-28 hari setelah lahir, baik fasilitas kesehatan maupun kunjungan rumah yaitu:

- a. Kunjungan neonatus ke-1 (KN1) dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir
- b. Kunjungan neonates ke-2 (KN2) dilakukan pada kurun waktu hari ke 3-7 hari setelah kelahiran
- c. Kunjungan neonates ke-3 (KN3) dilakukan pada kurun waktu hari 8-28 setelah lahir, baik difasilitas kesehatan maupun kunjungan rumah (Dinkes, 2012; 7).

2.1.4 Konsep Dasar Nifas

A. Pengertian Nifas

Menurut (Ambarwati,2010:43) masa nifas adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari.

B. Tahapan Masa Nifas

4. Puerperium Dini

Yaitu kepulihan dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan serta menjalankan aktivitas layaknya wanita normal lainnya (40 hari).

6. Puerperium Intermediate

Yaitu suatu kepulihan menyeluruh alat-alay genetalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

7. Remote Puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi (Susilo dkk, 2016:34).

C. Adaptasi Psikologis Ibu Masa Nifas

1. Fase Taking In

Wanita menjadi pasif dan sangat tergantung serta berfokus pada dirinya, tubuhnya sendiri. Mengulang-ulang menceritakan pengalaman proses bersalin yang dialami.

Wanita yang baru melahirkan ini perlu istirahat atau tidur untuk mencegah gejala kurang tidur dengan gejala lelah, cepat tersinggung, campur baur dengan proses pemulihan (Yetti, 2010 : 80).

2. Fase Taking Hold

- a. Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum.

- b. Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayi.
- c. Ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, BAB, BAK, serta kekutan dan ketahanan tubuhnya.
- d. Ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilan perawatan bayi, misalnya menggendong, memandikan, memasang popok, dan sebagainya.
- e. Pada masa ini, ibu biasanya agak sensitif dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut.
- f. Pada tahap ini, ibu harus tanggap terhadap kemungkinan perubahan yang terjadi.
- g. Tahap ini merupakan waktu yang tepat bagi bidan untuk memberikan bimbingan cara perawatan bayi, namun harus selalu diperhatikan teknik bimbingannya, jangan sampai menyinggung perasaan atau membuat perasaan ibu tidak nyaman karena ia sangat sensitif. Hindari kata “jangan begitu” atau “kalau kayak gitu salah” pada ibu karena hal itu akan sangat menyakiti perasaannya dan akibatnya ibu akan putus asa untuk mengikuti bimbingan yang bidan berikan (Ari, 2009 : 88-89).

3. Fase Letting Go

- a. Terjadi setelah ibu pulang kerumah dan dipengaruhi oleh dukungan serta perhatian keluarga.
- b. Ibu sudah mengambil tanggung jawab dalam merawat bayi dan memahami kebutuhan bayi sehingga akan mengurangi hak ibu dalam kebebasan dan hubungan sosial.
- c. Depresi postpartum sering terjadi pada masa ini (Risa, 2014 :

D. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1. Sistem Reproduksi

a. Uterus

Pengeluaran rahim (involusi)

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Dengan involusi uterus ini, lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi *neurotic* (layu/mati).

Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba di mana TFU-nya (tinggi fundus uteri).

- 1) Pada saat bayi lahir, fundus uteri setinggi pusat dengan berat 1000 gram.
- 2) Pada akhir kala III, TFU teraba 2 jari dibawah pusat simpisis dengan berat 500 gram.
- 3) Pada 2 minggu post partum, TFU teraba diatas simpisis dengan berat 350 gram.

- 4) Pada 6 minggu post partum, fundus uteri mengecil (tak teraba) dengan berat 50 gram (Ari, 2009 : 73-74)

Tabel 2.10
Involusi Uterus

Involusi	TFU	Berat Uterus (gr)	Diameter Bekas Melekat Plasenta (cm)	Keadaan Serviks
Bayi Lahir	Setinggi pusat	1000		
Uri Lahir	2 jari dibawah pusat	750	12,5	Lembek
1 minggu	Pertengahan pusat-simfisis	500	7,5	Beberapa hari setelah postpartum dapat dilalui 2 jari Akhir minggu pertama dapat dimasuki 1 jari
2 minggu	Tak teraba diatas simfisis	350	3-4	
6 minggu	Bertambah kecil	50-60	1-2	
8 minggu	Sebesar normal	30		

Sumber: Dewi, 2011.

b. Lochia

Menurut Manuaba (2012 : 202) dalam Rimbun(2016 : 74) lochia adalah cairan atau lendir yang berasal dari cavum uteri dan vagina dalam masa nifas. Macam-macam lachia :

1) Lochia Rubra

Ini berisi darah segar dan sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, vernik caseosa, lanugo, dan meconium, selama 2 hari pasca persalinan.

2) Lochia Sanguinolenta

Warnanya merah kuning berisi darah dan lendir. Ini terjadi pada hari ke-37 pasca persalinan.

3) Lochia Serosa

Berwarna kuning dan cairan ini tidak berdarah lagi pada hari ke 7-14 pasca persalinan.

4) Lochia Alba

Cairan putih yang terjadinya pada hari setelah 2 minggu.

c. Endometrium

Perubahan pada endometrium adalah timbulnya trombosis, degenerasi, dan nekrosis ditempat implantasi plasenta. Pada hari pertama tebal endometrium 2,5mm, mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua, dan selaput janin. Setelah 3 hari mulai rata, sehingga tidak ada pembentukan jaringan perut pada bekas implantasi plasenta (Siti, 2009 : 56).

d. Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama dengan uterus. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi (luka). Karena robekan kecil yang terjadi selama dilatasi, serviks tidak pernah kembali pada keadaan sebelum hamil.

Muara serviks yang dilatasi 10 cm pada waktu persalinan, menutup secara bertahap. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga rahim, setelah 2 jam dapat dimasuki 2-3 jari, pada minggu ke-6 postpartum serviks menutup (Eny, 2010 : 79).

e. Vagina dan Vulva

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6-8 minggu postpartum. Penurunan hormon estrogen pada masa postpartum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Rugae akan terlihat kembali pada sekitar 4 minggu (Eny, 2010 : 80).

2. Tanda-tanda Vital

a. Suhu Badan

Dalam 1 hari (24 jam) post partum suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C) sebagai akibat kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan, dan kelelahan. Apabila keadaan normal, suhu badan menjadi biasa. Biasanya, pada hari ke-3 suhu badan naik lagi karena adanya pembentukan ASI.

Payudara menjadi bengkak dan berwarna merah karena banyaknya ASI. Bila suhu tidak turun, kemungkinan adanya infeksi pada endometrium (mastitis, tractus genetalis, atau sistem lainnya).

b. Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa adalah 60-80 kali per menit. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit adalah abnormal dan hal ini menunjukkan adanya kemungkinan infeksi.

c. Tekanan Darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat post partum dapat menandakan terjadinya eklamsi post partum.

d. Pernapasan

Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan nadi tidak normal maka pernapasan juga akan mengikutinya, kecuali bila ada gangguan khusus pada saluran pencernaan (Ari, 2009 : 80-81).

3. Sistem Kardiovaskuler

Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300-400 cc. Bila kelahiran melalui section caesaria kehilangan darah dapat 2 kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah dan hemokonsentrasi. Apabila pada persalinan pervaginam haemokonentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu.

Setelah melahirkan shunt akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menimbulkan beban pada jantung dan dapat menimbulkan dekompensasi kondisi pada penderita vitium cordia. Untuk keadaan ini dapat dilatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya haemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala. Umumnya hal ini terjadi pada hari ke-3 sampai ke-5 hari post partum (Eny, 2010 : 85-86).

4. Sistem Pencernaan Pada Masa Nifas

Pasca melahirkan, kadar prgesteron juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal.

Biasanya ibu mengalami obstipasi stelah melahirkan anak. Ini di karenakan pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan colon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan, haemorroid, laserasi janin (Reni, 2012 : 33).

5. Sistem Perkemihan

Pelvis ginjal dan ureter yang teragang dan berdelitasi selama kehamilan kembali normal pada akhir minggu keempat menunjukan tidak saja edema dan hiperemia dinding kandung

kemih, tetapi sering kali terdapat ekstrasvasasi darah pada submukosa.

Kurang lebih 40% wanita nifas mengalami proteinuria yang ninpatologis sejak pascamelahirkan sampai dua hari postpartum agar dapat dikendalikan.

Diuresis yang normal dimulai segera setelah bersalin sampai hari kelima setelah persalinan. Jumlah urine yang keluar dapat melebihi 3.000 ml per harinya. Hal ini merupakan salah satu cara untuk menghilangkan peningkatan cairan ekstraseluler yang merupakan bagian normal dari kehamilan. Selain iu juga didapati adanya keringat yang banyak pada beberapa hari pertama setelah persalinan.

Kandung kemih juga mempunyai kapasitas yang meningkat secara relatif. Distensi yang berlebihan, urine residul yang berlebihan, dan pengosongan kandung yang tidak sempurna, harus diwaspadai dengan seksama. Ureter dan pelvis renalis yang mengalami distensi akan kembali normal pada dua sampai delapan minggu setelah persalinan (Siti, 2009 :59).

E. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

1. Nutrisi dan Cairan

Tidak ada kontraindikasi dalam pemberian nutrisi setelah persalinan. Ibu harus mendapat nutrisi yang lengkap dengan tambahan kalori sejak sebelum hamil (200-500 kal) yang akan

mempercepat pemulihan kesehatan dan kekuatan, meningkatkan kualitas dan kuantitas ASI, serta mencegah terjadinya infeksi.

Ibu nifas memerlukan diet untuk mempertahankan tubuh terhadap infeksi, mencegah konstipasi, dan untuk memulai proses pemberian ASI eksklusif. Asupan kalori per hari ditingkatkan sampai 3000 ml (susu 1000 ml). Suplemen zat besi dapat diberikan kepada ibu nifas selama 4 minggu pertama setelah kelahiran (Bahiyatu, 2009 : 68).

Tabel 2.11
Kebutuhan dasar ibu nifas

Jenis Makanan	Usia Bayi 0-6 Bulan	Usia Bayi >6 Bulan
Nasi	5 piring	4 piring
Ikan	3 potong	2 potong
Tempe	5 potong	4 potong
Sayuran	3 mangkok	3 mangkok
Buah	2 potong	2 potong
Gula	5 sendok	5 sendok
Susu	1 gelas	1 gelas
Air	8 gelas	8 gelas

Sumber: (Bahiyatul, 2009:56)

2. Ambulasi

Ambulasi dini adalah kebijaksanaan untuk selekas mungkin membimbing pasien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya untuk berjalan. Ambulasi dini tidak dibenarkan pada pasien dengan penyakit anemia, jantung, paru-paru, demam, dan keadaan lain yang masih membutuhkan istirahat. Keuntungan dari ambulasi dini, antara lain :

- a. Penderita merasa lebih sehat dan lebih kuat.
- b. Faal usus dan kandung kemih menjadi lebih baik.
- c. Memungkinkan bidan untuk memberikan bimbingan kepada ibu mengenai cara merawat bayinya (Ari, 2009 : 100-101).

3. Eliminasi

Buang Air Kecil (BAK) setelah ibu melahirkan, terutama bagi ibu yang pertama kali melahirkan akan terasa pedih bila BAK. Keadaan ini kemungkinan disebabkan oleh iritasi pada uretra sebagai akibat persalinan sehingga ibu takut BAK. Bila kandung kemih penuh, maka harus diusahakan agar ibu dapat BAK sehingga tidak memerlukan penyadapan yang mana akan membawa bahaya infeksi.

Miksi disebut normal bila dapat BAK spontan 3-4 jam. Ibu diusahakan dapat BAK sendiri, bila tidak maka dilakukan tindakan berikut ini :

- a. Dirangsang dengan mengalirkan air kran di dekat ibu.
- b. Mengompres hangat diatas simfisis.
- c. Saat *site bath* (berendam air hangat) ibu diusakan BAK.

Apabila cara tersebut tidak berhasil maka dilakukan kateterisasi. Namun hal ini akan membuat ibu merasa tidak nyaman dan infeksi saluran kemih tinggi.

Buang Air Besar (BAB) harus ada 3 hari postpartum nila ada obstipasi dan timbul koprostase hingga skibala (fases yang

mengeras) tertimbun direktum, mungkin akan terjadi febris. Bila terjadi demikian dapat dilakkan klisma atau diberi laksan per os (melalui mulut). Berikut cara agar dapat BAB dengan teratur :

- 1) Diet teratur
- 2) Pemberian cairan yang banyak
- 3) Ambulasi yang baik
- 4) Bila takut BAB secara episiotomi, maka di berikan laksan supposotria (Vivia, 2011 : 73-74).

4. Kebersihan Diri

Menurut Sulistyawati (2009 : 95) dalam Rimbun (2016: 80) beberapa langkah penting dan perawatan kebersihan diri ibu postpartum :

- a. Jaga kebersihan seluruh tubuh untuk mencegah infeksi dan alergi kulit pada bayi. Kulit ibu kotor karena keringat atau debu dapat menyebabkan kulit bayi mengalami alergi melalui sentuhan kulit ibu dengan bayi.

- b. Membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air.

Pastikan ibu mengerti untuk membersihkan daerah vulva terlebih dahulu, dari depan kebelakang, baru kemudian membersihkan daerah anus.

- c. Mengganti pembalut setiap kali darah sudah penuh atau minimal 2 kali dalam sehari.

- d. Mencuci tangan dengan sabun dan air setiap kali ibu selesai membersihkan daerah kemaluan.

5. Istirahat

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari.

Hal yang dapat dilakukan ibu dalam memenuhi kebutuhan istirahatnya :

- a. Anjurkan ibu untuk cukup istirahat.
- b. Sarankan ibu untuk melakukan kegiatan rumah tangga secara perlahan.
- c. Tidur siang atau istirahat saat bayi tidur.

Kurangi istirahat yang dapat menyebabkan :

- 1) Jumlah ASI berkurang.
- 2) Memperlambat proses involusi uteri.
- 3) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan dalam merawat bayi sendiri (Reni, 2012 : 62-63).

6. Seksual

- a. Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu-satu dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri, maka ibu aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap.

- b. Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan ini bergantung pada pasangan yang bersangkutan (Siti, 2009 : 75).

7. Latihan/Senam Nifas

Untuk mencapai hasil pemulihan otot yang maksimal, sebaiknya latihan masa nifas dilakukan seawal mungkin dengan catatan ibu menjalani persalinan dengan normal dan tidak ada penyulit post partum (Ari, 2009 : 103-104).

8. Keluarga Berencana

- a. Idealnya pasangan harus menunggu sekurang-kurangnya 2 tahun sebelum ibu hamil kembali.
- b. Biasanya ibu post partum tidak akan menghasilkan telur (ovulsi) sebelum mendapatkan haidnya selama meneteki, oleh karena itu amenorea laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan.
- c. Sebelum menggunakan metode KB, ada hal yang harus dijelaskan kepada ibu :

- 2) Bagaimanapun metode ini dapat mencegah kehamilan serta metodenya.
- 3) Kelebihan dan kekurangan.

- 4) Efek samping.
- 5) Kekurangannya.
- 6) Bagaimana memakai metode itu.
- 7) Kapan metode itu dapat mulai digunakan untuk wanita pasca persalinan yang menyusui.

d. Jika pasangan memilih metode KB tertentu, ada baiknya untuk bertemu dengannya lagi dalam 2 minggu untuk mengetahui apakah ada yang ingin ditanyakan oleh ibu atau pasangan dan untuk melihat apakah metode tersebut bekerja dengan baik (Eny, 2010 : 114-115).

F. Kunjungan Masa Nifas

Jadwal kunjungan masa nifas (Syafudin, 2009:26) adalah sebagai berikut:

a. Kunjungan Pertama (6 – 8 jam Pasca Persalinan)

- 1) Mencegah perdarahan masa nifas, karena atonia uteri
- 2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, serta merujuk jika perdarahan berlanjut.
- 3) Memberi konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga cara mencegah perdarahan masa nifas akibat atonia uteri.
- 4) Pemberian ASI awal
- 5) Melakukan *bonding attachment*
- 6) Menjaga bayi tetap sehat, cegah hipotermia.

- 7) Petugas kesehatan yang menolong persalinan harus mendampingi ibu dan BBL 2 jam pertama pascapartum atau sampai keadaan ibu dan bayinya stabil.

b. Kunjungan Kedua (6 hari Pasca Persalinan)

- 1) Memastikan involusi uterus berjalan
- 2) Menilai adanya tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal
- 3) Memastikan ibu dapat makan, minum, dan cukup istirahat.
- 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda penyulit
- 5) Memberi konseling mengenai asuhan bayi, perawatan tali pusat dan perawatan sehari – hari

c. Ketiga (6 minggu Pasca – Persalinan)

- 1) Menanyakan penyulit yang dialami
- 2) Memberi Konseling KB secara dini

G. Penyulit masa nifas

1. Perdarahan post partum adalah lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir (Prawirohardjo, 2009:45)

Menurut waktu terjadinya di bagi atas 2 bagian :

- a) Perdarahan post partum *primer* (*Early Post Partum Hemorrhage*) yang terjadi dalam waktu 24 jam setelah anak lahir. Penyebab utama 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 ke-15 post partum. Penyebab utama robekan jalan lahir dan sisa plasenta

(Yudiana, 2016:65)

Perdarahan post partum merupakan penyebab penting kematian maternal khususnya dinegara berkembang.

Faktor-faktor penyebab perdarahan post partum adalah :

- 1) GrandeMultipara
- 2) Jarak persalinan pendek kurang dari 2 tahun
- 3) Persalinan yang dilakukan dengan tindakan :
pertolongan kala uri sebelum waktunya, pertolongan persalinan oleh dukun, persalinan dengan tindakan paksa, persalinan dengan narkosa (Manuaba, 2009:38).

2. Sub Involusi Uterus (pengecilan rahim yang terganggu)

Involusi adalah keadaan uterus mengecil oleh kontraksi rahim dimana berta 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, 2016:78)

Faktor penyebab Sub Involusi antara lain : sisa plasenta dalam uterus, endometritis, adanya mioma uteri (Prawirohadjo, 2009:29)

Pada pemeriksaan bimanual ditemukan uterus lebih besar dan lembek dari seharusnya, fundus masih tinggi, lochea banyak dan berbau, dan tidak jarang terdapat pula 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 terdapat dua atau lebih dari tanda-tanda berikut : nyeri pelvik, demam $38,5^{\circ}\text{C}$ atau lebih, rabas vagina yang abnormal, rabas vagina yang berbau busuk, keterlambatan dalam kecepatan penurunan uterus (Suherni dkk, 2009:41).

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 pada mammae dan terjadi perubahan warna kulit mammae (Haryani, 2010:52)

2.1.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana

A. Pengertian

1. Keluarga Berencana

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

2. Kontrasepsi

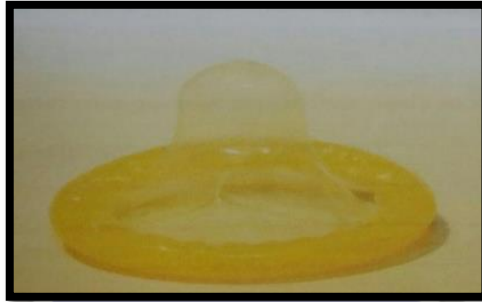
Kontrasepsi adalah menghindari dan mencegah terjadinya suatu kehamilan sebagai akibat dari bertemunya sel sperma dan sel telur yang matang dan dapat mengakibatkan kehamilan. Dapat juga menggunakan berbagai macam cara, baik menggunakan hormon, alat ataupun melalui prosedur operasi. Kontrasepsi merupakan sebuah alat, obat, efek atau tindakan yang dimaksudkan untuk mencegah kehamilan. Masyarakat pada umumnya menyebut kontrasepsi dengan istilah Keluarga Berencana atau KB (Wiknjosastro, 2009:13).

B. Macam-Macam Kontrasepsi

1. Kondom

Kondom alat kontrasepsi yang terbuat dari lateks. Untuk mencegah kehamilan, kondom dipasang pada penis atau vagina pada saat melakukan hubungan. Sperma yang dikeluarkan ketika ejakulasi tidak masuk rahim tapi tertumpang didalam

kondom, dengan demikian sel telur sehingga tidak terjadi fertilisasi (Dewi, 2012 : 103).



Gambar 2.24
Kondom

Sumber : https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/1/18/blausen_0585_Kondom.png

a. Cara Kerja

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

b. Efektivitas

Kondom cukup efektif bila dipakai secara benar pada setiap kali berhubungan seksual. Pada beberapa pasangan, pemakaian kondom tidak efektif karena tidak dipakai secara konsisten. Secara ilmiah didapatkan hanya sedikit angka

kegagalankondom yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun (Abdul, 2010:18).

2. Pil KB

a. Jenis Pil KB

Ada 3 jenis pil KB menurut Sarwono,2007:35 yaitu :

- 1) Monofasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 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 hormone aktif estrogen/progestin dengan dua dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormone aktif.
- 3) Trifasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen/progestin dengan tiga dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.



Gambar 2.25
KB Pil Mini
Sumber : Hartanto, 2010:104

b. Macam-macam Pil KB

Pil KB menurut Dyah (2010) ada 3 macam yaitu : mini pil (*low dose continuos progesterone*), pil oral kombinasi (*POK*), *morning after pills*.

c. Cara Kerja Pil KB

Menurut Meilani,2010:67 yaitu :

- 1) Menekan ovulasi
- 2) Mencegah implantasi
- 3) Mengentalkan lendir serviks sehingga sulit dilalui oleh sperma
- 4) Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula.

d. Cara Penggunaan Pil KB

Menurut Manuaba ,2010:53

- 1) Minumlah pil KB dengan teratur
- 2) Bila lupa maka pil KB yang harus diminum menjadi dua buah
- 3) Bila perdarahan tidak memerlukan perhatian karena belum beradaptasi
- 4) Gangguan ringan seperti mual-muntah sebaiknya diatasi.

e. Sistem Kemasan Pil KB

Sistem kemasan pil KB diatur dengan sistem 28 dan sistem 22/1 menurut Manuaba (2010) adapun sistem 28 yaitu peserta

pil KB harus terus minum pil tanpa pernah berhenti, sedangkan pil KB yang sistem 22/1 yaitu peserta KB pil berhenti minum pil selama 7-8 hari dengan mendapat kesempatan menstruasi, akan tetapi untuk memudahkan masyarakat, pil KB sistem 28 lebih banyak dipergunakan karena mudah memberikan keterangan terutama bagi mereka yang dengan pendidikan rendah.

f. Efek Samping

Menurut Hartono, 2010:43

- 1) Jerawat atau kulit berminyak
- 2) Perdarahan bercak atau perdarahan haid
- 3) Payudara terasa penuh atau nyeri
- 4) Depresi
- 5) Gangguan penglihatan (buram atau hilangnya penglihatan)
- 6) Pada kehamilan akan terjadi kelainan pada janin
- 7) Sakit kepala
- 8) Tekanan darah tinggi
- 9) Mual
- 10) BB bertambah

g. Efektivitas

Menurut Hartono, 2010:43

- 1) Tidak menambah risiko terjadinya karsinoma payudara
- 2) Tidak memengaruhi terjadinya karsinoma kulit (*melanoma*)

- 3) Tidak memengaruhi terjadinya tumor kelenjar hypophyse
- 4) Tidak memengaruhi efek buruk terhadap kehamilan selanjutnya
- 5) Tidak memengaruhi terjadinya kelainan kongenital atau abortus pada pemakaian pil oral sebelum hamil.

h. Manfaat dan Keuntungan

Menurut Sarwono,2007:32

- 1) Memiliki efektivitas yang tinggi bila digunakan setiap hari
- 2) Risiko terhadap kesehatan sangat kecil
- 3) Tidak mengganggu hubungan seksual
- 4) Siklus haid menjadi teratur banyaknya darah haid berkurang
- 5) Dapat digunakan jangka panjang
- 6) Mudah dihentikan setiap saat
- 7) Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan
- 8) Dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat
- 9) Membantu mencegah (kehamilan ektopik, kanker ovarium, kanker endometrium, kista ovarium, penyakit radang panggul, kelainan jinak pada payudara, dismenorhoe, jerawat).

1. Suntikan Kombinasi

a) Pengertian

Kontrasepsi suntik adalah kontrasepsi hormonal yang diberikan dengan cara disuntikan secara intramuskuler dan bersifat sementara (Andriati, 2014:1). Jenis suntikan

kombinasi adalah 25 mg Depo Medroksiprogesteron Asetat (DMPA) dan 5 mg Estradiol Sipionat yang diberikan injeksi IM. sebulan sekali (Cyclofem), dan 50 mg Noretindron Enantat dan 5 mg Estradiol Valerat yang diberikan injeksi IM. sebulan sekali.

b) Cara Kerja:

- (1) Menekan ovulasi.
- (2) Membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu.
- (3) Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu.
- (4) Menghambat transportasi gamet oleh tuba.

c) Keuntungan

- 1) Sangat efektif
- 2) Pencegahan kehamilan jangka panjang
- 3) Tidak berpengaruh pada hubungan suami-istri
- 4) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, dan gangguan pembekuan darah
- 5) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI
- 6) Sedikit efek samping
- 7) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik

- 8) Dapat digunakan oleh perempuan usia >35 tahun sampai perimenopause
- 9) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik
- 10) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara
- 11) Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul
- 12) Menurunkan krisis anemia bulan sabit (*sickle cell*).

d) Yang Dapat Menggunakan Kontrasepsi Suntikan Progestin

- 1) Usia reproduksi
- 2) Nulipara dan telah memiliki anak
- 3) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi
- 4) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai
- 5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui
- 6) Setelah abortus atau keguguran
- 7) Telah banyak anak, tetapi belum menghendaki tubektomi

- 8) Perokok
- 9) Tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit

10) Menggunakan obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat) atau obat tuberkulosis (rifampisin)

11) Tidak dapat memakai kontrasepsi yang mengandung estrogen

12) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi

13) Anemia defisiensi besi

14) Mendekati usia menopause yang tidak mau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi.

e) Yang Tidak Boleh Menggunakan Suntikan Kombinasi

(1) Hamil atau diduga hamil.

(2) Menyusui di bawah 6 minggu pascapersalinan.

(3) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.

(4) Penyakit hati akut (virus hepatitis).

(5) Usia > 35 tahun yang merokok.

(6) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau dengan tekanan darah tinggi (> 180/110 mmHg).

(7) Riwayat kelainan tromboemboli atau dengan kencing manis > 20 tahun.

(8) Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migrain.

(9) Keganasan pada payudara (Saifuddin dkk, 2010: MK35-31).

2. Suntikan progestin

a) Pengertian

Kontrasepsi suntik 3 bulan adalah kontrasepsi jenis suntikan yang berisi hormone progesteron saja dan tidak mengandung hormon estrogen, dosis yang diberikan adalah 150 mg/ml secara intramuskuler setiap 12 minggu. Mekanisme kerja dari KB suntik 3 bulan adalah mencegah ovulasi, membuat lendir servik menjadi kental, membuat endometrium kurang baik untuk implantasi dan mempengaruhi kecepatan transportasi ovum didalam tuba fallopi (Susilowati, 2011:1). Injeksi Depo-Provera sekitar 99% efektif dalam mencegah kehamilan saat disuntikkan setiap tiga bulan sekali (Akinlaja *et al*, 2016:1).

b) Jenis

Tersedia 2 jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin, yaitu:

- (1) Depo Medroksiprogesteron Asetat (Depoprovera), mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuskular (di daerah bokong).

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

c) Cara Kerja

- (1) Mencegah ovulasi.
- (2) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma.
- (3) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi.
- (4) Menghambat transportasi gamet oleh tuba (Saifuddin dkk.2010:MK42-43).

3. Suntikan Kombinasi

f) Pengertian

Kontrasepsi suntik adalah kontrasepsi hormonal yang diberikan dengan cara disuntikan secara intramuskuler dan bersifat sementara (Andriati, 2014:1). Jenis suntikan kombinasi adalah 25 mg Depo Medroksiprogesteron Asetat (DMPA) dan 5 mg Estradiol Sipionat yang diberikan injeksi IM. sebulan sekali (Cyclofem), dan 50 mg Noretindron Enantat dan 5 mg Estradiol Valerat yang diberikan injeksi IM. sebulan sekali.

g) Cara Kerja:

- (5) Menekan ovulasi.
- (6) Membuat lendir serviks menjadi kental sehingga

penetrasi sperma terganggu.

(7) Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu.

(8) Menghambat transportasi gamet oleh tuba.

h) Keuntungan

13) Sangat efektif

14) Pencegahan kehamilan jangka panjang

15) Tidak berpengaruh pada hubungan suami-istri

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

17) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI

18) Sedikit efek samping

19) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik

20) Dapat digunakan oleh perempuan usia >35 tahun sampai perimenopause

21) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik

22) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara

23) Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul

24) Menurunkan krisis anemia bulan sabit (*sickle cell*).

i) Yang Dapat Menggunakan Kontrasepsi Suntikan

Progestin

15) Usia reproduksi

16) Nulipara dan telah memiliki anak

17) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi

18) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai

19) Setelah melahirkan dan tidak menyusui

20) Setelah abortus atau keguguran

21) Telah banyak anak, tetapi belum menghendaki tubektomi

22) Perokok

23) Tekanan darah $< 180/110$ mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit

24) Menggunakan obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat) atau obat tuberkulosis (rifampisin)

25) Tidak dapat memakai kontrasepsi yang mengandung estrogen

26) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi

27) Anemia defisiensi besi

28) Mendekati usia menopause yang tidak mau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi.

j) Yang Tidak Boleh Menggunakan Suntikan Kombinasi

(10) Hamil atau diduga hamil.

(11) Menyusui di bawah 6 minggu pascapersalinan.

(12) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.

(13) Penyakit hati akut (virus hepatitis).

(14) Usia > 35 tahun yang merokok.

(15) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau dengan tekanan darah tinggi (> 180/110 mmHg).

(16) Riwayat kelainan tromboemboli atau dengan kencing manis > 20 tahun.

(17) Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migrain.

(18) Keganasan pada payudara (Saifuddin dkk, 2010: MK35-31).

4. Suntikan progestin

a) Pengertian

Kontrasepsi suntik 3 bulan adalah kontrasepsi jenis suntikan yang berisi hormone progesteron saja dan tidak mengandung hormon estrogen, dosis yang diberikan adalah 150 mg/ml secara intramuskuler setiap 12 minggu. Mekanisme kerja dari KB suntik 3 bulan adalah mencegah ovulasi, membuat lendir servik menjadi kental, membuat endometrium kurang baik untuk

implantasi dan mempengaruhi kecepatan transportasi ovum didalam tuba fallopi (Susilowati, 2011:1). Injeksi Depo-Provera sekitar 99% efektif dalam mencegah kehamilan saat disuntikkan setiap tiga bulan sekali (Akinlaja *et al*, 2016:1).

b) Jenis

Tersedia 2 jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin, yaitu:

- (3) Depo Medroksiprogesteron Asetat (Depoprovera), mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuskular (di daerah bokong).
- (4) Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat), yang mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik intramuskular.

c) Cara Kerja

- (5) Mencegah ovulasi.
 - (6) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma.
 - (7) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi.
 - (8) Menghambat transportasi gamet oleh tuba
- (Saifuddin dkk.2010:MK42-43).

5. Implant

Metode kontrasepsi dengan cara memasukkan 2 batang susuk KB yang berukuran sebesar korek api dibawah kulit lengan atas. Implan ini berbentuk batang kecil berisi hormon yang terbuat dari plastik lentur. Implan terus-menerus melepaskan sejumlah kecil hormon seperti pil KB 3 tahun. Bila pasangan suami istri menginginkan anak, implan dapat di lepas dan wanita yang menggunakan alat kontrasepsi ini akan kembali subur setelah satu bulan (Dewi, 2012 : 106).

a. Cara Kerja

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

b. Efektivitas

Sangat efektif (kegagalan 0,2-1 kehamilan per 100 perempuan).

c. Yang Boleh Menggunakan Implan

- 1) Usia reproduksi.
- 2) Telah memiliki anak ataupun yang belum.
- 3) Menghendaki kontrasepsi yang memiliki efektivitas tinggi dan menghendaki pencegahan kehamilan jangka panjang.
- 4) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi.
- 5) Pascapersalinan dan tidak menyusui.
- 6) Pascakeguguran.
- 7) Tidak menginginkan anak lagi, tetapi menolak sterilisasi.
- 8) Riwayat kehamilan etopik.
- 9) Tekanan darah $< 180/110$ mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit.
- 10) Tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal yang mengandung estrogen.
- 11) Sering lupa menggunakan pil.

d. Yang Tidak Boleh Menggunakan Implan

- 1) Hamil atau diduga hamil.
- 2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.

3) Benjolan/kanker payudara atau riwayat pola haid yang terjadi.

4) Miom uterus dan kanker payudara.

5) Gangguan toleransi glukosa (Abdul, 2010 : MK 54-55).

6) Koitus Interruptus

e. Cara Kerja

Menarik penis yang sedang ereksi dari vagina sebelum ejakulasi guna mencegah sperma masuk ke vagina. Hal ini membutuhkan pengetahuan dasar tentang organisme dan pengendalian diri dari pasangan.

f. Keuntungan

Tidak menggunakan obat dan alat, nyaman dan tidak memerlukan biaya.

g. Kerugian

Tidak ada perlindungan terhadap infeksi menular seksual dan angka kehamilan tinggi (sperma bisa terdapat dalam di cairan praejakulasi).

h. Efektivitas

Pada penggunaan yang sempurna, angka kehamilan diperkirakan dapat mencapai 4%,

sedangkan pada pengguna yang biasa 19% (Eny, 2010 : 652).

6. MAL (Metode Amenorrhea Laktasi)

1) Profil

Metode Amenorea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengendalikan pemberian ASI secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan dan minuman apapun lainnya.

2) MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila :

- a. Menyusui secara penuh, lebih efektif bila pemberian ≥ 8 x/sehari.
- b. Belum haid.
- c. Umur bayi kurang dari 6 bulan.
- d. Efektif sampai 6 bulan.
- e. Harus dilanjutkan dengan metode kontrasepsi lainnya.

3) Cara Kerja

Penundaan/penekanan ovulasi.

4) Keuntungan Kontrasepsi

- a. Efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pascapersalinan).
- 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.

5) Keuntungan Nonkontrasepsi

a. Untuk bayi

- a) Mendapat kekebalan pasif (mendapatkan antibodi perlindungan lewat ASI).
- b) Sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal.
- c) Terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air, susu lain atau formula atau alat minum yang dipakai.

b. Untuk ibu

- a) Mengurangi perdarahan pascapersalinan.
- b) Mengurangi resiko anemia.
- c) Meningkatkan hubungan psikologik ibu dan bayi.

6) Keterbatasan

- a. Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pascapersalinan.
- b. Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial.
- c. Efektivitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan.

- d. Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/HIV dan HIV /AIDS.

7) Yang Dapat Menggunakan MAL

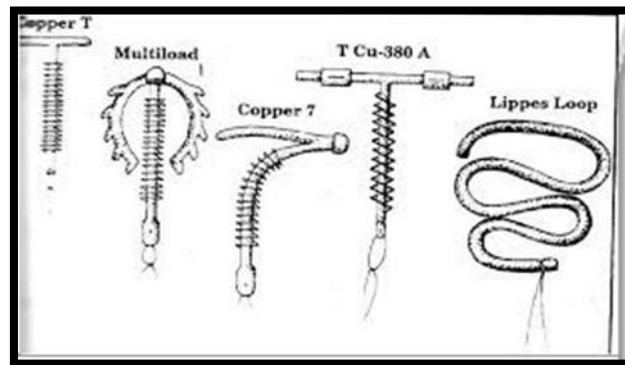
Ibu yang menyusui secara eksklusif, bayinya kurang dari 6 bulan dan belum mendapat haid setelah melahirkan.

8) Yang Seharusnya Tidak Pakai MAL

- a. Sudah mendapat haid setelah bersalin.
- b. Tidak menyusui secara eksklusif.
- c. Bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan.
- d. Bekerja dan terpisah dari bayi lebih lama dari 6 jam (Biran, 2014 :1-3).

7. AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)

Metode ini sangat efektif, reversibel, dan berjangka panjang. Haid menjadi lebih banyak dan lama. AKDR dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi, tetapi tidak boleh dipakai oleh perempuan yang terpajan infeksi menular seksual. Ada beberapa jenis yaitu CuT-380A, Nova T, dan Lippes Loppes.



Gambar 2.26

Jenis alat Kontrasepsi AKDR

Sumber :

[https://www.google.co.id/macam+macam+kontrasepsi+iud
&client.com](https://www.google.co.id/macam+macam+kontrasepsi+iud&client.com)

1) Cara Kerja

- a. Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi.
- b. Memengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri.
- c. Mencegah pertemuan sperma dan ovum atau membuat sperma sulit masuk kedalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi.
- d. Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus.

2) Keuntungan

- a. Efektivitas tinggi (0,6-0,8 kehamilan/100 wanita dalam 1 tahun pertama, 1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan).

- b. Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380A dan tidak perlu diganti).
- c. Tidak memengaruhi hubungan seksual dan meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil.
- d. Tidak memengaruhi produksi dan kualitas ASI.
- e. Dapat dipasang segera setelah melahirkan dan sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi).
- f. Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir).
- g. Tidak ada interaksi dengan obat-obatan.

3) Keterbatasan

- a. Efek samping yang umum terjadi meliputi perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan), haid lebih lama dan banyak, perdarahan spotting di antara menstruasi, dan saat haid sakit.
- b. Komplikasi dan meliputi merasakan sakit dan kejang selama 3-5 hari setelah pemasangan, perforasi dinding uterus, perdarahan berat pada waktu haid yang memungkinkan penyebab anemia.
- c. Tidak mencegah infeksi menular seksual (IMS), termasuk HIV/AIDS.

- d. Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan (Bahiyatun, 2009 : 90-91).

4) Macam-macam jenis IUD

Jenis- jenis IUD yang dipakai di Indonesia diantaranya:

(1) Cooper- T



Gambar 2.27

Cooper- T

Sumber: (Imbarwati ,2009)

Jenis IUD Copper-T berbentuk T, terbuat dari bahan polyethelen dimana paa bagian vertikalnya diberi lilitan kawat (Imbarwati , 2009).

5) Cara pemasangan dan pencabutan AKDR

a) Cara pemasangan AKDR

1) Langkah 1

(a) Jelaskan pada klien apa yang akan dilakukan dan mempersilahkan klien mengajukan pertanyaan

(b) Sampaikan kepada klien kemungkinan akan merasa sedikit sakit pada beberapa langkah waktu

pemasangan dan nanti akan diberitahu bila sampai pada langkah tersebut

- (c) Pastikan klien sudah mengosongkan kandung kemihnya

2) Langkah 2

- (a) Periksa genetalia eksterna untuk memeriksa adanya ulkus, pembengkakan kelenjar getah bening (bubo), pembengkakan kelenjar bartholini dan kelenjar skene
- (b) Lakukan pemeriksaan spekulum untuk memeriksa adanya cairan vagina, sevisitis, dan pemeriksaan mikroskopis bila diperlukan
- (c) Lakukan pemeriksaan panggul untuk menentukan besar, posisi uterus, konsistensi dan mobilitas uterus. Untuk memeriksa adanya nyeri goyang serviks dan tumor pada adneksa atau pada kavum douglasi

3) Langkah 3

Lakukan pemeriksaan mikroskopik bila tersedia dan bila ada indikasi untuk memeriksa adanya jamur, trikomonas, bakterial vaginosis (preparat basah saline dan KOH serta pemeriksaan pH) untuk memeriksa adanya gonore atau klamidia

4) Langkah 4

Masukkan lengan AKDR Copper T-380 A di dalam kemasan sterilnya

5) Langkah 5

Gunakan tenakulum untuk menjepit serviks pada posisi jam satu atau jam sebelas

6) Langkah 6

Masukkan sonde uterus untuk menentukan posisi uterus dan kedalaman kavum uteri. Masukkan sonde sekali masuk dengan teknik tanpa sentuh dimasukkan untuk mengurangi resiko infeksi

7) Langkah 7

(a) Atur letak leher biru pada tabung inserter sesuai dengan kedalaman kavum uteri

(b) Tarik tenakulum (yang masih menjepit serviks sesudah melakukan sonde uterus) sehingga kavum uteri, kanalis servikalis dan vagina berada dalam satu garis lurus

(c) Masukkan dengan pelan dan hati-hati tabung inserter yang sudah berisi AKDR ke dalam kanalis servikalis dengan mempertahankan posisi leher biru dalam arah horizontal

(d) Sesuai dengan arah dan posisi kavum uteri, dorong tabung inserter sampai leher biru menyentuh serviks atau sampai terasa ada tahanan dari fundus uteri. Pastikan leher biru tetap dalam posisi horizontal

(e) Pegang serta tahan tenakulum dan pendorong dengan satu tangan, sedang tangan lain menarik tabung inserter sampai pangkal pendorong. Dengan cara ini lengan AKDR akan berada tepat di fundus (puncak kavum uteri)

(f) Keluarkan pendorong dengan tetap memegang dan menahan tabung inserter, dorong kembali tabung inserter dengan pelan dan hati-hati samapai terasa ada tahanan fundus. Langkah ini menjamin bahwa lengan AKDR akan berada tetap di tempat yang setinggi mungkin di dalam kavum uteri

(g) Keluarkan sebagian tabung inserter dari kanalis servikalis. pada waktu benang tampak tersembul keluar dari tabung serviks sepanjang 3-4 cm, potong benang tersebut dengan menggunakan gunting mayo yang tajam

- (h) Lepas tenakulum. Bila ada perdarahan banyak dari tempat bekas jepitan tenakulum, tekan dengan kasa sampai perdarahan terhenti.

8) Langkah 8

Buang bahan-bahan habis pakai yang terkontaminasi sebelum melepas sarung tangan.

Bersihkan permukaan yang terkontaminasi

9) Langkah 9

Lakukan dekontaminasi alat-alat dan sarung tangan dengan segera setelah selesai dipakai

10) Langkah 10

- (a) Ajarkan pada klien bagaimana cara memeriksa benang AKDR (dengan model bila tersedia)

- (b) Minta klien menunggu di klinik selama 15-30 menit setelah pemasangan AKDR (Kumalasari, 2015:308-310).

b) Cara pencabutan AKDR

1) Langkah 1

Menjelaskan kepada klien apa yang akan dilakukan dan persilahkan klien untuk bertanya

2) Langkah 2

Memasukkan spekulum untuk melihat serviks dan benang AKDR

3) Langkah 3

Mengusap serviks dan vagina dengan lautan antiseptik dua sampai tiga kali

4) Langkah 4

(a) Menggunakan kepala klien bahwa sekrang akan dilakukan pencabutan. Meminta klien untuk tenang dan menarik napas panjang. Memberitahu mungkin timbul sakit tapi itu normal

(b) Pencabutan normal. Jepit benang di dekat serviks dengan menggunakan klem lurus atau lengkung (ekstraktor) yang sudah didisinfeksi tingkat tinggi atau steril dan tarik benang pelan-pelan, tidak boleh menarik dengan kuat, AKDR biasanya dapat dicabut dengan mudah. Untuk mencegah benangnya putus, tarik dengan kekuatan tetap dan cabut AKDR dengan pelan-pelan. Bila benang putus saat ditarik tetapi tepi ujung AKDR masih dapat dilihat maka jepit ujung AKDR tersebut dan tarik keluar

(c) Pencabutan sulit. Bila benang AKDR tidak tampak, periksa pada kanalis servikalis dengan menggunakan klem lurus atau lengkung. Bila tidak ditemukan pada kanalis servikalis, masukkan klem

atau alat pencabut AKDR ke dalam kavum uteri untuk menjepit benang atau AKDR itu sendiri

- (d) Bila sebagian AKDR sudah ditarik keluar tetapi kemudian mengalami kesulitan menarik seluruhnya dari kanalis servikalis, putar pelan-pelan sambil tetap menarik selama klien tidak mengeluh sakit. Bila dari pemeriksaan bimanual didapatkan sudut antara uterus dengan kanalis servikalis yang sangat tajam, gunakan tenakulum untuk menjepit serviks dan lakukan tarikan ke bawah dan ke atas dengan pelan-pelan dan hati-hati, sambil memutar klem. Jangan menggunakan tenaga besar (Kumalasari, 2015:310).

8) Vasektomi

a) Profil

Metode kontrasepsi untuk laki-laki yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi (Affandi, 2011)

b) Mekanisme kerja

Vasektomi adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vasa deferensia sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi

(penyatuan dengan ovum) tidak terjadi (Saifuddin, 2006).

c) Manfaat kontrasepsi

- (1) Sangat efektif
- (2) Permanen
- (3) Tidak mengganggu hubungan seksual
- (4) Baik untuk pasangan jika kehamilan akan menyebabkan resiko kesehatan bagi wanita tersebut
- (5) Pembedahan sederhana di bawah anestesi local
- (6) Tidak ada efek samping jangka panjang
- (7) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual.

d) Syarat Melakukan vasektomi

- (1) Syarat sukarela

Klien benar-benar bersedia memakai kontrasepsi mantap secara sukarela, tidak ada paksaan dan klien telah mengetahui semua yang berhubungan dengan kontrasepsi mantap

- (2) Syarat bahagia

Perkawinan sah dan harmonis, memiliki anak hidup 2 orang, umur anak terkecil > 2 tahun, keadaan fisik dan mental anak sehat, mendapatkan persetujuan istri, umur istri 25-45

(3) Syarat sehat

Syarat kesehatan dilakukan melalui pemeriksaan pra-bedah oleh dokter

(Handayani,2010)

e) Indikasi

(1) Pria usia reproduktif <50 tahun

(2) Yang menginginkan metode sangat efektif

(3) Istri yang bermasalah usia, paritas atau kesehatan yang mungkin akan menimbulkan resiko

(4) Yang memahami dan sukarela member izin untuk pemasangan prosedur tersebut

(5) Yang merasa yakin bahwa mereka telah mendapatkan jumlah keluarga yang diinginkan.

f) Kontraindikasi

(1) Infeksi kulit lokal

(2) Infeksi traktus genetalia

(3) Kelainan skrotum dan sekitarnya

(4) Penyakit sistemik : penyakit perdarahan, DM, jantung koroner

(5) Riwayat perkawinan, psikologis atau seksual tidak stabil

9) Tubektomi

a. Pengertian

Metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan tubektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah sorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini (Affandi, 2012).

b. Jenis: Minilaparotomi, Laparoscopi.

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

d. Waktu dilakukan

(1) Hari ke-6 hingga ke-13 dari siklus menstruasi (fase proferasi) pasca persalinaan.

(2) Minilap: didalam waktu 2 hari atau 6 minggu atau 12 minggu.

(3) Laparoscopi: tidk tepat untuk klien-klien pasca persalinaan.

(4) Pasca keguguran

Triwulan pertama: dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvic (minilap atau laparoscopi).

Triwulan kedua: dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvic (minilap saja) (Affandi, 2012).

e. Keuntungan

Menurut BKKBN (2012) Keuntungan MOW sangat banyak, antara lain: tidak ada efek samping dan perubahan dalam fungsi hasrat seksual, dapat dilakukan pada perempuan diatas 26 tahun, tidak mempengaruhi Air Susu Ibu (ASI), perlindungan terhadap terjadinya kehamilan sangat tinggi, dapat digunakan seumur hidup, dan tidak mempengaruhi atau mengganggu kehidupan suami istri (Seto dkk, 2011).

f. Efektivitas

MOW merupakan bentuk kontrasepsi yang sangat efektif dengan angka kegagalan 1-5 per 1000 kasus, yang berarti efektivitasnya 99,4-99,8% per 100 wanita per tahun dan satu- satunya metode kontrasepsi wanita yang permanen (Rosita, 2013:54)

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Kehamilan

1. Pengkajian

a. Data Subyektif.

1) Biodata

a) Nama

Untuk dapat mengenali nama ibu dan mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama. (Romauli, 2011:162)

b) Usia/tanggal lahir: Ibu hamil usia 20 sampai 35 tahun merupakan usia reproduksi sehat. Penyulit pada kehamilan remaja lebih tinggi dibandingkan kurun waktu reproduksi sehat (antara 20 sampai 30 tahun). Keadaan ini disebabkan karena belum matangnya alat reproduksi untuk hamil, sehingga memudahkan terjadi keguguran, infeksi, anemia pada kehamilan dan gestosis (Manuaba, 2010:235)

c) Agama: sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan (Manuaba, 2010:117)

d) Pendidikan terakhir: sebagai dasar bidan untuk menentukan metode yang paling tepat dalam penyampaian informasi mengenai teknik melahirkan bayi (Manuaba, 2010:117)

e) Pekerjaan: data ini menggambarkan tingkat social ekonomi, pola sosial budaya, dan data pendukung dalam menentukan pola komunikasi yang akan dipilih selama asuhan (Sulistyawati. 2010:221)

f) Suku/bangsa: data ini berhubungan dengan social budaya yang dianut oleh pasien dan keluarga yang berkaitan dengan persalinan(Marmi,2011.155)

g) Alamat:selain sebagai data mengenai distribusilokasi pasien, data ini juga member gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalinan.(Rahayu, 2017)

2) Keluhan utama

Alasan wanita datang ketempat bidan atau klinik yang diungkapkan dengan kata-katanya sendiri (Hani,dkk,2010:87)

Keluhan yang menyebabkan ibu memeriksakan diri biasanya berkaitan dengan kehamilan atau adanya infeksi yang menyertai kehamilan. Ibu yang memeriksakan diri berkaitang dengan kehamilannya karena ingin mengetahui tentang terjadinya kehamilan; ingin menggugurkan kehamilan karena alasan khusus; terjadinya penyulit kehamilan muda yang dapat meliputi gangguan muntah berlebihan, terjadi perdarahan, atau sakit pada perut; keluhan kehamilan tua yang mungkin disertai perdarahan,

mengeluarkan air ketuban, gerak anak berkurang atau hiperaktif, terlambat melahirkan, atau ingin melahirkan karena perut mulai sakit (Manuaba dkk, 2009:2).

Ibu yang memeriksakan diri berkaitan dengan terdapat infeksi yang menyertai kehamilan kemungkinan terjadi gangguan pada genito-urinaria, terdapat keluhan leukorea, atau badan panas (Manuaba dkk, 2009:2).

3) Riwayat menstruasi

Anamnesis haid memberikan kesan tentang faal alat reproduksi/kandung, meliputi hal-hal berikut ini:

- a) Umur menarche
- b) Frekuensi, jarak/siklus jika normal
- c) Lamanya
- d) Jumlah darah yang keluar
- e) Karakteristik darah (misalnya bergumpal)
- f) HPHT, lama dan jumlahnya normal
- g) Disminorhea
- h) Perdarahan uterus disfungsional, misalnya spotting, menoragia, dan lalin-lain.
- i) Penggunaan produk sanitari (misalnya celana dalam, pembalut)
- j) Sindrom syok keracunan
- k) Sindrom premenstrual

(Hani dkk, 2011:89)

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, 2007:455).

Menurut Mochtar (2012 : 35), wanita harus mengetahui tanggal pertama haid terakhir (HPHT) supaya dapat ditafsir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan (TTP), yang dihitung dengan menggunakan rumus Neegele :

$$TTP = (\text{hari HT}+7) \text{ dan } (\text{bulan HT}-3) \text{ dan } (\text{tahun HT}+1)$$
 untuk siklus 28 hari +x hari

Menurut Sunarti (2013:64-65) perhitungan berdasarkan tanggal contohnya hari pertama haid normal terakhir 2 Februari, caranya, tambahkan 7 hari, dan tambahkan 9 pada bulan. Jadi perkiraan tanggal persalinan 9-11 pada tahun yang sama.

4) Riwayat obstetric

a) Gravida/Para

b) Tipe golongan darah(ABO dan Rh)

c) Kehamilan yang lalu

1) Tanggal persalinan

2) Usia gestasi

- 3) Tempat lahir
- 4) Bentuk persalinan (spontan, SC, forcep, atau vakum ekstraksi)
- 5) Masalah obstetric, medis dan social yang lain, dalam kehamilan (Preeklamsia dan lain-lain), dalam persalinan (malpresentasi, drip oksitosin dan lain-lain), dalam nifas (perdarahan, infeksi kandungan, bagaimana laktasi, dan lain-lain), berat badan bayi, jenis kelamin, kelainan congenital bayi dan komplikasi yang seperti ikterus, status bayi saat lahir (hidup atau mati), status kehidupan bayi, jika meninggal apa penyebabnya

Pernyataan ini sangat mempengaruhi prognosis persalinan dan pimpinan persalinan, karena jalannya persalinan yang lampau adalah hasil ujian-ujian dari segala factor yang mempengaruhi persalinan. (Hani dkk,2011:89)

Jumlah dan hasil akhir dari semua kehamilan dan komplikasinya, termasuk infeksi dan perdarahan harus diperoleh. Perawatan harus diberikan untuk meyakinkan bahwa faktor resiko seperti berat badan lahir rendah, lahir premature dan melahirkan sebelum waktunya dapat teridentifikasi (Walsh, 2012:113)

Kehamilan dengan komplikasi atau penyakit, pernah mengalami keguguran, persalinan premature, kehamilan

mati dalam rahim. Dapat disimpulkan bahwa kehamilan mempunyai resiko tinggi, sehingga perlu dikirim ke rumah sakit (Manuaba, 2010:168).

Informasi esensial tentang persalinan yaitu mengenai usia gestasi, tipe persalinan (spontan, forsep, ekstraksi vakum, atau bedah sesar), penolong persalinan, lama persalinan (lebih baik dihitung dari kontraksi pertama) berat lahir, jenis kelamin dan komplikasi lain (Marmi, 2011:158).

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan postpartum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu dengan riwayat infeksi uterin, rasa nyeri yang berlebihan memerlukan pengawasan khusus. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat. (Manuaba, 2010).

5) Riwayat kehamilan sekarang

Riwayat kehamilan sekarang dikaji untuk menentukan umur kehamilan sekarang dengan tepat. Setelah mengetahui umur kehamilan ibu, bidan dapat memberikan konseling tentang keluhan kehamilan yang biasa terjadi dan dapat mendeteksi adanya komplikasi dengan yang lebih baik (Rukiyah, 2009:145)

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, 2010:52).

d) Dimana ibu memeriksakan kehamilannya. Untuk mengetahui tempat ANC dan untuk mengetahui riwayat kehamilan (Winkjosastro, 2009:43).

e) Sejak hamil berapa bulan ibu memeriksakan kehamilannya. Untuk mengetahui riwayat ANC teratur atau tidak, sudah hamil berapa minggu (Winkjosastro, 2009:43).

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, 2008:31).

6) Riwayat KB

KB terakhir yang digunakan jika pada kehamilan perlu juga ditanyakan rencana KB setelah melahirkan. (Hani dkk, 2011:90)

Menurut Saifuddin (2012:MK 1-MK 74) 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 (Saifuddin, 2012: U-51)

7) Pola fungsi kesehatan

a) Nutrisi

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

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

1) Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas dan hal lain merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya Pre-eklamsia. Jumlah pertambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil.

2) Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 8,5 gram per hari. Sumber protein tersebut dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan), atau hewani (ayam, ikan, keju, susu, telur). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran premature, anemia, dan odema.

3) Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagian pengembangan otak dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, keju, yoghurt, dan kalsium bikarbonat. Defisiensi kalsium menyebabkan ricketsia pada bayi atau osteomalasia pada ibu.

4) Zat Besi

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

zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi.

5) Asam Folat

Selain zat besi, sel-sel darah merah juga memerlukan asam folat bagi pematangan sel. Jumlah asam folat yang dibutuhkan oleh ibu hamil adalah 400 mikrogram per hari, kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil.

Tabel 2.12
Tambahan kebutuhan nutrisi ibu hamil

Nutrisi	Kebutuhan tidak hamil/hari	Tambahan kebutuhan hamil/hari
Kalori	2000-2200 kalori	300-500 kalori
Protein	75 gram	8-12 gram
Lemak	53 gram	Tetap
Fe	28 gram	2-4 gram
Ca	500 mg	60 mg
Vit A	3500 IU	500 IU
Vit C	75 gram	40 mg
Asam folat	180 gram	400 gram

Sumber: Marmi, 2013:201

Tabel 2.13

Contoh menu makanan dalam sehari bagi ibu hamil

Bahan makanan	Porsi hidangan sehari	Jenis hidangan
Nasi	5 + 1 porsi	Makan pagi: nasi 1,5 porsi (150 gram) dengan ikan/daging 1 potong sedang (40 gram), tempe 2 potong sedang (50 gram), sayur 1 mangkok dan buah 1 potong sedang.
Sayuran	3 mangkuk	
Buah	4 potong	
Tempe	3 potong	Makanan selingan: susu 1 gelas dan buah 1 potong sedang
Daging	3 potong	

Susu	2 gelas	Makan siang: nasi 3 porsi (300 gram), dengan lauk, sayur dan buah sama dengan pagi Makan selingan: susu 1 gelas dan buah 1 potong sedang Makan malam: nasi 2,5 porsi (259 gram) dengan lauk, sayur dan buah sama dengan pagi/siang Selingan: susu 1 gelas
Minyak	2 gelas	
Gula	2 sendok makan	

Sumber: Marmi, 2013:201

b) Pola Eliminasi

Berkaitan dengan adaptasi gestasional sehingga menurunkan tonus dan motility lambung dan usus terjadi reabsorpsi zat makanan peristaltic usus lebih lambat sehingga menyebabkan konstipasi.

Penekanan kandung kemih karena pengaruh Hormon estrogen dan progesterone sehingga menyebabkan sering buang air kecil. (Rukiyah, 2009:105-106).

c) Pola Aktivitas

Berhubungan dengan sistem muskuluskeleta:

Persendian sakro-iliaka, sakro koksigia dan pubik yang akan menyebabkan keretakan, pusat gravitasi berubah sehingga postur tubuh berubah, terjadi perubahan postur

tubuh menjadi lordosis fisiologis. Penekanan pada ligament dan pelvik, cara berbaring, duduk, berjalan, berdiri dihindari jangan sampai mengakibatkan injuri karena jatuh (Rukiyah, 2009:107)

Senam hamil (prenatal) merupakan terapi latihan berupa aktivitas atau gerak yang diberikan pada ibu hamil untuk mempersiapkan diri, baik persiapan fisik maupun psikologis untuk menjaga keadaan ibu dan bayi tetap sehat (Widianti,2010:27). Senam hamil merupakan sebuah latihan gerak untuk mempersiapkan ibu secara fisik dan psikologis saat persalinan (Indarti,2009:45). Menurut (Arief,2009:18), senam hamil adalah terapi latihan gerak untuk mempersiapkan ibu hamil, secara fisik atau mental, pada persalinan cepat, aman, dan spontan. Bagi ibu hamil yang baru pertama kali hamil (primigravida) atau sudah pernah hamil (multigravida), sangat disarankan mengikuti program senam hamil demi kesehatan ibu dan janin (Indivara, 2009:24).

Ada beberapa syarat yang harus diperhatikan oleh ibu hamil dalam mengikuti senam hamil. Menurut (Manuaba,2010:35), syarat tersebut antara lain:

1. Telah mengikuti pemeriksaan antenatal dan dinyatakan sehat oleh dokter dan bidan.

2. Latihan dilakukan setelah kehamilan mencapai 22 minggu.
3. Latihan dilakukan secara teratur dan disiplin dalam batas kemampuan fisik ibu.
4. Sebaiknya latihan dilakukan di Rumah Sakit atau di klinik bersalin dibawah pimpinan instruktur senam hamil.

d) Pola Istirahat dan Tidur

Berhubungan dengan kebutuhan kalori pada masa kehamilan, mandi air hangat sebelum tidur, tidur dalam posisi miring ke kiri, letakan bebrapa bantal untuk menyangga, pada ibu hamil sebaiknya banyak menggunakan waktu luangnya untuk banyak istirahat atau tidur walau bukan tidur pulas hanya baringkan badan untuk memperbaiki sirkulasi darah (Rukiyah, 2009:106)

e) Pola Seksual

Jika wanita hamil memiliki riwayat abortus spontan atau persalinan premature maka senggama tidak boleh dilakukan selama 2-3 bulan pertama kehamilannya dan juga bukan terakhit, Kalau tidak terdapat riwayat seperti diatas, aktivitas seksual dapat dianjurkan untuk dilanjutkan menurut keinginan pasangan suami istri. (Farrer, 2010:90-91)

f) Personal Higien

Menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit(ketiak, bawah buah dada, daerah genetalia) dengan cara membersihkan dengan air dan dikeringkan. (Saiuddin, 2009:95)

g) Riwayat Keteregantungan

1) Merokok

Ibu hamil yang merokok akan sangat merugikan diri sendiri dan bayinya. Bayi akan kekurangan oksigen dan racun yang dihisap melalui rokok bisa di transfer melalui plasenta kedalam tubuh bayi. Kandungan nikotin yang terdapat didalam rokok dapat menyebabkan efek vasokonstriksi kuat dan meningkatkan tekanan darah, frekuensi jantung, peningkatan epineprin, dan CO₂ meningkatkan risiko terjadinya abortus spontan, plasenta abnormal dan preeklamsia (Marmi, 2011:268)

2) Alkohol

Masalah signifikan yang ditimbulkan oleh anak-anak yang mengalami sindrom alcohol janin dan gangguan perkembangan saraf terkait alcohol membuat klinis wajib menanyakan asupan alkohol dan mengingatkan wanita efek potensial jangka panjang pada bayi yang dikandungnya (Marmi,2011:268)

3) Obat Terlarang

Mengidentifikasi penggunaan obat pada masa hamil sangat penting. Membantu wanita yang ingin berhenti merokok, mengidentifikasi janin dan bayi berisiko. Wanita yang menggunakan obat-obatan terlarang akan menyebabkan keterlambatan perkembangan janin, retardasi mental atau bahkan kematian (Marmi, 2011:268)

1. Riwayat Psikososial dan budaya

Status perkawinan : beberapa pertanyaan yang dapat diajukan antara lain usia nikah pertamakali, status pernikahan sah/tidak, lama pernikahan, perkawinan sekarang adalah suami yang beberapa (Sulistyawati, 2010:64)

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

Untuk mengetahui keadaan ibu dan tingkat kesadaran pasien, sedang atau baik (Nursalam, 2008:53).

b) Kesadaran

Untuk mengetahui tingkat kesadaran ibu apakah composmentis (kesadaran penuh dengan memberikan respon yang cukup terhadap stimulus yang diberikan), somnolen (kesadaran yang mau tidur saja, dapat

dibangunkan dengan rangsangan nyeri, tetapi jatuh tidur lagi), koma (tidak dapat bereaksi terhadap stimulus atau rangsangan apapun, reflek pupil terhadap cahaya tidak ada (Nursalam, 2008:53).

c) Tanda-tanda vital

(1) Suhu tubuh yang normal adalah $36-37,5^{\circ}$. Bila suhu tubuh lebih dari $37,5^{\circ}\text{C}$ perlu diwaspadai adanya infeksi (Roumauli, 2011 : 173).

(2) Pada pernafasan normalnya 16-24 kali per menit. Frekuensi pernafasan hanya mengalami sedikit perubahan pada kehamilan lanjut seperti volume tidal, volume ventilasi per menit dan pengambilan oksigen per menit akan bertambah secara signifikan (Saifuddin, 2009:185).

(3) Nadi, denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100x/menit. Curigai hipotiroidisme jika denyut nadi $>100\text{x/menit}$ (Marmi, 2011:163).

(4) Tekanan darah pada kehamilan normal sedikit menurun sejak minggu ke-8. Kondisi ini menetap sepanjang trimester II dan kembali ke tekanan darah sebelum hamil. Seluruh TD pada wanita hamil harus diukur pada posisi duduk. Wanita yang tekanan darahnya

sedikit meningkat di awal pertengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika wanita nulipara dengan sistol >120 mmHg ia berisiko mengalami preeklamsia (Marmi, 2011:163).

d) Pemeriksaan antropometri

(1) Tinggi Badan

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

(2) Berat Badan

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

Ibu yang menurut kategori BMI berada pada rentang obesitas lebih berisiko mengalami komplikasi kehamilan. Komplikasi tersebut antara lain diabetes gestasional, hipertensi akibat kehamilan, dan distosia bahu (Fraser *et al*, 2009: 254).

Menurut Saifuddin (2010: 80) rekomendasi penambahan berat badan selama kehamilan

berdasarkan indeks massa tubuh yaitu dapat dilihat dalam tabel 2.8:

Tabel 2.14
Rekomendasi Penambahan Berat Badan Berdasarkan Indeks Massa Tubuh

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

Sumber : (Saifuddin, 2010: 180)

Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg (Saifuddin, 2010: 180). Kenaikan berat badan $> 0,57$ kg/minggu merupakan faktor risiko timbulnya hipertensi dalam kehamilan. Sedangkan primigravida yang mempunyai kenaikan berat badan rendah, yaitu $< 0,34$ kg/minggu, menurunkan resiko hipertensi tetapi menaikkan resiko berat badan bayi rendah (Saifuddin, 2010: 532).

(3) Lingkar Lengan Atas (LILA)

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronis (KEK) (Jannah, 2012: 136). Selain itu merupakan indikator kuat status gizi ibu yang kurang/ buruk, sehingga beresiko untuk melahirkan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR). Dengan demikian bila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan, petugas dapat memotivasi ibu agar lebih memperhatikan kesehatannya serta jumlah dan kualitas makanannya (Romauli, 2011: 173).

2) Pemeriksaan fisik

b) Kepala

Untuk mengetahui kebersihan rambut, rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli, 2011).

(1) Muka

Tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, tidak sembab. Bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romauli, 2011: 174). Edema pada muka

atau edema seluruh tubuh merupakan salah satu tanda gejala adanya pre eklampsia (Saifuddin, 2010: 543).

(2) Mata

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

(3) Mulut

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah. Karies gigi atau keropos menandakan ibu kekurangan kalsium. Kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi (Romaui, 2011). Gusi cenderung berdarah akibat hyperemia pada pertengahan kehamilan (Varney dkk, 2007).

(4) Telinga

Normal tidak ada serumen yang berlebihan dan tidak berbau, bentuk simetris (Romaui, 2011:174).

c) Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml akibat dari hyperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi. Konsentrasi plasma hormone paratiroid akan menurun pada trimester pertama dan kemudian akan meningkat secara progresif. Fungsi hormone ini adalah untuk memasok janin dengan kalsium yang adekuat, produksi peotide pada janin, plasma dan ibu (Saifuddin, 2009:68). Hipotiroidisme sulit dideteksi selama masa hamil karenabanyak gejala hipotiroidisme seperti keletihan, penambahan berat badan dan konstipasi yang menyerupai gejala-gejala kehamilan (Marmi, 2011:83).

d) Dada

Bentuk dada, pemeriksaan paru harus mencakup observasi sesak nafas, nafas dangkal, nafas cepat, pernafasan yang tidak teratur, mengi, batuk, dispne, penurunan bunyi nafas (Marmi, 2011:207).

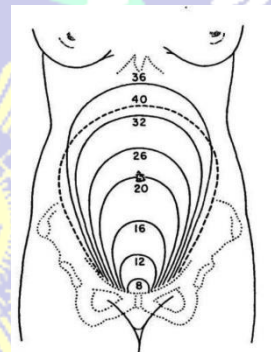
e) Abdomen

Ada bekas opeerasi atau tidak, ada striae 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). Didalamnya

pemeriksaan khusus yang harus dilakukan seorang bidan diantaranya:

(1) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Menurut Mc. Donald pemeriksaan TFU dapat dilakukan dengan menggunakan pita pengukur, dengan cara memegang tanda-nol pita pada aspek superior simpisis pubis dan menarik pita secara longitudinal sepanjang aspek tengah uterus ke ujung atas fundus, sehingga dapat ditentukan TFU (Manuaba, 2010; 100).



Gambar 2.28
Ukuran TFU

Sumber: Manuaba, 2010:56

Tabel 2.15
Perkiraan usia kehamilan dalam minggu dan TFU dalam cm

Usia kehamilan	Tinggi Fundus	
	Dalam cm	Menggunakan petunjuk-petunjuk badan
12 minggu	-	1-2 jari diatas symphysis
16 minggu	-	Di tengah, antara simfisis pubis dan umbilicus

20 minggu	20 cm	3 jari di bawah pusat
24 minggu	23 cm	Setinggi pusat
28 minggu	26 cm	3 jari di atas pusat
32 minggu	30 cm	Pertengahan pusat dan prosesus sifoideous
36 minggu	33 cm	3 jari di bawah prosesus sifoideus
40 minggu		Pertengahan prosesus sifoideus dengan pusat

Sumber: Manuaba, 2009:59

(2) Menentukan Usia Kehamilan

Menurut Mochtar (2012; 41) cara untuk menentukan tuanya kehamilan antara lain:

(a) Dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT) sampai dengan hari pemeriksaan, kemudian dijumlah dan dijadikan dalam hitungan minggu.

(b) Ditambah 4,5 bulan dari waktu ibu merasa gerakan janin pertama kali “feeling life” (quickening).

(c) Menurut Mc. Donald adalah modifikasi cara Spiegelberg, yaitu jarak fundus-simfisis dalam cm dibagi 3,5 merupakan tuanya kehamilan dalam bulan.

(d) Menurut Manuaba (2010; 120) menetapkan usia kehamilan berdasarkan hasil pemeriksaan palpasi Leopold I pada trimester III.

Tabel 2.16
Usia kehamilan berdasarkan TFU pada pemeriksaan palpasi

TFU	Usia kehamilan
3 jari diatas pusat	28 minggu
Pertengahan pxdan pusat	32 minggu
Setinggi px atau 2-3 jari di bawah px	36 minggu
Pertengahan px dan pusat	40 minggu

Sumber: Manuaba dkk, 2010: 120

(e) Menurut Manuaba (2010; 128), menjelaskan untuk menetapkan usia kehamilan yaitu

1. mendengarkan denyut jantung janin, denyut jantung janin akan terdengar pada usia kehamilan lebih dari 16 minggu;
2. memperhitungkan masuknya kepala ke pintu atas panggul terutama pada primigravida masuknya kepala ke pintu atas panggul terjadi pada minggu ke-36;
3. mempergunakan ultrasonografi dengan melihat jarak biparietal, tulang tibia dan panjang lingkaran abdomen janin;

4. mempergunakan hasil pemeriksaan air ketuban, semakin tua usia kehamilan semakin sedikit air ketuban.

(3) Tafsiran Berat Janin

Tafsiran berat janin dianggap penting pada masa kehamilan untuk mengetahui berhubungan dengan meningkatnya risiko terjadinya komplikasi selama persalinan. Menurut Mochtar (2012; 41) 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; 89) .

Tabel 2.17

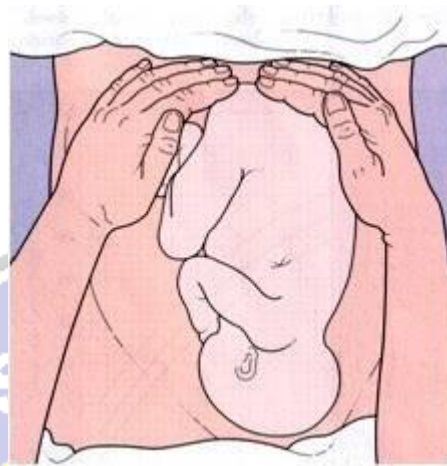
Tafsiran berat janin sesuai usia kehamilan trimester III

Usia kehamilan (bulan)	Berat janin (gram)
7	1000
8	1800
9	2500
10	3000

Sumber: Manuaba dkk, 2010; 89

(4) Pemeriksaan Leopold

(a) Leopold I



Gambar 2.29
Leopold I

Sumber: www.google.co.id (diakses 23 Desember 2017)

Menentukan tinggi fundus uteri, bagian janin dalam fundus, dan konsistensi fundus. Pada letak kepala akan teraba bokong pada fundus, yaitu tidak keras, tidak melenting, dan tidak bulat. Knebel dengan menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan lain diatas simfisis (Manuaba, 2010; 118). Menurut Marmi (2011; 167) langkah-langkah pemeriksaan leopold

I yaitu:

1. Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha
2. Pemeriksa berdiri disebelah kanan penderita dan melihat kearah muka penderita

3. Rahim dibawah ke tengah
4. Tinggi fundus uteri ditentukan

TFU berdasarkan Leopold pada trimester III dapat dicermati pada tabel dibawah ini.

5) Perlindungan

Penurunan bagian terbawah janin menurut Wiknjastro (2008:44), dilakukan dengan menghitung proporsi bagian yang masih berada diatas tepi simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan (Perlindungan) yaitu:

- (1) 5/5 : Kepala berada diatas PAP, kepala mudah digerakkan
- (2) 4/5 : Kepala sulit digerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk PAP
- (3) 3/5 : Bagian terbesar kepala belum masuk PAP
- (4) 2/5 : Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
- (5) 1/5 : Kepala berada didasar panggul
- (6) 0/5 : Kepala berada di perenium

Tabel 2.18
TFU berdasarkan leopold pada trimester III

Usia kehamilan	TFU
28 minggu	3 jari diatas pusat
32 minggu	Pertengahan px dan pusat
36 minggu	Setinggi px atau 2-3 jari di bawah px
40 minggu	Pertengahan px dan pusat

Sumber: Jannah, 2017; 84

(b) Leopold II



Gambar 2.30
Leopold II

Sumber: www.google.co.id (diakses 21 Desember 2017)

Menentukan batas samping rahim kanan/kiri dan menentukan letak punggung. Letak membujur dapat ditetapkan punggung anak, yang teraba rata dengan tulang iga seperti papan cuci. Variasi Budin dengan menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus. Variasi Ahfeld dengan menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan di tengah perut (Manuaba, 2010; 118-119). Menurut Marmi (2011; 167-168) langkah-langkah leopold II yaitu:

1. Kedua tangan pindah ke samping
2. Tentukan dimana punggung anak. Punggung anak terdapat dipihak yang memberikan rintangan yang terbesar, carilah bagian-bagian

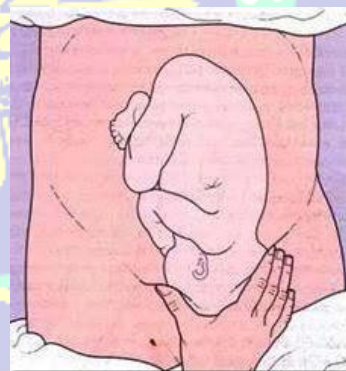
terkecil yang biasanya terletak bertentangan dengan pihak yang memberi rintangan besar.

Kadang-kadang disamping terdapat kepala atau bokong ialah letak lintang.

Variasi Buddin : menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus, tangan yang lain meraba punggung janin (Manuaba, 2012; 118).

Variasi Ahfeld : menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di tengah perut (Manuaba, 2012; 119)

(c) Leopold III



Gambar 2.31
Leopold III

Sumber: www.google.co.id (diakses 20 Desember 2017)

Menentukan bagian terbawah janin di atas simfisis ibu dan bagian terbawah janin sudah masuk PAP atau masih bisa digoyangkan (Manuaba, 2010; 119).

Menurut Marmi (2011; 168) langkah-langkah memeriksakan leopold III yaitu:

1. Dipergunakan satu tangan saja
2. Bagian bawah ditentukan antara ibu jari dan jari lainnya
3. Cobalah apakah bagian bawah masih dapat digoyangkan

(d) Leopold IV



Gambar 2.32
Leopold IV

Sumber: www.google.co.id (diakses 23 Desember 2017)

Menentukan bagian terbawah janin dan seberapa jauh janin sudah masuk PAP. Bila bagian terendah masuk PAP telah melampaui lingkaran terbesarnya, maka tangan yang melakukan pemeriksaan divergen, sedangkan bila lingkaran terbesarnya belum masuk PAP, maka tangan pemeriksa konvergen (Manuaba, 2010; 119).

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

1. Periksa mengubah sikapnya menjadi ke arah kaki penderita
2. Dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi bagian bawah
3. Ditentukan apakah bagian bawah juga masuk ke dalam PAP dan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul
4. Jika kita rapatkan kedua tangan ada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar.

Tabel 2.19
Penurunan kepala janin

Periksa luar	Periksa dalam	Keterangan
5/5	-	Kepala di atas PAP, mudah digerakkan
4/5	H _{I-II}	Sulit digerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
3/5	H _{II-III}	Bagian terbesar belum masuk panggul
2/5	H _{III} ⁺	Bagian terbesar belum masuk panggul
1/5	H _{III-IV}	Kepala di dasar panggul
0/5	H _{IV}	Di perineum

Sumber: Saifuddin, 2014: N-1.

(5) Osborn test

Menurut winkjosastro (2007; 231) tujuan osborn ini adalah untuk mengetahui adanya DKP (disporsi kepala panggul) pada ibu hamil. Prosedur pemeriksaan tes osborn ini adalah sebagai berikut:

- (a) Dilakukan pada umur kehamilan 36 minggu
- (b) Tangan kiri mendorong janin masuk ke arah PAP

Apabila kepala mudah masuk tanpa halangan, maka hasil tes osborn adalah negatif.

Apabila kepala tidak bisa masuk dan teraba tonjolan diukur dengan dua jari telunjuk dan jari tengah tangan. Apabila lebar tonjolan lebih dari dua jari maka hasil tes osborn adalah positif. Apabila lebar tonjolan kurang dari dua jari maka

hasil tes osborn adalah ragu-ragu. Dengan pertambahan usia kehamilan ukuran kepala diharapkan bisa menyesuaikan ukuran panggul (mooulase).

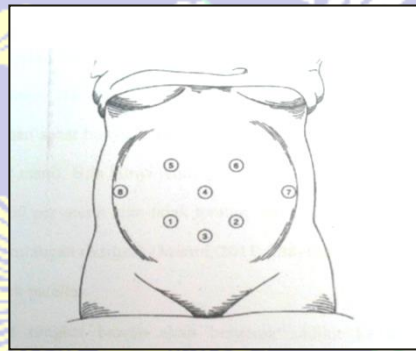
Cara lain apabila kepala tidak masuk dan teraba tonjolan diatas simfisis maka jari tengah diletakkan tepat diatas simfisis. Apabila telunjuk lebih rendah dari jari tengah, maka hasil tes osborn adalah negatif, apabila jari telunjuk dan jari tengah sejajar, maka hasil tes osborn adalah ragu-ragu, apabila jari telunjuk lebih tinggi dari jari tengah maka hasil tes osborn positif.

(6) Pemeriksaan denyut jantung janin

Pemeriksaan denyut jantung janin dapat menggunakan stetoskop Laennec untuk usia kehamilan 17-22 minggu, dengan USG (Ultrasonografi), dan dengan fetal Doppler sekitar minggu ke 12 kehamilan.

Dengan stetoskop dapat didengar bermacam-macam bunyi berasal dari anak (bunyi jantung, bising tali pusat, gerakan anak), dari ibu (bising rahim, bunyi aorta, bising usus). Bunyi jantung anak baru dapat didengarkan pada akhir bulan kelima walaupun dengan ultrasound (dopton) sudah didengar pada akhir bulan ketiga. Bunyi jantung anak paling jelas terdengar di

pihak punggung anak dekat pada kepala. Pada presentasi biasa (letak kepala), tempat ini di kiri atau kanan bawah pusat (Marmi, 2011; 171). Mendengarkan denyut jantung janin meliputi frekuensi dan keteraturannya. DJJ dihitung selama 1 menit penuh. Jumlah DJJ normal antara 120 sampai 140x/menit (Romauli, 2011; 180).



Gambar 2.34
Letak Punctum Maksimum Setelah Minggu ke-26
Gestasi
Sumber: Wheeler, 2007: 145

Keterangan :

Gambar ini untuk mencari letak DJJ, posisi umbilikus berada pada pertengahan angka 3 dan 4. Posisi 1 dan 2 mula-mula dengarkan dipertengahan kuadran bawah abdomen. Posisi 3 jika DJJ tidak ditemukan, dengarkan di pertengahan garis imajier yang ditarik dari umbilikus sampai pertengahan puncak rambut pubis. 4 jika tidak ditemukan, dengarkan langsung diatas umbilikus. 5 dan 6 jika belum ditemukan,

dengarkan di pertengahan kuadran atas abdomen. 7 dan 8 jika belum ditemukan, dengarkan 4 inci dari umbilikus, mendekati panggul.(Wheeler,2007:145) jika presentasi kepala DJJ terdengar di sebelah kiri/kanan dibawah pusat. Kalau suungsang DJJ terdengar di sebelah kiri/kanan diatas pusat. Pada lintang terdengar setinggi pusat kanan/kiri.

f) Genetalia

Pemeriksaan alat genetalia eksterna terdiri dari inspeksi vulva untuk mengetahui pengeluaran cairan atau darah dari liang senggama, perlukaan pada vulva/labium mayus, dan pertumbuhan abnormal (kondiloma akuminata-lata, kista bartholini, abses bartholini, fibroma labium mayus). Pada palpasi vulva akan teraba tumor pada vulva, teraba benjolan atau penebalan labium mayus, dan teraba pembengkakan kelenjar Bartholini (Manuaba, 2010: 537). Pemeriksaan genetalia dilakukan dengan mencari adanya lesi, eritema, perubahan warna, pembengkakan, ekskoriasi dan memar. Bila ada lesi kemungkinan menunjukkan sifilis atau herpes (Marmi, 2014: 170).

g) Anus

Ibu hamil sangat rentan menderita hemoroid karena meningkatnya kadar hormone kehilangan yang melemahkan dinding vena dibagian anus. Banyak ibu hamil yang menderita hemoroid setelah 6 bulan usia kehamilan karena

adanya peningkatan tekanan vena di area panggul. 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).

h) Ekstremitas

Pada ibu hamil trimester III sering terjadi edema dependen, yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas kapiler, tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena kava inferior ketika berbaring. Jika edema muncul pada muka, tangan dan disertai proteiuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya preeklamsia (Marmi, 2014:136). Bila tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon diketuk. Bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungki merupakan tanda preeklamsia. (Romauli, 2011:176).

3) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan 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: 51-52).

b) Pemeriksaan Dalam

Periksa dalam adalah suatu prosedur pemeriksaan rongga panggul dan leher rahim yang dilakukan oleh bidan atau dokter kandungan. Sebagian perempuan merasakan ketidaknyamanan dalam menjalani pemeriksaan ini.

Periksa dalam dilakukan selama maksimal 30-45 detik. Periksa dalam dilakukan untuk mendiagnosis kehamilan. Jadi akan dilakukan pada ibu hamil yang pertama kali datang ke bidan atau dokter. Selanjutnya, pemeriksaan dalam akan dilakukan secara efektif menjelang persalinan. Periksa dalam dapat meraba kekakuan atau kelenturan leher

rahim, pembukaan leher rahim, pembukaan leher rahim, keadaan ketuban, dan posisi kepala janin serta ukuran panggul (Sinsin, 2008: 50-51).

Pemeriksaan dalam dilakukan baik pada kehamilan muda maupun kehamilan tua. Pemeriksaan ini untuk mengetahui tanda hegar, tanda chadwick, dan tanda piskacek pada kehamilan muda yang ditunjukkan dengan adanya kontraksi braxton hicks, teraba ballotement, dan pembukaan serviks. Pemeriksaan dalam pada kehamilan tua dilakukan terhadap:

- (1) Serviks yaitu untuk mengetahui pelunakan serviks dan pembukaan serviks.
- (2) Ketuban yaitu untuk mengetahui apakah sudah pecah atau belum dan apakah ada ketegangan ketuban.
- (3) Bagian terendah janin yaitu untuk mengetahui bagian apakah yang terendah dari janin, penurunan bagian terendah, apakah ada kedudukan rangkap, apakah ada penghalang di bagian bawah yang dapat mengganggu jalannya persalinan.
- (4) Perabaan forniks yaitu untuk mengetahui apakah ada bantalan forniks dan apakah bagian janin masih dapat didorong keatas (Manuaba dkk, 2009: 4).

c) Pemeriksaan Panggul luar

Pemeriksaan ini digunakan untuk menentukan secara garis besar jenis, bentuk, dan ukuran panggul jika pelvimetri ronsen sulit dilakukan. Alat-alat yang digunakan adalah jangka panggul *marting*, *oscander*, *collin*, *boudelogue*, dan lain-lain (Yulaikhah, 2008: 16).

Aspek yang diukur adalah sebagai berikut:

(1) Distansia spinarum (24-26 cm)

Jarak antara kedua spina illiaca anterior superior sinistra dan dekstra (Yulaikhah, 2008: 16).

(2) Distansia kristarum (28-30 cm)

Jarak terpanjang antara dua tempat yang simetris pada krista illiaca sinistra dan dekstra. Umumnya ukuran ini tidak penting, namun ukuran ini lebih kecil 2-3 cm dari angka normal sehingga dapat dicurigai adanya patologi panggul (Yulaikhah, 2008: 17).

(3) Konjugata eksterna (*boudelogue*)

Jarak antara bagian atas simfisis ke prosesus spinosul lumbal V lebih kurang 18 cm (Yulaikhah, 2008: 17).

(4) Distansia tuberum

Jarak antara tuber ischii kanan dan kiri lebih kurang 10,5 cm. untuk mengukurnya dipakai *oscander*.

Angka yang ditunjuk jangk harus ditambah 1,5 cm karena adanya jaringan subkutis antara tulang dan ujung jangk. Jika jarak ini kurang dari normal, dengan sendirinya arkus pubis lebih kecil dari 90° (Yulaikhah, 2008: 17).

d) 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, 2008:104)

e) Pemeriksaan Kartu Skor Poedji Rochyati

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; 12).

2. Diagnosa kebidanan

Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, mengintrepretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat (Mekes RI, 2008).

Diagnosa : G1/>1 PAPIAH, usia kehamilan 28-40 minggu, janin tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi punggung kiri/kanan, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2010 : 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.

3. Perencanaan

a. Diagnosa kebidanan : G1/>1 PAPIAH, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2010: 123).

Tujuan : Ibu dan janin sehat, sejahtera sampai melahirkan.

Kriteria :

- 1) Keadaan umum baik.
- 2) Kesadaran composmentis.

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

Intervensi menurut Kriebs dan Gegor (2007: 554-556):

- 1) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan.
R/ Bila ibu mengerti keadaannya, ibu bisa kooperatif dengan tindakan yang diberikan.
- 2) Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin timbul pada ibu hamil trimester III.
R/ Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya.
- 3) Diskusikan dengan ibu tentang kebutuhan dasar ibu hamil meliputi nutrisi, eliminasi, istirahat dan tidur, personal hygiene, aktivitas, hubungan seksual, perawatan payudara, dan senam hamil.
R/ Dengan memenuhi kebutuhan dasar ibu hamil, maka kehamilan dapat berlangsung dengan aman dan lancar.
- 4) Jelaskan pada ibu tentang tanda bahaya kehamilan trimester III yang mengindikasikan pentingnya menghubungi tenaga kesehatan dengan segera.

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

5) Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan.

R/ Dengan adanya rencana persalinan akan mengurangi kebingungan dan kekacauan pada saat persalinan serta meningkatkan kemungkinan bahwa ibu akan menerima asuhan yang sesuai dan tepat waktu (Marmi, 2014: 128).

6) Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan.

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

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

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

b. Masalah 1 : Edema Dependen

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

Kriteria : Setelah tidur/istirahat edema berkurang.

Intervensi menurut Morgan *et al* (2009: 345) :

1) Jelaskan penyebab dari edema dependen.

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

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

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

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

R/ Meringankan penekanan pada vena dalam panggul.

- 4) Anjurkan pada ibu menghindari pakaian yang ketat.

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

- 5) Anjurkan pada ibu menggunakan stoking elastik. Kenakan sebelum bangun dari tempat tidur

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

- 6) Hindari konsumsi natrium berlebihan dalam diet

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

c. Masalah 2 : Nokturia

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

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

Intervensi menurut Varney *et al* (2009: 540) :

- 1) Jelaskan penyebab terjadinya sering kencing

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

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

R/ Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih.

- 3) Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK

R/ Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

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

R/ Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

d. Masalah 3 : Konstipasi sehubungan dengan peningkatan progesterone

Tujuan : Tidak terjadi konstipasi

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

Intervensi menurut Varney *et al* (2009: 539) :

- 1) Anjurkan ibu untuk membiasakan pola BAB teratur

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

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

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

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

R/ Dengan minum panas/dingin sehingga dapat merangsang BAB

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

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

e. Masalah 4 : Hemoroid

Tujuan : Hemoroid tidak terjadi atau tidak bertambah parah

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

2) BAB tidak berdarah dan tidak nyeri

Intervensi menurut Morgan *et al* (2009: 347):

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

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

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

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

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

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

- 4) Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi

R/ Mengejan yang terlalu sering akan memicu terjadinya hemoroid.

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

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

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

R/ Kompres diperlukan untuk mengurangi hemoroid.

- 7) Anjurkan ibu untuk selalu menjaga kebersihan daerah anus

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

f. Masalah : Kram pada kaki

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

Kriteria : 1) Kram pada kaki berkurang.

2) Ibu mampu mengatasi bila kram tungkai

Intervensi menurut Benson *et al* (2013: 232) :

1) Jelaskan penyebab kram kaki

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

2) Anjurkan ibu untuk senam hamil teratur

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

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

R/ Sirkulasi darah ke jaringan lancar.

4) Minta ibu untuk tidak berdiri lama.

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

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

R/ Otot-otot bisa relaksasi sehingga kram berkurang.

6) Anjurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor

R/ Konsumsi kalsium dan phosphor baik untuk kesehatan tulang.

7) Anjurkan ibu untuk tidak melipat kakinya saat duduk

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

g. Masalah 6 : Sesak nafas

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

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

Intervensi Menurut Varney *et al* (2006: 543) :

1) Jelaskan pada ibu penyebab sesak nafas

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

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

R/ Menghindari penekanan diafragma.

3) Anjurkan ibu senam hamil teratur.

R/ Merelaksasi otot-otot.

4) Anjurkan ibu menghindari kerja keras.

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

5) Anjurkan ibu berdiri merengangkan lengannya di atas kepala.

R/ Perengangan tulang meringankan penarikan nafas.

h. Masalah 7 : Pusing sehubungan dengan ketegangan otot, stress,

perubahan postur tubuh, ketegangan mata dan keletihan

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya sehingga tidak cemas.

Kriteria : 1) Pusing berkurang
2) Kesadaran composmetis
3) Tidak terjadi jatuh/hilang keseimbangan.

Intervensi menurut Varney *et al* (2009: 544):

1) Jelaskan pada ibu penyebab pusing

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

2) Ajarkan ibu cara bangun perlahan dari posisi istirahat.

R/ Agar ibu tidak terjatuh dari bangun tidur.

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

R/ Kekurangan O₂ karena lingkungan sesak dapat menyebabkan pusing.

4) Jelaskan untuk menghindari posisi telentang.

R/ Sirkulasi O₂ ke otak lancar.

i. Masalah 8: Nyeri punggung bawah

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

Kriteria : Nyeri punggung berkurang

Intervensi menurut Morgan *et al* (2009: 347) :

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

R/ Menekuk kaki akan membuat kedua tungkai yang menopang berat badan dan meregang, bukan punggung. Melebarkan kedua kaki dan menempatkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain akan memberi jarak yang cukup saat bangkit dari posisi setengah jongkok.

- 2) Hindari membungkuk berlebihan dan mengangkat beban.

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

- 3) Anjurkan tidur miring kiri dan perut diganjal bantal

R/ Mengurangi penekanan uterus pada ligamentum rotundum.

- 4) Gunakan sepatu tumit rendah.

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

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

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

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

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

j. Masalah 9 : Varices

Tujuan : Tidak terjadi varises atau varises tidak bertambah parah

Kriteria : Tidak terdapat varises

Intervensi menurut Benson *et al* (2013: 254) :

- 1) Kenakan kaos kaki penyokong.

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

- 2) Hindari mengenakan pakaian ketat.

R/ Pakaian ketat dapat menghambat aliran balik vena.

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

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

- 4) Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur.

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

- 5) Kenakan penyokong abdomen maternal atau korset.

R/ Penggunaa korset dapat mengurangi tekanan pada vena panggul.

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

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

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

Tujuan : Tidak terjadi *hearth burn*

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

Intervensi Menurut Benson *et al* (2013: 256) :

- 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.

1. Masalah 11 : Kecemasan menghadapi persalinan

Tujuan : Kecemasan berkurang.

Kriteria : 1) Ibu tampak tenang dan rileks
2) Ibu tampak tersenyum
3) Suami dan keluarga memberi dukungan

Intervensi Menurut Varney *et al* (2006: 538) :

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

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

2) Anjurkan ibu mandi air hangat.

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

3) Anjurkan ibu melaksanakan relaksasi progresif.

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

4. Implementasi

Langkah ini merupakan pelaksanaan rencana asuhan pada klien dan keluarga. Mengarah atau melaksanakan rencana asuhan secara efisien dan aman (Ambarwati dkk, 2009; 478).

5. Evaluasi

Tujuan evaluasi adalah adanya kemajuan pada pasien setelah dilakukan tindakan (Estiwidani, 2008:63).

6. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI (2009; 7), Pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan di tulis 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 di atas berlaku atau dilakukan juga untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana.



2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Persalinan

1. Pengkajian

a. Data Subyektif

1) Biodata

a) Nama

Selain sebagai identitas, upayakan agar bidan memanggil dengan nama panggilan sehingga hubungan komunikasi antara bidan dan pasien menjadi akrab (Sulistyawati,2011:220)

b) Usia

Untuk mengetahui apakah ibu termasuk resiko tinggi atau tidak. Usia di bawah 16 tahun atau di atas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di atas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes, hipertensi kronis, persalinan lama, dan kematian janin (Varney,2008:691).

c) Agama

Sebagai dasar bidn dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan (Sulistyawati,2011:221).

d) Pendidikan

Pendidikan berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya,

sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Ambarwati,2009:130).

e) Pekerjaan

Mengetahui pekerjaan ibu, gunannya untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut (Amabarwati,2009:130).

f) Suku/Bangsa

Data ini berhubungan dengan sosial budaya yang dianut oleh pasien dari keluarga yang berkaitan dengan persalinan (Silistyawati, 2011:221)

g) Alamat

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

2) Keluhan utama

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

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

b) Pengeluaran lendir dan darah (pembawa tanda). Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan. Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

c) Pengeluaran cairan. Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam.

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

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

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, 2007:455).

Menurut Mochtar (2012 : 35), wanita harus mengetahui tanggal pertama haid terakhir (HPHT) supaya dapat ditafsir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan (TTP), yang dihitung dengan menggunakan rumus Neegele :

$$TTP = (\text{hari HT}+7) \text{ dan } (\text{bulan HT}-3) \text{ dan } (\text{tahun HT}+1)$$
 untuk siklus 28 hari +x hari

Menurut Sunarti (2013:64-65) perhitungan berdasarkan tanggal contohnya hari pertama haid normal terakhir 2 Februari, caranya, tambahkan 7 hari, dan tambahkan 9 pada bulan. Jadi perkiraan tanggal persalinan 9-11 pada tahun yang sama

4) Riwayat obstetri

Riwayat melahirkan *preterm* meningkatkan risiko ibu sebesar 30% untuk melahirkan *preterm* lagi. Risiko tersebut meningkat seiring peningkatan jumlah kelahiran *preterm* dan menurun seiring peningkatan jumlah kelahiran cukup bulan. Wanita yang pernah melahirkan Bayi Kecil untuk Masa

Kehamilan (BKMK) berisiko kembali melahirkan bayi BKMK. Catatan berat badan bayi dan usia gestasi dapat dipakai untuk mengidentifikasi adanya bayi BKMK (Wheeler, 2004: 10-11). Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38⁰C. Bila terjadi peningkatan melebihi 38⁰C berturut-turut selama dua hari, kemungkinan terjadi infeksi. Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya, akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga terdapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri disebut “nyeri ikutan” (*after pain*) terutama pada multipara (Manuaba, 2010: 201).

5) Riwayat kehamilan sekarang

HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir) :Untuk mengetahui umur kehamilan yang sebenarnya dan sekaligus taksiran persalinan yang di hitung dengan rumus neagle yaitu TTP (Taksiran Tanggal Persalinan) = HPHT +7 bulan haid -3 dan tahun +1 (Manuaba,2010:58). Dikaji tentang jumlah kunjungan. Jumlah kunjungan minimal empat kali (4x) yaitu satu kali pada trimester I, satu kali pada trimester II, dan dua kali pada trimester III. Hal ini dapat memberikan peluang yang lebih besar bagi petugas kesehatan untk mengenali secara dini berbagai penyulit atau gangguan kesehatann yang terjadi pada ibu hamil.

Beberapa penyakit atau penyulit tidak segera timbul bersamaan dengan terjadinya kehamilan hipertensi dalam kehamilan, atau baru akan menampakkan gejala pada usia kehamilan tertentu misalnya perdarahan antepartum yang disebabkan oleh plasenta previa (Prawirohardjo,2010:284).

Di kaji tentang imunisasi TT karena ibu hamil yang mendapatkan imunisasi TT dalam tubuhnya akan membentuk antibody tetanus. Jadwal imunisasi TT I ke TT II adalah 4 minggu dan akan memberikan perlindungan selama 3 tahun (Saifuddin,2009:91).

6) Riwayat kehamilan yang lalu

Terminasi kehamilan dapat mempengaruhi viabilitas kehamilan yang berikutnya. Dilatasi dan kuretase menyebabkan terjadinya inkompetensi serviks (Fraser et al,2009:252).

Aborsi spontan berulang dapat mengindikasikan adanya kondisi seperti abnormalitas genetic, ketidak seimbangan hormone, atau inkompetensi serviks (Fraser dkk,2009:252).

7) Riwayat Persalinan

Lama persalinan sebelumnya merupakan indikasi yang baik untuk memperkirakan lama persalinan kali ini sehingga memungkinkan untuk membedakan persalinan antara primigravida dan gravid selanjutnya serta persalinan dengan paritas yang lebih tinggi. Untuk mengidentifikasi kelahiran

elalui SC atau kelahiran operatif pervaginam sebelumnya (Verney et al,2008:692).

Ukuran bayi yang terbesar dilahirkan pervaginam memastikan keadekuatan panggul wanita untuk ukur bayi saat ini. Selain itu juga untuk mengantisipasi kemungkinan komplikasi jika di banding dengan perkiraan berat janin (Varney et al,2008:692).

Wanita yang memiliki riwayat melahirkan bayi kecil dari ayah yang sama cenderung memiliki bayi kecil juga pada kehamilan ini (Verney et al,2008:780). Semua wanita dengan riwayat SC pada segmen uterus bawah (insisi transversal bawah atau vertical bawah) dan tidak memiliki kontraindikasi dianjurkan menjalani persalinan pervaginam (Varney et al,2008:780).

8) Riwayat Nifas

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C berturut-turut selama 2 hari kemungkinan terjadi infeksi. Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga terdapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri di sebut “nyeri ikutan” (*after pain*) terutama pada multipara (Manuaba,2010:170).

9) Riwayat kelahiran bayi

Jenis kelamin, hidup atau tidak, kalau meninggal umur berapa dan sebabnya meninggal, berat badan waktu lahir. Pernyataan ini sangat mempengaruhi prognosa persalinan dan pimpinan persalinan, karena jalanya persalinan yang lampau adalah hasil ujian-ujian dari segala faktor yang mempengaruhi persalinan (Wiknjosastro, 2010:134).

10) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah ibu sudah menjadi akseptor keluarga berencana (KB) sebelum hamil atau tidak. Metode kontrasepsi yang di gunakan apa dan sudah berapa lama ibu menjadi akseptor KB serta rencana KB apa yang akan di gunakan ibu (klien) setelah melahirkan (Fathma, 2014:126)

11) Riwayat kesehatan

Kondisi medis tertentu berpotensi mempengaruhi ibu atau bayi atau keduanya. Calon ibu mengetahui bahwa penyakitnya dapat memperburuk atau berpeluang menyebabkan bayi sakit atau meninggal. Berikut ini adalah beberapa kondisi medis pada kategori ini:

a) Diabetes mellitus gestasional

Komplikasi yang mungkin terjadi pada kehamilan dengan diabetes sangat bervariasi. Pada ibu akan meningkatkan resiko terjadinya preeklamsia, seksiosesarea, dan terjadinya diabetes mellitus tipe II di kemudian hari, sedangkan pada janin meningkatkan resiko terjadinya makrosomia, trauma persalinan, hipobilirubinemia, hipoglikemia, hipokalsemia, hiperbilirubinemia bayi baru lahir, sindroma distress respirasi (RDS), serta meningkatkan mortalitas atau kematian janin (Saifuddin, 2009:851).

b) Anemia

Bahaya saat persalinan adalah gangguan his (kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio plasenta dan perdarahan postpartum karena atonia uteri, kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri (Manuaba, 2010:240).

c) Hipertiroid

Biasanya pada kehamilan berakhir dengan abortus (inhabitualis)/partus prematurus, cacat bawaan, dan kretinismus pada janin lebih besar (Sarwono, 2009:526).

d) Hipotiroid

Pada hipotiroid subklinis bisa meningkatkan terjadinya persalinan premature, solusio plasenta, dan perawatan bayi di NICU (Saifuddin, 2009:847-850).

e) Epilepsi

Pada umumnya epilepsi tidak di pengaruhi oleh kehamilan. Namun wanita hamil dengan epilepsi mempunyai resiko terhadap hipertensi karena kehamilan, persalinan premature, bayi berat badan rendah, bayi dengan kelainan bawaan dan kematian perinatal (Saifuddin, 2010:46)

f) Gagal ginjal akut

Gagal ginjal akut merupakan komplikasi yang sangat gawat dalam kehamilan dan nifas karena dapat menimbulkan kematian atau kerusakan fungsi ginjal yang tidak bisa sembuh lagi. Penderita dapat meninggal dalam waktu 14 hari setelah timbulnya anuria. Kerusakan jaringan dapat terjadi di beberapa tempat yang tersebar atau keseruan jaringan ginjal (Saifuddin, 2009:840).

g) HIV

Transmisi HIV dari keada janin dapat terjadi melalui intrauterine, saat persalinan, dan pasca persalinan. Kelainan yang dapat terjadi adalah berat badan lahir

rendah, bayi lahir mati, partus preterm dan abortus spontan (Sarwono, 2009:933).

h) Sifilis

Merupakan penyakit sistemik yang disebabkan oleh *treponema pallidum*. Transmisi *treponema* dari ibu ke janin umumnya terjadi setelah plasenta terbentuk utuh, kira-kira sekitar umur 16 minggu, kemungkinan untuk timbulnya sifilis congenital lebih memungkinkan (Sarwono, 2009:929).

i) Penyakit jantung

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

Stadium penyakit jantung terbagi dalam empat stadium, yaitu :

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

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

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

Kelas IV : Dalam keadaan istirahat sudah terjadi gejala payah jantung.

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

j) Asma

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

k) Hipertiroidisme

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

l) Gonore

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

12) Data fungsional kesehatan

a) Nutrisi

Dikaji tentang jenis makanan yang di konsumsi klien, apakah sudah mengkonsumsi makanan yang sesuai dengan menu seimbang (nasi, laukpauk, sayur, buah) atau belum, karena asupan nutrisi juga akan berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin di kandungannya. Selain maknan, berapa kali minum dalam sehari juga perlu unuk dipertanyakan,, hal ini juga dimaksudkan untuk mencegah keadaan kekurangan cairan (Fathma, 2014: 127).

Ibu diperbolehkan mengkonsumsi makanan rendah lemak dan rendah residu sesuai selera untuk memberinya energy. Namun makan dan minum selama persalinan

menyebabkan peningkatan resiko regurgitasi dan aspiriasi isi lambung (Fraser et al,2009:451).

b) Eliminasi

Kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terendah janin, sehingga di anjurkan ibu untuk sesering mungkin untuk BAK. Apabila ibu belum BAB kemungkinan akan di keluarkan saat persalinan, yang bisa mengganggu bila bersamaan dengan keluarnya kepala bayi (Marmi, 2011:126).

c) Aktivitas

Norma-norma yang mengatur aktivitas fisik sangat bervariasi. Mereka takut kehilangan fisik yang fit selama periode mereka terpaksa mengurangi kegiatan. Wanita yang biasanya tidak berolahraga harus memenuhi kegiatan fisik dan intensitasnya rendah dan meningkatkan aktivitas secara teratur. Pada kala I apabila kepala janin sudah masuk sebagian ke dalam PAP serta ketuban pecah, klien dianjurkan duduk atau berjalan-jalan di sekitar ruangan atau kamar bersalin. Pada kala II kepala janin sudah masuk rongga PAP klien dalam posisi miring kanan atau kiri. Klien dapat tidur terlentang, miring kanan atau kiri tergantung pada letak punggung anak, klien sulit tidur terutama pada kala I-IV (Marmi, 2011:128). Kita perlu

mengkaji aktivitas sehari-hari pasien karena data ini member gambaran kita tentang seberapa berat aktivitas yang biasa dilakukan pasien di rumah. Jika diakhir kehamilannya pasien melakukan aktivitas yang terlalu berat di khawatirkan pasien akan merasakan kelelahan sampai akhirnya dapat menimbulkan penyulit pada masa bersalin (Sulistyawati,2011:224).

d) Istirahat dan Tidur

Sebaiknya ibu hamil banyak istirahat atauu tidur meskipun bukan tidur betulan hnaya memberikan badan untuk memperbaiki sirkulasi darah (Yeyeh,2009:106). Data yang perlu di tanyakan yang berhubungan dengan istirahat pasien:

- 1) Kapan terakhir tidur
- 2) Berapa lama

e) Personal Hygine

Data ini perlu kita gali karena akan sangat berkaitan dengan kenyamanan pasien dalam menjalani proses persalinnya. Beberapa prtanyaan yang perlu di ajukan berhubungan dengan perawatan kebersihan diri pasien.

- 1) Kapan terakir mandi, karmas dan gosok gigi.
- 2) Kapan terakhir ganti baju dan pakaian dalam.

(Sulistyawati,2010:23).

Bagi ibu yang sedang berada pada proses persalinan normal, mandi air hangat (*birthing pool*) dapat menjadi pereda nyeri efektif yang akan meningkatkan mobilitas tanpa meningkatkan efek samping bagi ibu atau bayinya (Fraser et al, 2009:442).

f) Pola Seksual

Sampai saat ini belum membuktikan dengan pasti bahwa coitus dan orgasme di koordinasikan selama masa hamil untuk wanita yang sehat secara medis dan memiliki kondisi obstetric yang prima. Akan tetapi, riwayat abortus spontan atau ancaman abortus lebih 1 kali, keguguran yang nyaris terjadi pada trimester ke dua, ketuban pecah dini, perdarahan atau sakit perut pada kehamilan trimester tiga merupakan peringatan untuk tidak melakukan coitus dan orgasme (Marmi, 2011:128).

g) Ketergantungan

1) Merokok

Kebanyakan wanita mengetahui bahwa mereka tidak boleh merokok pada masa kehamilan meskipun mereka tidak mengetahui bahaya yang sebenarnya. Wanita yang merokok pada masa kehamilan pertama dan melahirkan bayi sehat mungkin tidak percaya bahwa mereka membawa resiko (Marmi, 2011:156).

2) Alkohol

Masalah signifikan yang di timbulkan oleh anak-anak yang mengalami sindrom alkohol jann dan gangguan perkembangan saraf janin-alkohol membuat klinis wajib menanyakan asupan alkohol dan mengingatkan wanita efek potensial alkohol jangka panjang pada bayi yang di akndungnya (Marmi, 2011:156).

3) Obat terlarang

Mengidentifikasi penggunaan obat pada masa hamil sangat penting. Membantu wanita yang ingin berhenti merokok, mengidentifikasi jnin dan bayi beresiko. Wanita yang menggunakan obat-obatan terlarang, akan menyebabkan keterlambatan perkembangan janin, retardasi metal atau bahkan kematian (Marmi, 2011:156).

1. Data Psikososial dan Spiritual

Kualitas asuhan dapat di nilai melalui kompetensi budaya atau kemampuan seorang penyedia pelayanan untuk mengintegrasikan pengeahuan tentang keyakinan dan norma budaya karena keyakinan dan norma budaya terkait dengan pengalaman melahirkan. Pengkajian budaya harus dilakukan untuk memastikan pemberi asuhan memiliki pengethuan yang adekuat mengenai keyakinan

terhadap dukungan persalinan, terapi obat, dan pantangan
(Kennedy, 2009:124).

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan Umum

Menurut sulistyawati (2011:226), data ini didapat dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang dilaporkan kriterianya adalah sebagai berikut.

1) Baik

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

2) Lemah

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

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan composmentis (kesadaran normal/sepenuhnya), samnolens kesadaran menurun,

psikomotor yang lambat dan mudah tertidur namun masih dapat pulih apabila dirangsang), apatis (pasien tampak segan/acuh untuk berhubungan dengan lingkungan), spoor comatis (keadaan seperti teridur lelap tetapi ada respon terhadap nyeri), coma (pasien tidak dalam keadaan sadar, tidak ada respon dan tidak bisa di bangunkan) (Sulistyawati,2011:175).

c) Tanda-Tanda Vital

1) Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai dengan peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan sistolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diawal kontraksi tekanan darah kembali tingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat di hindari (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:686). Diukur untuk mengetahui preeklamsia, yaitu bila tekanan darahnya lebih dari 140 atau 90 mmHg (Marmi,2011:129).

2) Nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titi puncak sampai frekuensi diantara kontraksi dan

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

3) Suhu

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

4) Respirasi Rate

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

Ibu hamil yang akan bersalin seringkali bernafas dengan sangat cepat pada puncak kontraksi, bernafas dengan cepat

atau menahan nafas merupakan tanda-tanda kepanikan (Fraser et al, 2009:453).

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

d) Pemeriksaan Antropometri

1) Tinggi Badan

Tubuh yang pendek dapat menjadi faktor gangguan genetic. Tinggi badan harus di ukur pada saat kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah ≥ 145 cm (Marmi, 2011:163).

2) Berat Badan

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian volume darah, volume darah, dan cairan ekstraselular. Di perkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg. Pada trimester ke 2 dan ke 3 pada perempuan dengan gizi baik di anjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih di anjurkan menambah berat badan perminggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg (Saifuddin, 2011:180). Kenaikkan berat badan $>0,57$ kg/minggu merupakan faktor resiko timbulnya preeklamsia

(Saifuddin,2010:532). Rekomendasi penambahan berat badan berdasarkan indeks masa tubuh

3) LILA

Standar minimal LILA pada wanita dewasa adalah 23,5cm. jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronik (KEK) (Janah,2012:136). Selain itu merupakan indikator kuat status gizi ibu yang kurang/buruk, sehingga beresiko untuk melahirkan berat bayi lahir rendah (BBLR). Dengan demikian bila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan petugas dapat memotivasi ibu agar lebih memperhatikan kesehatannya serta jumlah kalitas maknannya (Romauli,2011:173)

2) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Untuk mengetahui kebersihan rambut, rontok atau tidak (Wiknjosastro, 2009:57).

(1) Rambut

Untuk menilai warna rambut klien bersih/tidak, ada ketombe/tidak, rontok/ tidak (Manuaba, 2009:25).

(2) Muka

Untuk mengetahui kedaan muka pucat atau tidak, ada oedema dan cloasma gravidarum atau tidak (Prawihardjo, 2010:39).

(3) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sclera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeklamsi (Romauli, 2011:53). Spasme anterior, edema sekitar diskus optikus, ablasio retina (lepasnya retina) merupakan salah satu tanda gejala preeklamsia (Manuaba, 2010:51).

(4) Hidung

Untuk mengetahui simetris/tidak, bersih/tidak, ada polip/ tidak (Varney, 2007).

(5) Mulut

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah. Karies gigi atau keropos menandakan ibu kekurangan kalsium. Kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi (Romauli, 2011). Untuk mengetahui ada

caries gigi atau tidak, lidah bersih atau kotor, ada stomatitis atau tidak (Nurhidayah, 2014).

(6) Telinga

Untuk mengetahui ketajaman pendengaran, letak, bentuk, tonjolan, lesi, warna, adanya benda asing pada saluran pendengaran eksternal, membrane timpani (Varney, 2007).

b) Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi (Saifuddin, 2010: 186). Kelenjar limfe yang membengkak merupakan salah satu gejala klinis infeksi toksoplasmosis pada ibu hamil, pengaruhnya terhadap kehamilan dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas dan cacat bawaan (Manuaba, 2010: 340).

c) Dada

(1) Payudara

Menjelang persalinan, perlu dilakukan pemeriksaan terhadap kondisi puting ibu misalnya kolostrum kering atau berkerak, muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam mengeluarkan putiang yang

rata atau inversi pada wanita yang merencanakan untuk menyusui (Varney *et al*, 2007: 1050).

(2) Paru-paru

Untuk mengetahui kemungkinan penyakit paru, gagal jantung, gagal ginjal, hipoalbuminemia (Manuaba, 2007). Normal bila tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada wheezing dan ronhchi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa abnormal (Romauli, 2011: 174).

(3) Jantung

Jantung normal tidak berdetak cepat (Varney, 2007).

d) Abdomen

Untuk mengetahui ada bekas operasi/tidak, linea, striae/tidak (Nursalam, 2009). Proses pengamatan dilakukan untuk menilai pembesaran perut sesuai atau tidak dengan tuanya kehamilan, bentuk perut membesar ke depan atau ke samping, adakah kelainan pada perut, serta untuk menilai pergerakan anak (Alimul, 2008).

Pemeriksaan dengan indra peraba yaitu tangan, dilakukan untuk menentukan besarnya rahim dengan menentukan usia kehamilan serta menentukan letak anak

dalam rahim. Pemeriksaan palpasi dilakukan dengan metode :

TFU : untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan umur kehamilan.

Leopold I : untuk mengetahui TFU dan bagian apakah yang ada di fundus.

Leopold II : untuk mengetahui bagian punggung janin berada di sebelah kanan atau kiri.

Leopold III : untuk mengetahui apakah bagian terbawah janin, bokong atau kepala.

Leopold IV : untuk mengetahui apakah bagian terbawah janin sudah masuk PAP atau belum.

TBJ : untuk mengetahui perkiraan berat janin. Dihitung dengan TFU bila kepala janin sudah masuk panggul dikurangi 11, dan bila kepala jani belum masuk panggul dikurangi 12 dikali 155(Manuaba, 2008).

DJJ : Pemeriksaan dengan mendengar bunyi dengan menggunakan stetoskop untuk mendengarkan bunyi detak jantung janin, bising tali pusat, bising rahim, serta bising usus (Alimul, 2008). Detak jantung janin : lokasi punctum maksimum, frekuensinya

teratur atau tidak. Denyut jantung normal 120-160 x/menit, jika ditemukan DJJ dibawah 100 x/menit atau lebih dari 180 x/menit merupakan tanda-tanda yang perlu diwaspadai pada janin (Varney, 2007).

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

(a) Kala I

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

(b) Kala II

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

pengeluaran bayi (Wiknjosastro, 2008: 79).

(c) Kala III

Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (Wiknjosastro, 2008: 99).

(d) Kala IV

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

e) Genetalia

Tanda-tanda inpartu pada vagina terdapat pengeluaran pervaginam berupa *bloody slym*, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka sebagai tanda gejala kala II. Pada genetalia dilakukan pemeriksaan adanya luka atau massa termasuk kondilomata, varikosisitas vulva atau rektum, adanya perdarahan pervaginam, cairan ketuban dan adanya luka parut di vagina. Luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya (Wiknjosastro, 2008: 45).

f) Anus

Perineum mulai menonjol dan anus mulai membuka. Tanda ini akan tampak bila betul-betul kepala sudah di dasar pangul dan mulai membuka pintu (Wiknjosasto, 2008: 46).

g) 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).

3) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan dalam (VT)

Pemeriksaan dalam sebaiknya dilakukan setiap 4 jam selama kala 1 persalinan dan setelah selaput ketuban pecah, catat pada jam berapa diperiksa oleh siapa dan sudah pembukaan berapa. Dengan pemeriksaan dalam bisa juga diketahui effacement, konsistensi, keadaan ketuban, presentasi, denominator dan hodge.

Menurut Wiknjosastro (2008:54-46) yang perlu dilakukan dalam pemeriksaan dalam adalah :

(1) Memeriksa genetalia eksterna, memperhatikan ada tidaknya luka atau massa (benjolan) termasuk kodiloma, varikosis vulva atau rektum, atau luka parut di perineum.

(2) Menilai cairan vagina dan menentukan bercak darah, perdarahan pervaginam atau mekonium :

(a) Jika ada perdarahan pervaginam dilarang melakukan pemeriksaan dalam.

(b) Jika ketuban sudah pecah, perhatikan warna dan bau air ketuban. Melihat pewarnaan mekonium, kekentalan dan pemeriksaan DJJ.

(c) Jika mekonium encer dan DJJ normal, meneruskan memantau DJJ dengan seksama menurut petunjuk partograf.

(d) Jika mekonium kental, menilai DJJ dan merujuk.

(e) Jika tercium bau busuk, mungkin telah terjadi tanda infeksi.

(f) Jika ketuban belum pecah jangan melakukan amniotomi.

(3) Adanya luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi

sebelumnya. Hal ini merupakan informasi penting untuk menentukan tindakan pada saat kelahiran bayi.

- (4) Menilai pembukaan dan penipisan serviks.
- (5) Memastikan tali pusat dan/ atau bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba pada saat melakukan pemeriksaan dalam.
- (6) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian yang masuk ke dalam rongga panggul. Menurut Sulistyawati (2010:96), bidang-bidang Hodge digunakan untuk menentukan sampai dimana bagian-bagian terendah janin turun ke panggul pada proses persalinan. Bidang Hodge tersebut antara lain
 - (a) Hodge I : Bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simfisis dan promotrium
 - (b) Hodge II : Bidang yang sejajar dengan Hodge I setinggi bawah simfisis
 - (c) Hodge III : Bidang yang sejajar dengan Hodge I setinggi spina ischiadika
 - (d) Hodge IV : Bidang sejajar Hodge I setinggi tulang koksigis

Jika bagian terbawah kepala, memastikan penunjuknya (ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar) dan celah (sutura) sagitalis untuk menilai derajat penyusupan atau tumpang tindih tulang kepala serta menilai ukuran kepala janin dengan ukuran jalan lahir apakah sesuai.

b) Pemeriksaan Panggul

Pemeriksaan ini dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu. Pemeriksaannya dilakukan dengan cara *Vaginal Toucher* (VT), caranya pemeriksa (dokter atau bidan) memasukan dua jari (jari telunjuk dan jari tengah) ke jalan lahir hingga menyentuh bagian tulang belakang atau promontorium. Kemudian hitung jarak minimal antara tulang kemaluan dan promontorium adalah 11 cm. Jika kurang, maka dikategorikan sebagai panggul sempit (Suwigya, 2010:13).

c) Pemeriksaan Hemoglobin (Hb)

Pemeriksaan Hb dapat dilakukan menggunakan sahli. Hasil dari pemeriksaan Hb dengan sahli dapat digolongkan sebagai berikut:

Hb 11 g% :Tidak anemia

Hb 9-10 g% :Anemia ringan

Hb 7-8 g% :Anemia sedang

Hb < 7 g% :Anemia berat

Pemeriksa darah dilakukan minimal 2 kali, yaitu pada trimester I dan trimester III (Manuaba, 2010:239)

d) Pemeriksaan Golongan Darah

Golongan darah ABO dan faktor *Rhesus* (Rh). Ibu dengan *rhesus* negatif berisiko mengalami keguguran, *amniosentesis* atau trauma uterus dan harus diberi anti-gamaglobulin D dalam beberapa hari setelah pemeriksaan. Jika titrasi menunjukkan peningkatan beberapa respon antibodi, harus dilakukan pemeriksaan yang lebih sering dalam rangka merencanakan penatalaksanaan pengobatan oleh spesialis *Rhesus* (Fraser dan Cooper, 2009:255).

e) Pemeriksaan Urine

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

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

f) Pemeriksaan USG merupakan suatu metode diagnostik dengan menggunakan gelombang ultrasonik untuk mempelajari morfologi dan fungsi suatu organ berdasarkan gambaran ekosistem dari gelombang ultrasonic yang dipantulkan oleh organ (Prawiroharjo, 2009).

2. Diagnosa kebidanan

Diagnosa : G._{P_{APIAH}} 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 :

a. Kala I fase laten dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan (Varney *et al*, 2007:718-719).

b. Kala I fase aktif akselerasi/dilatasi maksimal/deselerasi dengan kemungkinan masalah ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan (Wiknjosastro, 2008:40).

c. Kala II dengan kemungkinan masalah:

1) Kekurangan cairan (Wiknjosastro, 2008:93)

2) Infeksi (Wiknjosastro, 2008:93)

3) Kram Tungkai (Varney *et al*, 2007:722)

Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kepmenkes No.938/Menkes/SK/8/2007 tentang standar asuhan kebidanan).

d. P_{APIAH} Kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah menurut Wiknjastro (2008:118):

- 1) Retensio plasenta
- 2) Avulsi tali pusat
- 3) Plasenta yang tertahan.

e. P_{APIAH} Kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi menurut Wiknjastro (2008 : 118)

- 1) Atonia uteri
- 2) Robekan vagina, perineum atau serviks
- 3) Subinvolusio sehubungan dengan kandung kemih penuh

3. Perencanaan

a. Diagnosa

G_{≥1}P_{0>} UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H_{I-IV}, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu kala satu fase laten/aktif (akselerasi, dilatasi maksimal, deselerasi) atau kala II.

b. Tujuan

Setelah dilakukan asuhan kebidanan diharapkan tidak terjadi komplikasi selama persalinan.

c. Kriteria

1) KU baik, kesadaran komposmetis

2) TTV dalam batas normal

TD : 100/60-130/90 mmHg

S : 36-37°C

N : 80-100x/menit

R : 16-24x/menit

3) His minimal 2 kali tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik

4) Kala I pada primigravida <13 jam, pada multigravida <7 jam

5) Kala II pada primigravida <2 jam, pada multigravida <1 jam

6) Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif

7) Kala III pada primigravida <30 menit sedangkan multigravida <15 menit. Plasenta lahir spontan, lengkap

8) Kala IV kontraksi uterus baik, keras dan bundar, perdarahan <500 cc.

d. Intervensi

1) Kala 1

a) Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan.

R/ Wanita yang melakukan persiapan dalam menghadapi kelahiran memiliki pengetahuan tentang proses persalinan. Meredianasnya menginginkan dan memerlukan informasi tentang kemajuan persalinan mereka (Wiknjosastri, 2008; 57).

b) Anjurkan ibu untuk melakukan teknik relaksasi saat ada his.

Teknik relaksasi yaitu dengan mengambil napas dalam dari hidung dan mengeluarkannya dari mulut setelah masing-masing kontraksi.

R/ Teknik ini berfungsi ganda, tidak hanya meningkatkan relaksasi, tetapi juga berfungsi membersihkan jalan nafas dengan menghilangkan kemungkinan hiperventilasi.

c) Observasi sesuai partograf yaitu HIS, DJJ, ketuban, pembukaan, penurunan kepala, dan tanda-tanda vital ibu (terlampir).

R/ Partograf bertujuan untuk mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam, mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama (Wiknjosastri, 2008; 57).

d) Anjurkan ibu untuk mendapatkan posisi yang nyaman dalam persalinan, anjurkan untuk tidak berbaring terlentang.

R/ Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya (janin, cairan ketuban, plasenta dll) menekan vena cava inferioribu. Hal ini akan mengurangi pasokan O₂ melalui sirkulasi uteroplasenter sehingga akan menyebabkan hipoksia pada bayi. Berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif

e) Beri asupan nutrisi pada ibu dan memberi ibu makan dan minum.

R/ Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi dan atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif.

f) Anjurkan ibu untuk BAB maupun BAK jika terasa.

R/ Kandung kemih yang penuh mengganggu penurunan kepala janin. Selain itu juga akan menambah rasa nyeri pada perut bawah, menghambat penatalaksanaan distosia bahu, menghalangi lahirnya plasenta dan perdarahan pasca salin (Wiknjosastro, 2008; 55).

g) Jaga privasi ibu dengan menutup pintu, jendela, serta kelambu tempat persalinan.

R/ Menjaga privasi dan mencegah pajanan merupakan upaya untuk menghormati martabat wanita.

h) Jaga kebersihan dan kondisi tetap kering.

R/ Kebersihan dan kondisi kering meningkatkan kenyamanan dan relaksasi serta menurunkan resiko infeksi.

i) Gunakan tehnik sentuhan fisik.

R/ Sentuhan yang diberikan pada wanita (pada tungkai, kepala, lengan) tanpa tujuan lain dapat mengekspresikan kepedulian, memberi nyaman dan pengertian serta dapat menetralkan, menenangkan, menghilangkan kesepian, dan sebagainya.

j) Berikan usapan pada punggung maupun abdomen.

R/ Usapan pada punggung dengan memberikan tekanan eksternal pada tulang belakang menghilangkan tekanan internal pada tulang belakang oleh kepala janin sehingga mengurangi nyeri. Usapan pada perut dapat meningkatkan kenyamanan dan merupakan ekspresi kepedulian terhadap wanita.

k) Lakukan pemeriksaan dalam atas indikasi.

R/ Mengetahui kemajuan pembukaan servis, penurunan kepala, effacement, ketuban, bagian terendah janin sesuai dengan partograf (Handayani, 2010; 37).

2) Kala II

(1)Memastikan tanda dan gejala kala II (doran, tekus, perjol, vulka)

R/ Gejala dan tanda kala dua merupakan mekanisme alamiah bagi ibu dan penolong persalinan bahwa proses pengeluaran bayi sudah dimulai (Wiknjosastro, 2008; 82).

(2)Pastikan perlengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi baru lahir.

R/ Ketidakmampuan untuk menyediakan semua perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obat esensial pada saat diperlukan akan meningkatkan resiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi baru lahir sehingga keadaan ini dapat membahayakan keselamatan jiwa mereka

(3)Pakai celemek plastic

R/ Celemek merupakan penghalang atau barier antara penolong dengan bahan yang berpotensi untuk menularkan penyakit).

(4)Lepas dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

R/ Cuci tangan merupakan upaya yang paling untung mencegah kontaminasi silang (Saifudin, 2006; U-14).

(5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.

R/ Penggunaan sarung tangan merupakan tindakan kewaspadaan universal untuk melindungi dari setiap cairan yang mungkin patogen yang menular melalui darah.

(6) Masukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang bersarung tangan DTT) dan steril (pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).

R/ Semua perlengkapan dan bahan-bahan dalam partus set harus dalam keadaan desinfeksi tingkat tinggi atau steril.

(7) Bersihkan vulva dan perineum, seka dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.

R/ Membersihkan vulva dan perineum dengan air DTT digunakan sebagai pencegahan infeksi dan menjaga kebersihan ibu.

(8) Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.

R/ Mengetahui kemajuan pembukaan serviks, penurunan kepala, effacement, ketuban, bagian terendah janin sesuai dengan partograf.

- (9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan clorin 0,5%, lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan clorin 0,5% selama 10 menit, kemudian cuci tangan.

R/ Pencegahan infeksi sangat penting dalam menurunkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir. Upaya dan ketrampilan untuk melaksanakan prosedur pencegahan infeksi secara baik dan benar melindungi penolong persalinan terhadap resiko infeksi.

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

R/ mendeteksi bradikardi janin dan hipoksia berkenaan dengan penurunan sirkulasi maternal dan penurunan perfusi plasenta yang disebabkan oleh anastesia, atau posisi yang tidak tepat

- (11) Beritahu bahwa pembukaan sudah lengkap, keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.

R/ Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya (janin, cairan ketuban, plasenta dll) menekan vena cava inferior ibu. Hal ini akan mengurangi pasokan oksigen melalui sirkulasi uteroplasenter sehingga akan menyebabkan hipoksia pada bayi. Berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif (Wiknjosastro, 2008; 87).

(12) Minta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).

R/ Posisi duduk atau setengah duduk dapat memberikan rasa aman nyaman bagi ibu dan memberi kemudahan beristirahat diantara kontraksi. Keuntungan dari kedua posisi ini adalah gaya gravitasi untuk membantu ibu melahirkan bayinya (Wiknjosastro, 2008; 84).

(13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu ada dorongan kuat untuk meneran.

R/ Meneran secara berlebihan menyebabkan ibu sulit bernapas sehingga terjadi kelelahan yang tidak perlu dan meningkatkan resiko asfiksia pada bayi sebagai akibat

turunnya pasokan oksigen melalui plasenta
(Wiknjosastro, 2008; 81).

(14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit

R/ Posisi jongkok dapat membantu mempercepat kemajuan persalinan kala dua dan mengurangi rasa nyeri yang hebat (Hidayat, 2010; 82).

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

R/ Handuk pada perut ibu digunakan untuk persiapan mengeringkan bayi baru lahir.

(16) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian bawah bokong ibu.

R/ Kain kering yang dilipat 1/3 bagian dipersiapkan mengusap muka bayi setelah lahirnya kepala

(17) Buka partus set dan cek kelengkapan alat dan bahan.

R/ Ketidaklengkapan alat, bahan dan obat esensial pada saat diperlukan akan meningkatkan resiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi baru lahir sehingga keadaan ini dapat membahayakan keselamatan jiwa.

(18) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan

R/ Penggunaan sarung tangan merupakan tindakan kewaspadaan universal untuk melindungi dari setiap cairan yang mungkin atau patogen yang menular melalui darah.

(19) Setelah tampak kepala bayidengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal.

R/ Melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya bayi secara bertahap dan hati-hati- dapat mengurangi regangan berlebihan (robekan) pada vagina dan perineum.

(20) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran.

R/ Perasat ii dilakukan untuk mengetahui apakah tali pusat berada disekeliling leher bayi dan jika memang demikian, untuk menilai seberapa ketat tali pusat tersebut sebagai dasar untuk memutuskan cara mengatasi situasi tersebut.

(21) Tunggu hingga kepala janin selesai melahirkan putaran paksi luar secara spontan.

R/ Pengamatan yang cermat dapat mencegah setiap gangguan, memberi waktu untuk bahu berotasi internal kearah diameter anteroposterior pintu bawah panggul.

(22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

R/ Penempatan tangan ini dirancang untuk mencegah memegang bayi dibawah mandibula tau sekeliling leher untuk melahirkan bahu dan badan bayi. Kelahiran bahu dan badan bayi dengan gerakan kearah atas dan luar secara biparietal merupakan mekanisme persalinan yang disebut kelahiran bahu dan tubu dengan fleksi lateral melalui kurva carus.

(23) Setelah bahu lahir, geser tangan bawah untuk kepala dan bahu. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

R/ Tangan ini mutlak penting untuk mengontrol lengan atas, siku dan tangan bahu belakang saat bagian ini dilahirkan karena jika tidak tangan atau siku dapat menggelincir keluar dan menimbulkan laserasi perineum.

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

R/ tindakan ini memungkinkan menahan bayi sehingga dapat mengontrol kelahiran badan bayi yang tersisa dan menempatkan bayi aman dalam rengkuhan tangan tanpa ada kemungkinan tergelincir melewati badan atau tangan jari-jari.

(25) Lakukan penilaian bayi baru lahir.

R/ Proses penilaian sebagai dasar pengambilan keputusan bukanlah suatu proses sesaat yang dilakukan satu kali. Penilaian ini menjadi dasar keputusan apakah bayi perlu resusitasi (Wiknjosastro, 2008; 152).

(26) Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk dengan handuk atau kain yang kering, biarkan bayi diatas perut ibu. Hipotermi mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan atau diselimuti walaupun berada didalam ruangan yang relatif hangat

R/ Meletakkan bayi diatas abdomen ibu, memungkinkan ibu untuk segera kontak dengan bayinya, menyebabkan uterus berkontraksi, dan mempertahankan bayi bebas dari cairan yang saat ini terakumulasi dimeja atau tempat tidur di area antara kaki ibu.

(27)Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (janin tunggal)

R/ Oksitosin menyebabkan uterus berkontraksi yang akan sangat menurun pasokan oksigen kepada bayi. Jangan menekan kuat korpus uteri karena dapat terjadi kontraksi tetanik yang akan menyulitkan pengeluaran plasenta

(28)Memberitahu ibu bahwa ibu akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik

R/ Dengan dilakukan penjelasan, pasien akan lebih tenang dan tidak cemas atas tindakan yang dilakukan.

3) Kala III

(29)Dalam waktu 1 menit, setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 U secara IM di 1/3 paha atas bagian distal laherl (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin)

R/ Oksitosin merangsang fundus uteri untuk berkontraksi dengan kuat dan efektif sehingga dapat membantu pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah.

Aspirasi sebelum penyuntikan akan mencegah penyuntikan oksitosin ke pembuluh darah.

(30) Dalam waktu 2 menit bayi baru lahir, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Dorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

R/ Memberi cukup waktu bagi tali pusat untuk mengalirkan darah kaya zat besi bagi bayi

(31) Lakukan pemotongan dan pengikatan tali pusat.

R/ Memberi cukup waktu bagi tali pusat mengalirkan darah kaya zat besi bagi bayi

(32) Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi.

R/ Meletakkan bayi di atas abdomen ibu, memungkinkan ibu segera kontak dengan bayinya, menyebabkan uterus berkontraksi, dan mempertahankan bayi bebas dari cairan yang saat ini terakumulasi di meja atau tempat tidur di area antara kaki ibu.

(33) Selimuti dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.

R/ Bagian kepala bayi memiliki luas permukaan yang relatif luas dan bayi akan dengan cepat kehilangan panas jika bagian tersebut tidak tertutup.

(34) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.

R/ Memegang tali pusat lebih dekat ke vulva kan mencegah avulsi

(35) Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas simfisis untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.

R/ Tindakan ini dilakukan untuk mendeteksi tanda-tanda pelepasan plasenta meliputi uterus mengalami perubahan bentuk, dan tinggi, fundus berada diatas pusat, dan tali pusat memanjang (Wiknjosastro, 2008; 101).

(36) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas.

R/ Melahirkan plasenta dengan teknik dorso kranial dapat dapat mencegah inversio uteri

(37) Lakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu menran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).

R/ Segera melepaskan plasenta yang telah terpisah dari dinding uterus akan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu .

(38) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin dan kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.

R/ Melahirkan plasenta dan selaputnya dengan hati-hati akan membantu mencegah tertinggalnya selaput ketuban di jalan lahir

(39) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).

R/ Tindakan masase fundus uteri dilakukan agar uterus berkontraksi. Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 15 detik lakukan penatalaksanaan atonia uteri

(40) Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta kedalam kantung plastik atau tempat khusus.

R/ Inspeksi plasenta, ketuban, dan tali pusat bertujuan untuk mendiagnosis normalitas plasenta, perlekatan, dan tali pusat; untuk skrining kondisi yang tidak normal

dan untuk memastikan apakah plasenta dan membran telah dilahirkan seluruhnya (Varney, et al, 2007; 162).

(41)Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum.

Lakukan penjahitan pada laserasi menyebabkan perdarahan.

R/ Penjahitan digunakan untuk mendekatkan kembali jaringan tubuh dan mencegah kehilangan darah (Hidayat, 2011; 99).

(42)Pastikan uterus berkontak dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

R/ jika uterus tidak berkontraksi dengan segera setelah kelahiran plasenta, maka ibu dapat mengalami perdarahan sekitar 350-500 cc/menit dari bekas tempat melekatnya plasenta

(43)Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam

R/ meningkatkan hubungan bayi dan ibu

(44)Setelah 1 jam lakukan penimbangan atau pengukuran bayi beri salep mata dan vit k1, 1 mg IM dipaha kiri anterolateral

R/ agar bayi tidak terinfeksi

(45)Setelah satu jam pemberian vitamin K, berikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan.

R/ vitamin K1 injeksi 1 mg intramuskuler dapat mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin K yang dapat

dialami oleh sebagian BBL. Imunisasi Hepatitis B dapat mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi (Wiknjastro, 2008; 140).

(46) Lanjutkan pemantauan kondisi dan menegah perdarahan pervaginam

R/ atonia utero terjadi jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah dilakukan rangsangan taktil (masase) fundus uteri.

(47) Ajarkan Ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.

R/ jika ibu dan keluarga mengetahui cara melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi maka ibu dan keluarga mampu untuk segera mengetahui jika uterus tidak berkontraksi dengan baik.

(48) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

R/ memperkirakan kehilangan darah hanyalah salah satu cara untuk menilai kondisi ibu

(49) Periksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca salin dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca salin.

R/ kandung kemih yang penuh bisa mengganggu kontraksi uterus.

(50) Pantau tanda-tanda bahaya pada bayi selama 5 menit.

Pastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60 kali/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-35,5°C).

R/ mekanisme pengaturan temperatur tubuh pada BBL belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh maka BBL dapat mengalami hipotermi

(51) Tempatnya semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dikontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah dekontaminasi.

R/ mencuci dan membilas adalah tindakan-tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua cemaran darah, cairan darah atau benda asing dari kulit atau instrument/peralatan (Wiknjosastro, 2008; 17).

(52) Buang bahan yang berkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.

R/ sebagian besar limbah persalinan dan kelahiran bayi adalah sampah berkontaminasi jika tidak dikelola dengan benar, sampah berkontaminasi berpotensi untuk menginfeksi siapapun yang melakukan kontak atau menangani sampah tersebut termasuk anggota masyarakat

- (53) Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lender dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

R/ kebersihan dan kondisi kering meningkatkan kenyamanan dan relaksasi serta menurunkan risiko infeksi (Varney, *et al*, 2007; 719).

- (54) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.

R/ pemberian ASI secara dini bila merangsang produksi ASI,memperkuat reflek menghisap bayi. Reflek menghisap awal pada bayi paling kuat dalam beberapa jam pertama setelah lahir.

- (56) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.

R/ larutan klorin 0,5% cepat mematikan virus

- (57) Celupkan kain tangan kotor kedalam larutan klorin0,5% balikkan bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit

R/ larutan klorin 0,5% cepat mematikan virus

- (58) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

R/ cuci tangan merupakan upaya yang paling penting untuk mencegah kontaminasi silang (Saifuddin, 2006; U-14).

(59) Lengkapi partograf, periksa tanda vital dan asuhan kala IV.

R/ tekanan darah, nadi, respirasi harus stabil seperti pada tahap sebelum bersalin selama 1 jam paska salin. Monitor tekanan darah dan nadi penting selama IV untuk mendeteksi adanya syok diakibatkan oleh adanya kehilangan darah (Hidayat, 2011; 94-95).

Dokumentasi

(60) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan kala IV.

R/ Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik (JNPK-KR, 2008:55).

4) Masalah kala 1:

a) Cemas menghadapi proses persalinan.

Tujuan : Mengurangi rasa takut dan cemas selama proses persalinan

Kriteria : Ibu tampak tenang

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008; 248)

(1) Jelaskan fisiologi persalinan pada ibu .

R/ Proses persalinan merupakan proses yang panjang sehingga diperlukan pendekatan.

(2) Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada ibu.

R/ Ibu bersalin memerlukan penjelasan mengenai kondisi dirinya.

(3) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang dilakukan.

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

b) Nyeri

Tujuan : Ibu merasa nyaman terhadap proses persalinan

Kriteria :

- (1) Nyeri punggung berkurang
- (2) Ibu tidak merasa cemas
- (3) Ibu merasa tenang

Intervensi:

- (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 dipunggung sehingga memperbaiki anoreksia jaringan yang disebabkan oleh tekanan.

5) Masalah Kala II

a) Kekurangan cairan (Wiknjosastro, 2008; 116)

Tujuan : Tidak terjadi dehidrasi

Kriteria :

(1) Nadi 76-100 x/menit

(2) Urin jernih, produksi urin 30cc/jam

Intervensi menurut (Wiknjosastro, 2008; 116):

(1) Anjurkan ibu untuk minum

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

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

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

(3) Segera rujuk ke fasilitas yang mempunyai kemampuan pentalaksanaangawat darurat obstetri dan bayi baru lahir.

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

b) Infeksi (Wiknjosastro, 2008; 119)

Tujuan : Tidak terjadi infeksi

Kriteria :

- (1) Nadi dalam batas normal (76-100x/menit)
- (2) Suhu 36-37,5°C
- (3) KU baik
- (4) Cairan ketuban/cairan vagina tidak berbau.

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008; 119)

- (1) Baringkan miring ke kiri

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

- (2) 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.

- (3) 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.

(4) Segera rujuk ke fasilitas kesehatan yang memiliki kemampuan penyalaksanaan kegawatdaruratan obstetri.

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

c) Kram Tungkai

Tujuan : Tidak terjadi kram tungkai.

Kriteria : Sirkulasi darah lancar.

Intervensi (Varney, 2007; 722):

(1) Luruskan tungkai ibu

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

(2) Atur posisi dorsofleksi

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

(3) Jangan melakukan pemijatan pada tungkai

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

6) Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan KU baik
(Kepmenkes No.938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar
asuhan kebidanan.

Tujuan : Dapat melewati masa transisi dengan baik.

Kriteria :

a) Bayi menangis kuat

b) Bayi bergerak aktif

Intervensi menurut Kepmenkes 938/Menkes/SK/VIII/2007
tentang standar asuhan kebidanan :

a) Observasi tanda-tanda vital bayi.

R/ Tanda-tanda vital bayi merupakan dasar untuk
menentukan keadaan umum bayi.

b) Jaga suhu tubuh bayi tetap hangat.

R/ Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya
dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan atau
diselimuti walaupun berada di dalam ruangan yang
relatif hangat.

c) Bounding attachment dan lakukan IMD.

R/ Bounding attachment dapat membantu ibu mengatasi
stres sehingga ibu dapat merasa lebih tenang dan tidak
nyeri pada saat plasenta lahir. IMD meningkatkan
jalinan kasih sayang ibu dengan bayi.

d) Berikan vitamin K1 secara IM sebanyak 0,5mg.

R/ Vitamin K1 dapat mencegah perdarahan intrakranial.

e) Berikan salep mata.

R/ salep mata sebagai profilaksis.

7) Masalah kala III:

a) Retensi plasenta (Wiknjosastro, 2008; 114)

Tujuan : Plasenta dapat dikeluarkan secara lengkap.

Kriteria : Tidak ada sisa plasenta yang tertinggal.

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008; 114)

(1) 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.

(2) Coba lakukan plasenta manual dan lakukan penanganan lanjut.

(3) Bila tidak memenuhi syarat plasenta manual ditempat atau tidak kompeten maka segera rujuk ibu ke fasilitas terdekat dengan kapabilitas kegawatdaruratan obstetri.

(4) Dampingi ibu ke tempat rujukan

(5) Tawarkan bantuan walaupun ibu telah di rujuk dan mendapat pertolongan di fasilitas kesehatan rujukan.

b) Terjadi avulsi tali pusat

Tujuan : Tidak terjadi avulsi

Kriteria : Tali pusat utuh

Intervensi menurut Wiknjastro (2008; 119)

(1)Palpasi uterus untuk melihat kontraksi , minta ibu meneran pada setiap kontraksi.

(2)Saat plasenta terlepas, lakukan periksa dalam hati-hati.

Jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso-kranial pada uterus.

(3)Setelah plasenta, lakukan masase uterus dan periksa plasenta.

(4)Jika plasenta belum lahir dalam 30 menit, tangani sebagai retensi plasenta.

8) Masalah kala IV :

a) Terjadinya atonia uteri Wiknjastro (2008; 115)

Tujuan : Atonia uteri dapat teratasi

Kriteria :

(1) Kontraksi uterus baik, keras dan bundar

(2) Perdarahan <500cc.

Intervensi menurut Wiknjastro (2008; 108-110)

(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 Eksternal (KBE). Berikan suntikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600-1000 mcg per rektal dan gunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16-18), pasang infus dan berikan 500cc larutan RL yang mengandung 20 unit oksitosin.

(3) Jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar ulangi KBI.

(4) Jika uterus tidak berkontraksi selama 1-2 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan tindakan operasi dan transfusi darah.

(5) Dampingi ibu selama merujuk, lanjutkan tindakan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba ditempat rujukan.

b) Robekan vagina, perineum dan serviks.

Tujuan : Robekan vagina perineum atau serviks dapat terjahit.

Kriteria :

(1) Vagina, perineum, atau serviks dapat terjahit dengan baik

(2) Perdarahan <500cc

Intervensi :

- (1) Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi yang timbul.
- (2) Jika terjadi laserasi derajat satu dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat dua lakukan penjahitan.
- (3) Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks:

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

4. Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2007). Dengan kriteria:

- a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-spiritual-kultural.
- b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien atau keluarga (inform consent)

- c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based
- d. Melibatkan klien/pasien
- e. Menjaga privasi klien/pasien
- f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- g. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
- h. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
- i. Melakukan tindakan sesuai standar
- j. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

5. Evaluasi

Tujuan evaluasi adalah adanya kemajuan pada pasien setelah dilakukan tindakan (Estiwidani, 2008). 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 rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan kriteria :

- a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- b. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga.

- c. Evaluasi dilakukan dengan standar. Hasil evaluasi ditindak lanjutkan sesuai dengan kondisi klien/ pasien.

6. Dokumentasi

Kemenkes RI Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 pencacatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP sebagai berikut :

S : Adalah data subyektif, mencatat hasil pemeriksaan

O : Adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnose 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, dan rujukan. Langkah implementasi, evaluasi dan dokumentasi diatas berlaku untuk semua asuhan.

2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

1. Pengkajian

a. Data Subyektif

1) Biodata bayi dan orang tua

Identitas sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepas sampai penyerahan bayi (Manuaba, 2010: 205).

2) Keluhan utama

Keluan utama pada neonatus adalah bayi gelisah, tidak ada keinginan untuk menghisap ASI, bayi lapar, tidak sabar untuk menghisap puting (Manuaba, 2010). Terjadi seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, *oral trush* (moniliasis/sariawan), *diaper rash* (Marmi, 2012; 76).

3) Riwayat Antenatal

Pemeriksaan antenatal dilakukan setiap 4 minggu sampai kehamilan 28 minggu. Selanjutnya pemeriksaan dilakukan setiap 2 minggu sampai usia 36 minggu dan sesudah 36 minggu setiap minggu (Wiknjosastro, 2005:156). Menurut Saifuddin (2012:100) kehamilan cukup bulan ialah usia 37-40 minggu. Untuk melindungi janin yang akan dilahirkan terhadap tetanus neonatorum dianjurkan untuk diberikan toxoid tetanus pada ibu hamil (Wiknjosastro, 2005:162).

4) Riwayat natal

Usia kehamilan aterm (37-40 minggu) Kala I berlangsung 12 jam pada primigravida kemudian pada multigravida berlangsung 8 jam (Manuaba, 2010:37) Kala II pada primigravida berlangsung 2 jam sedangkan pada multi 1 jam (Mochtar, 2015,72). Bayi lahir aterm dengan berat 2500-4000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, gerak aktif dan tidak ada kelainan congenital (cacat bawaan) dengan umur kehamilan 37-42 minggu, mempunyai APGAR skor 8-10 (Manuaba, 2010: 249). Setelah bayi lahir dilakukan IMD dengan kontak kulit bayi dengan kulit ibu selama 1 jam (Wiknjosastro, 2014:126).

5) Riwayat Post natal

Riwayat bayi sejak lahir harus ditinjau ulang, termasuk pola menyusui, berkemih, defekasi, tidur, dan menangis. Tanda vital, medikasi yang diberikan pada bayi baru lahir dan hasil laboratorium (Walsh, 2012; 368). Meninjau catatan kelahiran bayi tentang tanda-tanda vital dan perilaku bayi baru lahir. Perilaku positif antara lain menghisap, kemampuan untuk makan, kesadaran, berkemih, dan mengeluarkan mekonium. Perilaku mengkhawatirkan meliputi gelisah, letargi, aktivitas menghisap yang buruk atau

tidak ada, dan tangisan yang abnormal (Varney *et al*, 2007; 917).

6) Pola Kebiasaan Sehari-hari

a) Nutrisi

Kebutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuha selama dua bulan pertama adalah sekita 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energi sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marmi, 2012: 379).

Untuk peningkatan kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonatus dapat dilihat pada

Tabel 2.20
Kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonates

Hari Kelahiran	Cairan/kg/hari	Kalori/kg/hari
Hari ke 1	60 ml	40 kal
Hari ke 2	70 ml	50 kal
Hari ke 3	80 ml	60 kal
Hari ke 4	90 ml	70 kal
Hari ke 5	100 ml	80 kal
Hari ke 6	110 ml	90 kal
Hari ke 7	120 ml	100 kal
Hari ke > 10	150-200 ml	>120 kal

Sumber: Saifuddin, ,2012: 380

Menurut Walsh (2012:375) bayi menyusu setiap 1-8 jam. Frekuensi meningkat dengan cepat antara hari 3-7 setelah kelahiran

b) Eliminasi

(1) Buang air kecil (BAK)

BAK bayi normalnya mengalami berkemih 7 sampai 10 kali per hari. Untuk menjaga bayi agar tetap bersih, hangat dan kering maka setelah BAK harus diganti popoknya. Biasanya terdapat urine dalam jumlah yang kecil pada kandung kemih bayi saat lahir, tetapi ada kemungkinan urine tidak dikeluarkan selama 12-24 jam.

(2) Buang air besar (BAB)

Bayi yang pencernaannya normal akan BAB pada 24 jam pertama dan dalam 4 hari. BAB pertama ini disebut mekonium. Feses pertama ini biasanya berwarna hijau kehitaman dan lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel (Marmi, 2012: 77).

Pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa (Marmi, 2012: 314). Feses pertama ini berwarna hijau kehitaman, lengket serta mengandung

empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel. Sejak hari ke tiga hingga ke lima kelahiran, feses mengalami tahap transisi dan menjadi berwarna kuning kecoklatan (Fraser and Cooper, 2009: 711). BAK bayi normalnya mengalami berkemih 8 sampai 10 kali atau popok kotor per hari (Walsh, 2012: 378).

c) Pola tidur

Bayi baru lahir biasanya akan tidur pada sebagian besar waktu diantara waktu makan, namun akan waspada dan beraksi ketika terjaga, ini adalah hal yang normal dalam 2 minggu pertama. Perlahan bayi sering terjaga diantara waktu menyusui (Dewi, 2011: 26).

Tabel 2.21
Perubahan pola tidur bayi

Usia	Lama Tidur
1 minggu	16,5 jam
1 tahun	14 jam
2 tahun	13 jam
5 tahun	11 jam
9 tahun	10 jam

Sumber : (Dewi, 2011: 29)

d) Aktivitas

Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam perhari, bergantung pada temperamen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok

basah, suhu ekstrim, dan stimulasi berlebihan (Walsh, 2012; 378).

e) Personal Hygiene

Kulit bayi baru lahir sangat rentan mengering. Kulit kering yang berlebihan pada bayi menyebabkan ketidaknyamanan dan dermatitis popok (Walsh, 2007: 368).

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu (Walsh, 2012:377). Perawatan tali pusat ialah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. cuci tangan dengan sabun sebelum merawat tali pusat (Saifuddin, 2009:370)

7) Riwayat Psikososial dan Budaya

Kontak awal ibu dengan bayi setelah kelahiran melalui sentuhan, kontak mata, suara, aroma, bioritme akan terbentuk ikatan kasih sayang antara ibu dan orang tua (Marmi, 2011: 207).

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum dan kesadaran

Untuk mengetahui keadaan umum bayi meliputi tingkat kesadaran (sadar penuh, apatis, gelisah, koma) gerakan yang ekstrem dan ketegangan otot.

b) Tanda-tanda vital

(1) Suhu

Suhu tubuh bayi diukur melalui dubur atau ketiak (Saifuddin, 2009: 138). Suhu bayi baru lahir dapat dikaji di berbagai tempat dengan jenis termometer yang berbeda-beda. Dianjurkan bahwa suhu rektal dan aksila tetap dalam rentang $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$ dan suhu kulit abdomen dalam rentang $36-36,5^{\circ}\text{C}$ (Varney *et al*, 2008: 882).

Suhu rektal menunjukkan suhu inti tubuh, suhu aksila normalnya 1° (lebih dingin dari suhu inti tubuh yaitu $36,5^{\circ}\text{C}-37,5^{\circ}\text{C}$) (Walsh, 2012: 369).

Suhu aksila $36,5^{\circ}\text{C}-37^{\circ}\text{C}$ sedangkan suhu kulit $36^{\circ}\text{C}-36,5^{\circ}\text{C}$ (Fraser dan Cooper, 2009: 710).

(2) Pernapasan

Bayi baru lahir selama 1 menit penuh dengan mengobservasi gerakan naik turun perut bayi. Pernafasan bayi dapat naik turun, semakin lambat atau semakin

cepat dari waktu ke waktu, kondisi ini normal. Pada pernapasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi dan eskpirasi (Saifuddin, 2009: 135). Frekuensi rata-rata 40 kali per menit. Rentang 30-60 kali per menit. Pernapasan merupakan pernapasan diafragma dan abdomen (Varney, 2007: 717).

(3) Nadi

Bunyi jantung pada menit-menit pertama kira-kira 180 kali/menit yang kemudian turun sampai 120-140kali/menit pada waktu bayi berumur 30 menit (Wiknjosastro, 2009:255)

(4) APGAR SCORE

Tabel 2.22
APGAR Score

Tanda	Nilai : 0	Nilai : 1	Nilai : 2
Appearance (warna kulit)	Pucat/biru seluruh tubuh	Tubuh merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse (denyut jantung)	Tidak ada	< 100	>100
Grimace (tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
Activity (aktivitas)	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menangis
Respiration (pernapasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis

Sumber :Rahayu (2017)

Skor Apgar dinilai pada menit pertama , menit kelima , dan menit kesepuluh setelah bayi lahir , untuk mengetahui perkembangan keadaan bayi tersebut .

Namun dalam situasi tertentu , Skor Apgar juga dinilai pada menit ke 10 , 15 , dan 20 , hingga total skor 10 . (Sujiyatini , 2011).

(a) Appearance (warna kulit) :

Menilai kulit bayi . Nilai 2 jika warna kulit seluruh tubuh bayi kemerahan , nilai 1 jika kulit bayi pucat pada bagian ekstremitas , dan nilai 0 jika kulit bayi pucat pada seluruh badan (Biru atau putih semua) .

(b) Pulse (denyut jantung) :

Untuk mengetahui denyut jantung bayi , dapat dilakukan dengan meraba bagian atas dada bayi di bagian apeks dengan dua jari atau dengan meletakkan stetoskop pada dada bayi . Denyut jantung dihitung dalam satu menit , caranya dihitung 15 detik , lalu hasilnya dikalikan 4 , sehingga didapat hasil total dalam 60 detik . Jantung yang sehat akan berdenyut di atas 100 kali per menit dan diberi nilai 2 . Nilai 1 diberikan pada bayi yang frekuensi denyut jantungnya di bawah 100 kali per menit . Sementara bila denyut jantung tak terdeteksi sama sekali maka nilainya 0 .

(c) Grimace (respon reflek) :

Ketika selang suction dimasukkan ke dalam lubang hidung bayi untuk membersihkan jalan nafasnya , akan

terlihat bagaimana reaksi bayi . Jika ia menarik , batuk , ataupun bersin saat di stimulasi , itu pertanda responnya terhadap rangsangan bagus dan mendapat nilai 2 . Tapi jika bayi hanya meringis ketika di stimulasi , itu berarti hanya mendapat nilai 1 . Dan jika bayi tidak ada respon terhadap stimulasi maka diberi nilai 0 .

(d) Activity (tonus otot) :

Hal ini dinilai dari gerakan bayi . Bila bayi menggerakkan kedua tangan dan kakinya secara aktif dan spontan begitu lahir , artinya tonus ototnya bagus dan diberi nilai 2 . Tapi jika bayi dirangsang ekstermitasnya ditekuk , nilainya hanya 1 . Bayi yang lahir dalam keadaan lunglai atau terkulai dinilai 0 .

(e) Respiration (pernapasan) :

Kemampuan bayi bernafas dinilai dengan mendengarkan tangis bayi . Jika ia langsung menangis dengan kuat begitu lahir , itu tandanya paru-paru bayi telah matang dan mampu beradaptasi dengan baik . Berarti nilainya 2 . Sedangkan bayi yang hanya merintih rintih , nilainya 1 . Nilai 0 diberikan pada bayi yang terlahir tanpa tangis (diam).

kriteria keberhasilannya adalah sebagai berikut :

- (1) Hasil skor 7-10 pada menit pertama menunjukkan bahwa bayi berada dalam kondisi baik atau dinyatakan bayi normal.
- (2) Hasil skor 4-6 dinyatakan bayi asfiksia ringan sedang , sehingga memerlukan bersihan jalan napas dengan resusitasi dan pemberian oksigen tambahan sampai bayi dapat bernafas normal .
- (3) Hasil skor 0-3 dinyatakan bayi asfiksia berat , sehingga memerlukan resusitasi segera secara aktif dan pemberian oksigen secara terkendali .

Penatalaksanaan apgar score:

- a. Asfiksia berat (nilai APGAR 0-3) :
 - 1) Kolaborasi dalam pemberian suction .
 - 2) Kolaborasi dalam pemberian O2 .
 - 3) Berikan kehangatan pada bayi .
 - 4) Observasi denyut jantung , warna kulit , respirasi .
 - 5) Berikan injeksi vit K , bila ada indikasi perdarahan .
- b. Asfiksia ringan sedang (nilai APGAR 4-6) :
 - 1) Kolaborasi dalam pemberian suction .
 - 2) Kolaborasi dalam pemberian O2 .
 - 3) Observasi respirasi bayi .
 - 4) Beri kehangatan pada bayi .

c. Bayi normal (nilai APGAR 7-10) :

- 1) Berikan kehangatan pada bayi .
- 2) Observasi denyut jantung, warna kulit, serta respirasi pada menit selanjutnya sampai nilai apgar menjadi 10

c) Pemeriksaan antropometri

Menurut Dewi 2010 meliputi:

1) Panjang badan

- 1) Panjang bayi diukur dari kepala sampai tumit, dengan keyakinan bahwa kaki terekstensi penuh (Walsh, 2008: 368). Menurut Varney (2008: 921) panjang bayi baru lahir paling akurat dikaji jika kepala bayi baru lahir terlentang rata terhadap permukaan yang keras. Kedua tungkai diluruskan dan kertas di meja diberi tanda. Setelah bayi baru lahir dipindahkan pemeriksaan, bidan kemudian dapat mengukur panjang bayi dalam satuan sentimeter. Panjang badan bayi baru lahir normal adalah 48-52 cm (Dewi, 2010:25).

2) Berat badan

Berat badan bayi rata-rata adalah 2500-4000 gram (Marmi, 2014: 214).

Tabel 2.23
Berat badan normal bayi usia 0-12 bulan

Usia (bulan)	Berat badan (kg)
0	2,7 - 3,0
1	3,4 - 4,0
2	4,0 - 4,7
3	4,5 - 5,4
4	5,0 - 6,0
5	5,5 - 6,5
6	6,0 - 7,0
7	6,5 - 7,5
8	6,8 - 8,2
9	7,3 - 8,5
10	8,0 - 9,5
11	8,2 - 9,7
12	8,2 - 9,7

Sumber: Dewi,2012:112

3) Lingkar kepala: untuk mengetahui pertumbuhan otak (normal 30-38cm).

Ukuran kepala menurut Winkjosastro (2009: 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
- (g) Sirkumferensia suboksipito-bregmatika : 33-34 cm
- (h) Sirkumferensia submento-bregmatika : 32-33 cm

bregmatikus

(i) Sirkumferensia oksipito frontalis : 33-35 cm

(j) Sirkumferensia mento-oksipitalis : 34-35,5 cm

2) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Ubun-ubun besar, ubun-ubun kecil, sutura, moulase, caput succedaneum, cephal hematoma, hidrocephalus.

Tabel 2.24

Perbedaan antara caput succedenum dan cephal hematoma

Kaput succedenum	Sefalhematoma
(1) Muncul pada saat lahir	(1) Muncul beberapa jam setelah lahir
(2) Tidak bertambah besar	(2) Lebih besar hari ke-2 atau ke-3
(3) Hilang dalam beberapa hari	(3) Hilang setelah 6 minggu
(4) Batas tidak jelas	(4) Batas tegas
(5) Kadang-kadang melewati sutura	(5) Tidak pernah lewat sutura
(6) Penyebab: bengkak melewati jaringan lunak	(6) Penyebab : perdarahan subperiosteal
(7) Komplikasi: tidak ada	(7) Komplikasi: ikterus, fraktur, perdarahan intrakranial, syok.

Sumber: (Maryunani ,2008:35)

(1) Rambut

Rambut bayi lembut dan halus, beberapa bayi umumnya tidak memiliki rambut, sedangkan sebagian

bayi lainnya memiliki rambut yang lebat (Fraser dan Cooper, 2009: 709). Ubun-ubun belakang menutup pada minggu ke-6 sampai ke-8. Ubun-ubun depan tetap terbuka hingga bulan ke-18 (Fraser dan Cooper, 2009: 712).

Bayi yang mengalami seborrea akan terdapat ruam tebal berkeropeng berwarna kuning dan terdapat ketombe dikepala (Marmi, 2012: 221).

(2) Muka

Wajah harus tampak simetris. Tekadang wajah bayi tampak asimetris hal ini dikarenakan posisi bayi di intrauteri. Perhatikan kelainan wajah yang khas seperti sindrom down atau sindrom piere robi. Perhatikan juga kelainan wajah akibat trauma lahir seperti laserasi, paresi dan fasialisis (Marmi, 2014:79).

(3) Mata

Pupil harus sama dan reaktif terhadap cahaya, terjadi refleks merah/orange menunjukkan kornea dan lensa normal. Inspeksi bagian iris, untuk mengetahui bagian titik putih pada iris sebagai bercak Brushfield, dikaitkan dengan trisomi 21 (sindrom down). Sklera harus diperiksa adanya hemoragi. Kemerahan pada

konjungtiva dapat mengidentifikasi adanya infeksi (Walsh, 2012: 370).

Diperhatikan adanya tanda-tanda perdarahan berupa bercak merah yang akan menghilang dalam waktu 6 minggu (Saifuddin, 2009: 137).

(4) Hidung

Adakah nafas cuping, kotoran yang menyumbat jalan nafas. pada kasus asfiksia ringan ada pernapasan cuping hidung. (Dewi, 2010)

(5) Mulut

Salivasi tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna (Saifuddin, 2009; 137).

(6) Telinga

periksa hubungan letak dengan mata dan kepala (Indrayani dkk, 2013). Telinga harus menempel pada titik garis horizontal dan kantung luar mata. Kartilago harus keras dan berkembang baik. Pendengaran harus baik. Bayi harus terkejut dengan bunyi keras dan mampu memalingkan perhatian ke arah suara yang dikenalnya (Walsh, 2007).

b) Leher

Periksa adanya pembesaran (Indrayani dkk, 2013). Simetris, tidak teraba masa dan pembesaran tiroid, tidak ada krepitus atau fraktur (Walsh, 2007). Leher bayi biasanya pendek dan harus diperiksa kesimetrisannya. Pergerakan harus baik. Jika terdapat keterbatasan pergerakan kemungkinan ada kelainan tulang leher. Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakialis (Marmi, 2014).

c) Dada

Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernafas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks, paresis diafragma atau hernia diafragma. Pernafasan yang normal dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan. Tarikan sternum atau interkostal pada saat bernafas perlu diperhatikan. Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk baik dan tampak simetris (Marmi, 2012: 58).

Pernafasan diafragma, dada, perut naik dan turun (Fraser dan Cooper, 2009: 710).

d) Punggung

Melihat adanya benjolan/tumor dan tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna (Saifuddin, 2009: 137).

Punggung bayi harus diinspeksi dan dipalpasi dengan posisi bayi telungkup. Jika ada pembengkakan, lesung, atau rambut yang melekat dapat menandakan adanya cacat tulang belakang tersamar (Fraser dan Cooper, 2009: 715).

Bokong harus diregangkan untuk mengkaji lesung dan sinus yang dapat mengindikasikan anomali medula spinalis (Walsh, 2007: 373).

Pada bokong bayi yang mengalami *diaper rash* akan timbul bintik-bintik merah (Marmi, 2012: 215).

e) Abdomen

Palpasi perut apakah ada kelainan dan keadaan tali pusat (Indrayani dkk, 2013). Abdomen harus tampak bulat dan bergerak bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan. Jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat herniadiafragmatika. Abdomen yang membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor lainnya, jika perut kembung kemungkinan adanya enterokolitis fekalis, omfalokel atau ductus omfalokentrikus pasisten (Marmi, 2014).

f) Genetalia

Pada laki-laki testis berada dalam skrotum, penis berlubang pada ujung, sedangkan perempuan vagina dan uretra berlubang (Saifuddin, 2012: N-34). Pada perempuan labia mayora menutupi labia minora (Saifuddin, 2012: N-34) pada bayi premature ada laki-laki testis belum turun dalam skrotum, penis berlubang pada ujung, sedangkan perempuan vagina dan uretra berlubang (Saifuddin, 2012: N-34).

g) Anus

Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya. Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluarkemungkinan adanya mekonium plug syndrom, megakolon atau obstruksi saluran cerna (Marmi, 2012 : 59).

h) Ekstremitas

Ukuran setiap tulang harus proporsional untuk ukuran seluruh tungkai dan tubuh secara umum. Tungkai harus simetris harus terdapat 10 jari. Telapak harus terbuka secara penuh untuk memeriksa jari ekstra dan lekukan telapak tangan. Sindaktili adalah penyatuan atau penggabungan jari-jari, dan polidaktili menunjukkan jari ekstra. Kuku jari harus ada pada setiap jari. Panjang tulang pada ekstremitas

bawah harus dievaluasi untuk ketepatannya. Lekukan harus dikaji untuk menjamin simetrisitas. Bayi yang lahir dengan presentasi bokong berisiko tinggi untuk mengalami kelainan panggul kongenital (Walsh, 2012: 371-372).

3) Pemeriksaan Reflek

Menurut Hidayat (2008) reflek pada bayi baru lahir, antara lain sebagai berikut:

- a) Reflek *morro* yaitu refleksi yang timbul diluar kemauan atau kesadaran bayi. dapat dilakukan dengan cara memukul meja pemeriksaan di dekat kepala bayi.
- b) Reflek *babynsky* dapat dilakukan dengan cara menggores telapak kaki sepanjang tepi luar.
- c) Reflek *tonick neck* yaitu gerakan spontan otot kuduk pada bayi normal dapat dilakukan dengan memutar kepala bayi ke salah satu sisi dengan cepat.
- d) Reflek *rooting* yaitu mencari puting susu dengan rangsang taktil pada pipi dan daerah mulut.
- e) Refleksi *sucking* yaitu reflek menghisap areola putting susu tertekan dagu bayi, lidah dan langit-langit sehingga sinus laktiferus tertekan dan memancarkan ASI.
- f) *Swallowing* refleksi; yaitu refleksi menelan dimana ASI dimulut bayi mendesak otot di daerah mulut dan faring

sehingga mengaktifkan refleks menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung.

g) *Grasping* refleks; bila jari kita menyentuh telapak tangan bayi, maka jari-jarinya akan langsung menggenggam sangat kuat.

h) *Stapping* refleks; reflek kaki secara spontan apabila bayi diangkat tegak dan kakinya satu persatu disentuh pada satu dasar maka bayi seolah-olah berjalan.

i) Refleks Berkedip (*glabellar reflex*) yaitu Pada saat pangkal hidung diketuk secara pelan, bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan perama (Marmi, 2012 : 70).

j) Refleks *galands* yaitu cara mengukurnya dengan gores punggung bayi sepanjang sisi tulang belakang dari bahu sampai bokong. Pada kondisi normal punggung bergerak ke arah samping bila distimulasi, dijumpai pada 4-8 minggu pertama. Kondisi patologis bila tidak adanya refleks menunjukkan lesi *medulaspinalis transversal* (Hidayat, 2008 : 70).

4) Pemeriksaan Penunjang

Untuk menunjang diagnosis penyakit guna mendukung atau menyingkirkan diagnosis lainnya (Nurmalasari,2010).

2. Diagnosa kebidanan

Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik. Kemungkinan masalah hipoglikemi, hipotermi, ikterik, seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, *oral trush*, *diaper rash* (Marmi, 2012; 68).

3. Perencanaan

a. Diagnosa Kebidanan

Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik. Kemungkinan masalah hipoglikemi, hipotermi, ikterik, seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, *oral trush*, *diaper rash* (Marmi, 2012 : 207-229).

Kriteria:

1) Keadaan umum baik

S : 36,5-37,5 °C

N : 120-160 x/menit

RR : 40-60 x/menit

2) Bayi menyusu kuat

3) Bayi menangis kuat dan bergerak aktif

Intervensi menurut Marmi (2012) adalah:

1) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering

R/ Tali pusat yang basah atau lembab dapat menyebabkan infeksi (Wiknjosastro, 2008).

2) Ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orangtua

R/Tanda-tanda bahaya bayi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

- 3) Beri ASI setiap 2 sampai 3 jam.

R/Kapasitas lambung pada bayi terbatas, kurang dari 30 cc untuk bayi baru lahir cukup bulan. ASI diberikan 2-3 jam sebagai waktu untuk mengosongkan lambung (Varney, *et al*, 2007).

- 4) 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.

- 5) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusukurang baik

R/ Suhu normal bayi adalah 36°C - 37°C . Suhu yang tinggi menandakan adanya infeksi.

- 6) Mandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir

R/ Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah (Wiknjosastro, 2008).

b. Masalah

- 1) Masalah I : Hipoglikemi

Tujuan : Hipoglikemi tidak terjadi

Kriteria : Kadar glukosa dalam darah $>45\text{ mg/dL}$ dan tidak

ada tanda-tanda hipoglikemi yaitu kejang, letargi, pernapasan tidak teratur, apnea, sianosis, pucat, menolak untuk minum ASI, tangis lemah dan hipotermi.

Intervensi :

a) Kaji bayi baru lahir dan catat setiap faktor risiko

R/Bayi preterm, bayi ibu dari diabetes, bayi baru lahir dengan asfiksia, stres karena kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk berisiko mengalami hipoglikemi.

b) Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan strip-kimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1–2 jam setelah kelahiran.

R/ Bayi yang berisiko harus dikaji tidak lebih dari 2 jam setelah kelahiran, serta saat sebelum pemberian ASI, apabila terdapat tanda ketidaknormalan dan setiap 2-4 jam hingga stabil.

c) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemi

R/ Tanda-tanda hipoglikemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

d) Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10 % bagi bayi yang berisiko hipoglikemia

R/ Nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglikemia.

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.

2) Masalah II: Hipotermi

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

Kriteria : Suhu bayi 36^5 - 37^{50} °C dan 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).

Intervensi :

a) Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksila atau kulit

R/ Penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh, yang dapat menjadi indikator awal stres dingin.

b) Kaji tanda-tanda hipotermi

R/Selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kematian.

- c) Cegah kehilangan panas tubuh bayi, misalnya dengan mengeringkan bayi dan mengganti segera popok yang basah.

R/Bayi dapat kehilangan panas melalui evaporasi.

3) Masalah III : Ikterik fisiologis

Tujuan : Ikterik tidak terjadi

Kriteria : Kadar bilirubin serum $<12,9$ mg/dL dan tidak ada tanda-tanda ikterus, seperti warna kekuning-kuningan pada kulit, mukosa, sklera, dan urin.

Intervensi :

a) Mengkaji faktor-faktor risiko

R/ Riwayat prenatal tentang imunisasi Rh, inkompatibilitas ABO, penggunaan aspirin pada ibu, sulfonamida, atau obat-obatan antimikroba, dan cairan amnion berwarna kuning (indikasi penyakit hemolitik tertentu) merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat.

b) 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 ensepalopati bilirubin (kern ikterus).

- c) Berikan ASI sesegera mungkin, dan lanjutkan setiap 2-4 jam.

R/ Mekonium memiliki kandungan bilirubin yang tinggi dan penundaan keluarnya mekonium meningkatkan reabsorpsi bilirubin sebagai bagian dari pirau enterohepatik. Jika kebutuhan nutrisi terpenuhi, akan memudahkan keluarnya mekonium (Varney, 2007).

- d) Jemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit.

R/ Menjemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit akan mengubah senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah diekskresikan.

4) Masalah IV : Seborrhea

Tujuan : Tidak terjadi seborrhea

Kriteria : Tidak timbul ruam tebal berkeropeng berwarna kuning di kulit kepala dan kulit kepala bersih dan tidak ada ketombe.

Intervensi menurut Marmi (2012):

- a) Cuci kulit kepala bayi menggunakan shampo bayi yang lembut sebanyak 2-3 kali seminggu. Kulit pada bayi belum bekerja secara sempurna.

R/ Shampo bayi harus lembut karena fungsi kelenjar

b) Oleskan krim *hydrocortisone*.

R/Krim *hydrocortison* biasanya mengandung asam salisilat yang berfungsi untuk membasmi ketombe.

c) Untuk mengatasi ketombe yang disebabkan jamur, cuci rambut bayi setiap hari dan pijat kulit kepala dengan sampo secara perlahan.

R/ Pencucian rambut dan pemijatan kulit kepala dapat menghilangkan jamur lewat seriphan kulit yang lepas.

d) Periksa ke dokter, bila keadaan semakin memburuk.

R/ Penatalaksanaan lebih lanjut.

5) Masalah V : Miliariasis

Tujuan : Miliariasis teratasi

Kriteria : Tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi cairan diseluruh tubuh.

Intervensi menurut (Marmi):

a) Mandikan bayi secara teratur 2 kali sehari

R/ Mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat yang berlebihan

b) Bila berkeringat, seka tubuhnya sesering ungkin dengan handuk, lap kering, atau washlap basah.

R/ Meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat.

c) Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa mengeringkan terlebih dahulu.

R/ Pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat memperparah miliariasis.

d) Kenakan pakaian katun untuk bayi.

R/ Bahan katun dapat menyerap keringat.

e) Bawa pemeriksaan ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal, luka/lecet, rewel dan sulit tidur.

R/ Penatalaksanaan lebih lanjut.

6) Masalah VI : Muntah dan gumoh

Tujuan : Bayi tidak muntah dan gumoh setelah minum

Kriteria : Tidak muntah dan gumoh setelah minum serta bayi tidak rewel.

Intervensi menurut Marmi (2012):

a) Sendawakan bayi selesai menyusui.

R/ Bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui.

b) Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel atau menangis.

R/ Mengurangi masuknya udara yang berlebihan.

7) Masalah VII : *Oral trush*

Tujuan : *Oral trush* tidak terjadi

Kriteria : Mulut bayi tampak bersih

Intervensi menurut Marmi (2012):

a) Bersihkan mulut bayi setelah selesai menyusui menggunakan air matang.

R/ Mulut yang bersih dapat meminimalkan tumbuh kembang jamur *candida albicans* penyebab oral thrush.

b) Bila bayi minum menggunakan susu formula, cuci bersih botol dan dot susu, setelah itu diseduh dengan air mendidih atau direbus hingga mendidih sebelum digunakan.

R/ Mematikan kuman dengan suhu tertentu.

c) Bila bayi menyusui ibunya, bersihkan puting susu sebelum menyusui.

R/ Mencegah timbulnya oral thrush.

8) Masalah VIII : *Diaper rash*

Tujuan : Tidak terjadi *diaper rash*

Kriteria : Tidak timbul bintik merah pada kelamin dan bokong bayi.

Intervensi menurut Marmi (2012):

a) Perhatikan daya tampung dari diaper, bila telah menggantung atau menggelembung ganti dengan yang baru.

R/ Menjaga kebersihan sekitar genitalia sampai anus bayi.

- b) Hindari pemakaian diaper yang terlalu sering. Gunakan diaper disaat yang membutuhkan sekali.

R/ Mencegah timbulnya *diaper rash*.

- c) Bersihkan daerah genetalia dan anus bila bayi BAB dan BAK, jangan sampai ada sisa urin atau kotoran dikulit bayi.

R/ Kotoran pantat dan cairan yang bercampur menghasilkan zat yang menyebabkan peningkatah pH kulit dan enzim dalam kotoran. Tingkat keasaman kulit yang tinggi ini membuat kulit lebih peka, sehingga memudahkan terjadinya iritasi kulit.

- d) Keringkan pantat bayi lebih lama sebagai salah satu tindakan pencegahan.

R/ Kulit tetap kering sehingga meminimalkan timbulnya iritasi kulit.

4. 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 :

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

5. Evaluasi

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

6. Dokumentasi

Kemenkes RI Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 pencacatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang

tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP sebagai berikut :

S : Adalah data subyektif, mencatat hasil pemeriksaan

O : Adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnose 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, dan rujukan. Langkah implementasi, evaluasi dan dokumentasi diatas berlaku untuk semua asuhan.



2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Nifas

1. Pengkajian

Berdasarkan Simatupang (2008) Pengkajian dilakukan dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap (Nurhidayah 2014).

a) Data Subyektif

1) Biodata

a) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak terjadi kekeliruan dalam memberikan penanganan (Ambarwati, 2010:131).

b) 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).

c) Agama

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

d) Pendidikan

Pendidikan yang kurang membuat masyarakat tetap berorientasi pada pengobatan dan pelayanan tradisional sehingga memengaruhi kesejahteraan ibu (Manuaba, 2010:241).

e) Alamat

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

f) Pekerjaan

Pekerjaan ibu yang berat bisa mengakibatkan kelelahan secara tidak langsung dapat menyebabkan involusi dan laktasi terganggu. Pada wanita yang bekerja pada saat menyusui perlu adanya informasi tentang teknis laktasi dan penyimpanan ASI (Marmi, 2012:179)

2) Keluhan utama

Menurut (Varney at al, 2008; 974-977), keluhan yang sering dialami ibu masa nifas antara lain sebagai berikut :

a) *After pain*

Nyeri setelah kelahiran disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri yang lebih berat pada paritas tinggi adalah disebabkan karena terjadi penurunan tonus otot uterus, menyebabkan relaksasi intermitten (sebentar-sebentar) berbeda pada wanita primipara tonus otot uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi.

b) Keringat berlebih

Wanita pascapartum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraseluler selama kehamilan (Varney et all, 2007; 976)

c) Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi, dan stasis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar

hari ke- 3 pascapartum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui, dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam. Nyeri tekan payudara dapat menjadi nyeri hebat terutama jika bayi mengalami kesulitan dalam menyusui. Peningkatan metabolisme akibat produksi air susu dapat menyebabkan peningkatan suhu tubuh ringan.

d) Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut.

e) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum derajat tiga (atau empat).

f) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari, jika terjadi selama kehamilan, hemoroid menjadi tarautatis dan menjadi edema selama wanita mendorong bayi pada kala II persalinan karena tekanan bayi dan distensi saat melahirkan.(Varney, 2008; 977).

3) Riwayat obstetric

a) Riwayat haid

Dengan memberikan ASI kembalinya menstruasi atau haid sulit diperhitungkan dan bersifat individu. Sebagian besar menstruasi kembali setelah 4 sampai 6 bulan. Dalam waktu 3 bulan belum menstruasi, dapat menjamin bertindak sebagai kontrasepsi (Manuaba, 2010:203). Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum mendapatkan lagi haidnya selama meneteki (Saifuddin, 2009:129).

b) 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).

c) 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).

4) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut KB dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi serta rencana KB setelah masa nifas dan beralih ke kontrasepsi apa.

5) Riwayat kesehatan dan penyakit klien

a) Anemia pada kehamilan yang tidak tertangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan : terjadi sub involusi uteri, menimbulkan perdarahan post partum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekompensasi kordis mendadak setelah persalinan, anemia kala nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba, 2010: 240).

b) Penyakit TBC

Ibu dengan tuberculosis aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Manuaba, 2010: 336).

c) Sifilis

Sifilis merupakan penyakit yang disebabkan oleh spirokaeta *Treponema pallidum* yang ditularkan melalui kontak langsung dengan lesi basah yang infeksius. Sifilis kongenital terjadi pada janin atau bayi baru lahir yang ibunya menderita sifilis yang tidak diobati (Benson *et al*, 2013: 337).

d) Penyakit asma

Pada persalinan kala II, diafragma dan paru-paru dapat membantu mempercepat persalinan dengan jalan mengejan dan menahan nafas. Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O₂ dan CO₂ (Manuaba, 2010: 336).

e) Pengaruh penyakit jantung dalam masa pasca persalinan/nifas menurut Manuaba (2010: 337) :

- (1) Setelah bayi lahir penderita dapat tiba-tiba jatuh kolaps, yang disebabkan darah tiba-tiba membanjiri tubuh ibu sehingga kerja jantung sangat bertambah, perdarahan merupakan komplikasi yang cukup berbahaya.
- (2) Saat laktasi kekuatan jantung diperlukan untuk membentuk ASI.

(3) Mudah terjadi infeksi post partum, yang memerlukan kerja tambahan jantung

(4) Ibu yang pernah mengalami episode hipertensi pada kehamilan dapat terus mengalaminya hingga pascapartum (Fraser dan Cooper, 2009: 629).

6) Riwayat kesehatan keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, yaitu apabila ada penyakit keluarga yang menyertainya.

7) Pola Kebiasaan Sehari-hari

a) Nutrisi

Ibu menyusui harus mengkonsumsi 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).

Tabel 2.25
Contoh menu makan ibu nifas

Kebutuhan makan ibu menyusui dalam sehari			
Bahan makanan	Ibu menyusui bayi/ anak		
	Bayi umur 0-6 bulan	Bayi umur 7-12 bulan	Bayi umur 13-24 bulan
Nasi	5 piring	4 ½ piring	4 piring
Ikan	2 ½ potong	2 potong	3 potong
Tempe	5 potong	4 potong	5 potong
Sayuran	2 mangkuk	3 mangkuk	3 mangkuk
Buah	2 potong	2 potong	2 potong
Gula	5 sdm	5 sdm	5 sdm
Susu	1 gelas	1 gelas	1 gelas
Air	8 gelas	8 gelas	8 gelas

Sumber: (Manuaba, 2008:67)

b) Eliminasi

Segera setelah paska salin kandung kemih, odema, mengalami kongesti dan hipotonik, yang dapat menyebabkan overdistensi, pengosongan yang tidak lengkap dan resiko urin yang berlebihan kecuali perawatan diberikan untuk memastikan berkemih secara periodik. Efek persalinan pada kandung kemih dan uretra menghilang dalam 24 jam pertama paska salin, kecuali wanita mengalami infeksi saluran kemih. Dieresis mulai segera setelah melahirkan dan berakhir hingga hari kelima paska salin (Varney, 2008:961).

c) Istirahat

Menggambarkan pola istirahat dan tidur pasien, berapa jam pasien tidur, kebiasaan tidur misalnya membaca, mendengarkan musik, kebiasaan mengkonsumsi obat tidur, kebiasaan tidur siang, penggunaan waktu luang. Istirahat sangat penting bagi ibu nifas karena dengan istirahat yang cukup dapat mempercepat penyembuhan.

d) Aktivitas

Diskusikan pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu, seperti mengurangi rasa sakit pada punggung (Saifuddin, 2009: 127).

e) Personal Hygiene

Data yang perlu dikaji meliputi bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air, mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari, mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya (Saifuddin, 2012: 127)

Penggunaan pakaian agak longgar terutama di daerah dada sehingga payudara tidak tertekan. Daerah perut tidak

perlu ditekan karena tidak mempengaruhi involusi. Pakaian dalam sebaiknya yang menyerap, sehingga lokia tidak memberikan iritasi pada sekitarnya (Manuaba, 2010:202).

f) Hubungan seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti ibu dapat memasukan satu dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri, maka ibu aman untuk memulai hubungan suami istri (Saifuddin, 2009: 128).

g) Pola kebiasaan

Merokok dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah di dalam tubuh, termasuk pembuluh-pembuluh darah pada uterus sehingga menghambat proses involusi, sedangkan alkohol dan narkotika mempengaruhi kandungan ASI yang langsung mempengaruhi perkembangan psikologis bayi dan mengganggu proses bonding antara ibu dan bayi (Manuaba, 2010: 122).

8) Riwayat Psikososial dan Budaya

Kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan, antara lain menghindari makanan berprotein, seperti ikan/telur, penggunaan bebat perut dan penggunaan kantong es batu pada masa nifas (2-4 jam pertama) untuk

menjaga uterus berkontraksi karena merupakan perawatan yang tidak efektif untuk atonia uteri. Memisahkan bayi dari ibunya untuk masa yang lama pada 1 jam setelah kelahiran karena masa transisi adalah masa kritis untuk ikatan batin dan bayi untuk menyusui.

Menurut Saifuddin (2009; 130-131), kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan, antara lain:

- a) Menghindari makanan berprotein, seperti ikan/telur.
- b) Penggunaan bebet perut segera pada masa nifas (2-4 jam pertama).
- c) Penggunaan kantong es batu pada masa nifas (2-4 jam pertama).
- d) Penggunaan kantong es batu atau pasir untuk menjaga uterus berkontraksi karena merupakan perawatan yang tidak efektif untuk atonia uteri.
- e) Memisahkan bayi dari ibunya untuk masa yang lama pada 1 jam setelah kelahiran karena masa transisi adalah masa kritis untuk ikatan batin ibu dan bayi untuk mulai menyusui.
- f) Wanita yang mengalami masa puerperium diharuskan tidur telentang selama 40 hari (Manuaba, 2010; 201).
- g) Kebiasaan membuang susu jolong.

h) Wanita setelah melahirkan tidak boleh melakukan gerakan apapun kecuali duduk bersenden ditempat tidur.

d) Data Objektif

1) Pemeriksaan umum

a) Kesadaran

Meliputi composmentis atau sadar penuh, apatis atau tak acuh terhadap keadaan sekitarnya, samnolen atau koma (Indriasari, 1012:38).

b) Tanda-tanda vital

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, 2008:961)

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama paska salin. Hemoragi, demam selama persalinan, dan nyeri akut atau persisten dapat mempengaruhi proses ini. Apabila denyut nadi diatas 100selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukan adanya infeksi atau hemoragi paska salin lambat (Varney, 2008:961)

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh tetapi lebih dari 38°C. bila terjadi peningkatan melebihi 38°C berturut-turut selama 2 hari yaitu ke 1-2

paska salin, kemungkinan terjadi infeksi (Manuaba, 2010:201).

Napas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kelelahan cairan, eksaserbasi asma, dan embolus paru (Varney, 2008:961).

2) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Untuk mengetahui rambut rontok atau tidak, bersih atau kotor, dan berketombe atau tidak (Sulistyawati, 2012).

(1) Muka

Pada daerah muka di lihat kesimetrisan muka, apakah kulitnya normal, pucat. Ketidak simetrisan muka menunjukkan adanya gangguan pada saraf ke tujuh (nervus fasialis).Apakah terdapat odema atau tidak, muka pucat atau tidak (Hani,dkk, 2011).

(2) Mata

Untuk mengetahui bentuk dan fungsi mata, teknik yang di gunakan inspeksi dan palpasi, mata yang diperiksa semetris apa tidak, kelopak mata, konjungtiva, sklera.

(3) Mulut

Untuk mengetahui bentuk dan kelainan pada mulut lihat warna bibir, apakah ada stomatitis apa

tidak. Untuk mengetahui adanya stomatitis, karies gusi, gusi berdarah atau tidak (Sulistiyawati, 2012).

b) Leher

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

c) Dada

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari beberapa hal berikut yaitu Puting susu pecah/pendek/rata, Nyeri tekan, abses, produksi ASI terhenti, dan pengeluaran ASI (Saifuddin, 2009; 124).

Menunjukkan adanya kolostrum dan penatalaksanaan puting susu pada wanita menyusui (Varney et al, 2007; 969).

Apakah simetris atau tidak, bersih atau tidak, ada benjolan atau tidak. Hal ini untuk mengetahui apakah ada tumor atau kanker.

d) Abdomen

Pada abdomen kita harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan ukuran kandung kemih (Saifuddin, 2009: 124).

Menurut Varney, Kriebs dan Gegor (2007: 1064), pemeriksaan abdomen pascapartum dilakukan selama

periode pascapartum dini (1 jam-5 hari) yang meliputi tindakan berikut :

(1) Pemeriksaan kandung kemih

Dalam memeriksa kandung kemih mencari secara spesifik distensi kandung kemih yang disebabkan oleh retensi urin akibat hipotonisitas kandung kemih karena trauma selama melahirkan. Kondisi ini dapat mempredisposisi wanita mengalami infeksi kandung kemih.

(2) Pemeriksaan uterus

Mencatat lokasi, ukuran, dan konsistensi. Penentuan lokasi uterus dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilikus dan apakah fundus berada pada garis tengah abdomen atau bergeser ke salah satu lokasi dan ukuran saling tumpang tindih, karena ukuran ditentukan bukan hanya melalui palpasi, tetapi juga dengan mengukur tinggi fundus uteri. Konsistensi uterus memiliki ciri keras dan lunak.

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

Pada hari ke dua setelah persalinan tinggi fundus uteri 1 cm dibawah pusat. Pada hari ke 3-4 tinggi fundus uteri 2 cm dibawah pusat. Pada hari 5-7 tinggi fundus uteri setengah pusat simpisis. Pada hari ke 10 tinggi fundus uteri tidak teraba.

Bila uterus tidak mengalami atau terjadi kegagalan dalam proses involusi disebut dengan subinvolusi. Subinvolusi dapat disebabkan oleh infeksi dan tertinggalnya sisa plasenta/perdarahan lanjut (postpartum haemorrhage) (Hani ummi dkk,2010:135)

(3) Evaluasi tonus otot abdomen dengan memeriksa derajat diastasis

Penentuan jumlah diastasis rekti digunakan sebagai alat obyektif untuk mengevaluasi tonus otot abdomen. Diastasis adalah derajat pemisahan otot rektus abdomen (*rektus abdominis*). Pemisahan ini diukur menggunakan lebar jari ketika otot-otot abdomen kontraksi dan sekali lagi ketika otot-otot tersebut relaksasi. Diastasis rekti diukur dengan cara-cara sebagai berikut:

- (a)Atur posisi wanita terbaring terlentang datar tanpa bantal dibawah kepalanya.

(b)Tempatkan ujung-ujung jari salah satu tangan anda pada garis tengah abdomen dengan ujung jari telunjuk anda tepat dibawah umbilikus dan jari-jari anda yang lain berbaris longitudinal kebawah kearah simfisis pubis. Tepi jari-jari anda harus menyentuh satu sama lain.

(c)Meminta wanita menaikkan kepalanya dan berupaya meletakkan dagu didadanya, diarea antara payudaranya dan pastikan wanita tidak menekan tangannya di tempat tidur atau mencengkram matras untuk membantu dirinya, karena hal ini mencegah penggunaan otot-otot abdomen.

(d)Ketika wanita berupaya meletakkan dagunya diantara payudaranya, tekan ujung-ujung jari anda dengan perlahan dekat abdomennya. Anda akan merasakan otot-otot abdomen layaknya dua bebat karet, yang mendekati garis tengah dari kedua sisi. Apabila dia diastasisnya lebar anda perlu untuk menggerakkan jari anda dari sisi kesisi dalam upaya menemukan otot tersebut, meskipun otot sudah dikontraksikan.

(e)Ukur jarak antara dua otot rektus ketika otot-otot tersebut dikontraksi dengan menempatkan jari-jari

anda datar dan paralel terhadap garis tengah dan isi ruang antara otot rektus dengan jari-jari anda. Catat jumlah lebar jari antara sisi median dua otot rektus.

(f) Sekarang tempatkan ujung-ujung jari satu tangan sepanjang salah satu sisi median otot rektus abdomen dan ujung-ujung jari tangan anda yang lain sepanjang sisi median otot rektus abdominus yang lain. Jika diposisikan dengan benar bagian punggung tangan anda harus menghadap satu sama lain pada garis tengah abdomen.

(g) Minta wanita untuk menurunkan kepalanya secara perlahan keposisi bersandar ketempat tidur.

(h) Ketika wanita menurunkan kepalanya otot rektus akan bergerak lebih jauh memisah dan kurang dapat dibedakan ketika otot relaksasi. Ujung-ujung jari anda menutupi otot rektus ketika otot tersebut bergerak memisahkan ke sisi lateral masing-masing pada abdomen. Prasad ini memungkinkan anda untuk tetap mengidentifikasi otot-otot tersebut ketika berada dalam keadaan relaksasi.

(i) Ukur jarak antara kedua otot rektus ketika dalam keadaan relaksasi sebagaimana anda mengukurnya

pada saat kontraksi. Catat jumlah lebar jari diantara tepi median kedua otot rektus.

- (j) Catat hasil pemeriksaan anda sebagai suatu pecahan yang didalamnya pembilang mewakili lebar diastasis dalam hitungan lebar jari ketika otot-otot mengalami kontraksi dan pembagi mewakili lebar diastasis dalam hitungan lebar jari ketika otot-otot relaksasi misalnya diastasis yang ukurannya dua lebar jari ketika otot-otot berkontraksi dan lima lebar jari ketika otot-otot relaksasi akan dicatat sebagai berikut : diastasis = $2/5$ jari. Rangkaian pengukuran tersebut dapat tertulis sebagai berikut: diastasis = dua jari ketika otot-otot berkontraksi dan lima jari ketika otot-otot relaksasi.

- (4) Memeriksa adanya nyeri tekan CVA (*Costovertebral Angel*). Nyeri yang muncul diarea sudut CVA merupakan indikasi penyakit ginjal.

e) Genetalia

Mengkaji seperti apakah ada masalah dalam buang air kecil, adanya luka, bengkak maupun nyeri pada genetalian (Tambunan dkk, 2011).

Lokhea dibedakan menjadi 4 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya:

1. Lokhea rubra/merah

Lochea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa pot partum. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan mekonium.

2. Lokhea sanguinolenta

Lochea ini berwarna merah kecoklatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 post partum.

3. Lokhea serosa

Lochea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14

4. Lokhea alba/putih

Lochea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lochea alba ini dapat berlangsung selama 2-6 minggu post partum.

Lochea yang menetap pada awal periode post partum menunjukkan adanya tanda-tanda perdarahan sekunder yang mungkin disebabkan oleh tertinggalnya sisa atau selaput plasenta. Lochea alba atau serosa yang berlanjut

dapat menandakan adanya endometritis, terutama bila disertai dengan nyeri pada abdomen dan demam. Bila terjadi infeksi, akan keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan “lokhea purulenta.” Pengeluaran lokhea yang tidak lancar disebut dengan “lokhea stratis”.

(Sulistyawati,2009:97)

f) 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).

3) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat *Sahli*. Hasil pemeriksaan Hb dengan *Sahli* dapat digolongkan sebagai berikut : Tidak anemia jika Hb 11 g%, anemia ringan jika Hb 9-10 g%, anemia sedang jika Hb 7-8, anemia berat jika Hb < 7 gr% (Manuaba, 2010: 239).

2. Diagnosa kebidanan

Diagnosa P...A... hari ... post partum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak baik menurut keputusan Menkes RI NO.97 TH 2014. Menurut 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:

- a) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- b) Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien
- c) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan

Diagnosa Kebidanan:

P₁>A_{PIAH}... hari... postpartum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak baik. P₁>A_{PIAH}, postpartum hari ke ..., laktasi lancar, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembengkakan payudara. (Sulistyawati, 2009:156).

3. Perencanaan

Diagnosa : P_{A_{PIAH}}, post partum hari ke, laktasi lancar, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah

gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembengkakan payudara

Tujuan : Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi bagi ibu dan bayi.

Kriteria :

a) Keadaan umum : kesadaran komposmetis (Manuaba, 2010; 114).

b) Kontraksi uterus baik (bundar dan keras)

c) Tanda-tanda vital:

T : 110/70-130/90 mmHg

N : 60-80 x/menit

S : 36-37,5⁰C

R : 16-24x/menit

d) Laktasi normal

Menurut Marmi (2015; 32) ASI dibedakan menjadi 3 stadium:

a) Kolostrum merupakan cairan yang pertama kali disekresi oleh kelenjar payudara mulai dari hari pertama sampai hari ketiga atau keempat pasca persalinan. Kolostrum berwarna kekuning-kuningan, viskositas kental, dan lengket. Mengandung tinggi protein, mineral, garam,

vitamin A, nitrogen, sel darah putih, dan anti bodi yang tinggi.

- b) ASI transisi atau perlihan diproduksi pada hari keempat sampai kesepuluh warna putih jernih. Kadar imunoglobulin dan protein menurun, sedangkan lemak dan laktosa meningkat.
- c) ASI matur merupakan ASI yang disekresi pada hari kesepuluh sampai seterusnya berwarna putih. Kandungan ASI matur relatif konstan tidak menggumpal bila dipanaskan.
- d) Involusi uterus normal

Tabel 2.26
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)

- e) 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).

f) KU bayi baik

R: 30-60 x/menit

S: 36,5-37,5°C

Intervensi :

a) Lakukan pemeriksaan TTV, KU, laktasi, involusi, dan lochea.

R/ Menilai status ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi

b) Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya.

R/ Menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap substansi/zat dari makan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan (Saifuddin, 2010; 377).

c) Anjurkan ibu untuk tetep menjaga nutrisinya.

R/ Untuk mengembalikan energy, menjaga keseimbangan cairan serta mengembalikan cadangan zat besi tubuh yang banyak hilang saat persalinan.

d) Jelaskan pada ibu mengenai senam nifas.

R/ Latihan yang tepat untuk memulihkan kondisi ibu dan keadaan secara fisiologis maupun psikologis

e) Beri konseling ibu tentang KB pascasalin.

R/ Untuk menjarangkan anak (Mochtar, 2012; 89)

f) Anjurkan ibu untuk mengimunisasikan bayinya.

R/ Untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan.

Masalah :

a) Konstipasi

Tujuan : Masalah eliminasi BAB teratasi tidak terjadi konstipasi

Kriteria : Ibu bisa BAB dengan lancar.

Intervensi menurut Purwanti (2012; 88), antara lain :

(1) Berikan penjelasan kepada pasien mengenai pentingnya BAB sedini mungkin setelah melahirkan.

R/ Pasien tidak akan menahan diri untuk BAB jika terasa.

(2) Yakinkan pasien bahwa jongkok dan mengejan ketika BAB tidak akan menimbulkan kerusakan pada luka jahitan.

R/ Menghilangi rasa takut pada pasien untuk melakukan buang air.

(3) Anjurkan pasien untuk banyak minum air putih serta makan sayur dan buah.

R/ Membantu memperlancar eliminasi BAB.

b) Miksi

Tujuan : Masalah eliminasi BAK teratasi tidak terjadi retensio
urine

Kriteria : Ibu bisa BAK dengan lancar

Intervensi menurut Purwanti (2012; 89)

- (1) Berikan penjelasan kepada pasien mengenai pentingnya BAK
sedini mungkin setelah melahirkan.

R/ Pasien tidak akan menahan diri untuk BAK jika terasa

- (2) Jelaskan pada ibu bahwa dengan BAK tidak mempengaruhi
luka jahitannya.

R/ Mengurangi ketakutan pada ibu.

c) 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 Bahiyatun (2009; 122), sebagai berikut:

- (1) Observasi luka jahitan

R/ mengkaji jahitan perineum

- (2) Letakkan kntong es di daerah genital ± 20 menit dan lakukan
2 atau 3 kali sehari

R/ Untuk mengurangi rasa nyeri

- (3) Lakukan latihan Kegel

R/ Untuk meningkatkan sirkulasi di daerah tersebut dan membantu memulihkan tonus otot

- (4) Berikan parasetamol/asetaminofen bila perlu untuk mengurangi nyeri

R/ analgesik berfungsi untuk mengurangi nyeri.

d) *After pain* atau kram perut

Tujuan : Masalah kram perut teratasi

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu

Intervensi menurut Bahiyatun (2009; 123-124), antara lain:

- (1) Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih secara rutin supaya tidak penuh.

R/ Kandung kemih yang penuh menyebabkan kontraksi uterus tidak optimal dan berdampak pada nyeri *after pain*.

- (2) Sarankan ibu untuk tudung dengan posisi telungkup dan bantal di bawah perut.

R/ Posisi ini menjaga kontraksi tetap baik dan menghilangkan nyeri.

- (3) Jika perlu berikan analgesik (parasetamol, asam mefenamat, kodein, atau asetaminofen).

R/Meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang.

e) Pembengkakan payudara

Tujuan : Setelah diberi asuhan, masalah pembengkakan payudara teratasi

Kriteria : Payudara tidak bengkak, kulit payudara tidak mengkilat dan tidak merah, payudara tidak nyeri, tidak terasa penuh dan tidak keras

Intervensi menurut Bahiyatun (2009; 124), antara lain:

- (1) Anjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin atau 2-3 jam sekali

R/ Sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara.

- (2) Anjurkan ibu untuk menyusui di kedua payudara

R/ Menyusui di salah satu payudara dapat membuat payudara yang lain menjadi bengkak.

- (3) Gunakan air hangat pada payudara, dengan menempelkan kain atau handuk yang hangat pada payudara.

R/ Air hangat dapat merelaksasi otot payudara supaya tidak tegang.

- (4) Gunakan bra yang kuat untuk menyangga dan tidak menekan payudara.

R/ Bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah pembengkakan dan nyeri yang dialami.

- (5) Jika payudara masih terasa penuh, lakukan pengeluaran ASI secara manual.

R /Pengsongan payudara secara manual dapat membantu mengurangi pembengkakan payudara.

- (6) Berikan terapi parasetamol/asetaminofen.

R/ Terapi parasetamol/asetaminofen dapat mengurangi nyeri.

f) Bendungan ASI

Tujuan : Setelah diberi asuhan, masalah Bendungan ASI teratasi

Kriteria : payudara terasa panas, dan nyeri pada saat menyusui
Intervensi menurut Saifudin, (2009; 644), 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 dihisab secara sempurna oleh bayi

(5) Anjurkan menggunakan BH yang menopang payudara

R/ Bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah bendungan dan nyeri yang dialami.

4. 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 :

- a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
- b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*Inform consent*).
- c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*.
- d. Melibatkan klien/pasien.
- e. Menjaga *privacy* klien/pasien.
- f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.

- g. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
- h. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- i. Melakukan tindakan sesuai standar.
- j. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

5. Evaluasi

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

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

6. Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI NOMOR 938/Menkes/SK/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas

mengenai keadaan yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan

Dengan Kriteria :

a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia

b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

S : adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa

O : adalah data obyektif, mencatat hasil anamnesa

A : adalah hasil analisa, mencatat seluruh perencanaan dan masalah kebidanan

P : adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif : penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

2.2.5 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Akseptor KB

1. Pengkajian

a. Data Subyektif

1) Biodata

a) Nama

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

b) Umur

Wanita dan laki-laki usia 20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk menjarangkan kehamilan, dan usia 35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifudin, 2012:U-9).

c) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontap, suntikan KB, susuk KB atau AKBK (alat susuk bawah kulit), AKDR (Manuaba, 2012:592).

d) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak diduga (Glasier, 2006:18).

e) Alamat

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

2) Keluhan utama

Keluhan utama pada ibu paska salin menurut (Saifudin, 2010:U-9) adalah ibu usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan dan usia 35 tahun tidak ingin hamil lagi.

3) Riwayat Menstruasi

Untuk mengetahui menarche, siklus haid, lamanya, jumlah darah yang dikeluarkan dan pernahkah dismenorhoe. (Nursalam, 2008)

4) Riwayat obstetri

Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalinan insersi implan dapat dilakukan setiap saat. Bila menyusui penuh, klien tidak perlu memakai metode kontrasepsi lain. Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, insersi dapat dilakukan setiap saat tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja (Affandi, 2012 : MK-68).

Pada metode KB MAL, ketika ibu mulai haid lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan metode KB lainnya (Affandi, 2012 : MK-4).

Wanita dengan durasi menstruasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efek estrogen yang rendah (Manuaba, 2010).

5) Riwayat Kehamilan, Persalinan, 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. Pasien yang tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septik tidak boleh menggunakan kontrasepsi IUD (Saifuddin, 2006).

6) 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 mengetahui tanda-tanda bahaya dari IUD, ketidakmampuan untuk memeriksa sendiri ekor IUD merupakan kontra indikasi untuk KB IUD (Hartanto, 2013).

7) Riwayat kesehatan dan penyakit klien

a) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat

kanker payudara, diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke (Affandi, 2012).

b) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah $< 180/110$ mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (*sickle cell*)

c) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin

8) Pola Kebiasaan Sehari-hari

a) Nutrisi

DMPA merangsang pusat pengendali nafsu makan di hipotalamus, yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak dari biasanya (Hartanto, 2010).

b) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot (Hartanto, 2015).

c) Istirahat

Gangguan tidur yang dialami ibu akseptor KB suntik sering disebabkan karena efek samping dari KB suntik tersebut (mual, pusing, sakit kepala) (Saifuddin, 2010).

d) Personal Hygiene

Dikaji karena kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Kebersihan tubuh, pakaian dan lingkungan sangat penting untuk tetap dijaga (Saleha,2009).

e) Hubungan seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido.

f) Pola kebiasaan

Merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah resiko dengan terjadinya miokardinfark, stroke dan keadaan trombo-embolik (Hartanto, 2015). Ibu yang menggunakan obat Tuberculosis (*rimfapisin*) Atau obat untuk *epilepsy* (*fenitoin* dan *barbiturat*) tidak boleh menggunakan pil progestin (Saifudin, 2012).

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan umum

Suntikan progestin dan implant dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah 180/110 mmHg (Saifudin, 2012).

Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Faser dan Cooper, 2009)

a) Pemeriksaan antropometri

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, 2010).

Permasalahan berat badan merupakan efek samping penggunaan kontrasepsi hormonal, terjadi peningkatan atau penurunan berat badan (Saifuddin, 2006).

2) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Meliputi warna, mudah rontok atau tidak dan kebersihannya.

(1) Muka

Timbul birsutisme (tumbuh rambut/ bulu berlebihan di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Saifuddin, 2006).

(2) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin (Saifuddin, 2010).

Akibat terjadi perdarahan hebat memungkinkan terjadinya anemia dalam pemeriksaan konjungtiva palpebral pucat (Saifuddin, 2010).

b) Dada

Kontrasepsi suntikan tidak menambah resiko terjadinya karsinoma seperti karsinoma payudara atau serviks, namun progesteron termasuk DMPA, digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2010).

Keterbatasan pada penggunaan KB progestin dan implan akan timbul nyeri pada payudara. Terdapat benjolan/ kanker payudara atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implan (Saifuddin, 2006).

c) Abdomen

Peringatan khusus bagi pengguna implant bila disertai nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010).

d) Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan pendarahan, pendarahan bercak dan amenorrhea (Hartanto, 2015). Efek samping yang umum terjadi dari penggunaan AKDR antara lain mengalami haid yang lebih lama dan banyak, pendarahan (spotting) antar menstruasi, dan komplikasi lain dapat menyebabkan pendarahan hebat pada waktu haid (Saifudin, 2012:MK-75)

e) Ekstremitas

Pada pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan (Saifuddin, 2010).

Ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan AKDR (Saifuddin, 2010).

Untuk kontrasepsi IUD, selain dilakukan pemeriksaan fisik juga dilakukan pemeriksaan inspekulo dan bimanual untuk penapisan, sebagaimana diuraikan oleh Siswishanto (2004) sebagai berikut :

(1) Pemeriksaan inspekulo

Dilakukan untuk mengetahui adanya lesi atau keputihan pada vagina. Selain itu juga untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda-tanda kehamilan.

(2) Pemeriksaan bimanual

Pemeriksaan bimanual dilakukan untuk :

- (a) Memastikan gerakan serviks bebas
- (b) Menentukan besar dan posisi uterus
- (c) Memastikan tidak ada tanda kehamilan
- (d) Memastikan tidak ada tanda infeksi atau tumor pada adneksa.

2. Diagnosa kebidanan

P_{APIAH} usia 15-49 tahun, anak terkecil usia tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik, dengan kemungkinan masalah mual, sakit kepala, *amenorhea*, perdarahan/bercak, nyeri perut bagian bawah, perdarahan pervaginam, Prognosa baik.

3. Perencanaan

- a. Diagnosa : P_{APIAH} usia 15-49 tahun, anak terkecil usia tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik. Prognosa baik.

Tujuan :

- 1) Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif.
- 2) Pengetahuan ibu tentang macam-macam, carakerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah.

- 3) Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya.

Kriteria :

- 1) Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas.
- 2) Ibu memilih salah satu KB yang sesuai.
- 3) Ibu terlihat tenang.

Intervensi menurut Saifuddin (2010) :

- 1) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.
R/ Meyakinkan klien membangun rasa percaya diri.
- 2) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).
R/ Dengan mengetahui informasi tentang diri klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien.
- 3) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontraindikasi.
R/ Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang dia inginkan
- 4) Bantulah klien menentukan pilihannya.
R/ Klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

- 5) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.

R/ Penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien

- 6) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.

R/ Penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

- 7) Pesankan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang.

R/ Kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan alat kontrasepsi

b. Masalah I : *Amenorhea*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria : Ibu bisa beradaptasi dengan keadaanya

Intervensi menurut Dyah dkk (2011) :

- 1) Pastikan hamil atau tidak, bila tidak hamil perlu tindakan khusus.

R/ Jika pasien hamil berarti adalah kegagalan KB

- 2) Bila amenorea berlanjut atau hal tersebut membuat klien khawatir, rujuk ke klinik.

R/ mendapatkan pelayanan lebih.

3) Bila hamil, hentikan pil dan kehamilan dilanjutkan.

R/ minipil dapat menimbulkan kelainan jika dikonsumsi saat hamil.

4) Jangan memberikan obat-obat hormonal untuk menimbulkan haid. Walaupun diberikan tidak akan ada gunanya.

R/ Dengan memberikan obat hormonal dapat mempengaruhi proses menstruasi.

5) Bila klien tetap saja tidak menerima kejadian tersebut, perlu dicari metode kontrasepsi lain.

R/ Memberikan kenyamanan pada klien.

c. Masalah II : Pusing

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, pusing dapat teratasi dan ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya.

Kriteria : Tidak merasa pusing dan mengerti efek samping dari KB hormonal

Intervensi menurut Saifuddin (2010):

1) Kaji keluhan pusing pasien

R/Membantu menegakkan diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya untuk pengobatan.

2) Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara

R/Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal.

3) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

R/Teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri.

d. Masalah III : kenaikan berat badan

Tujuan : berat badan normal

Kriteria : BB sesuai dengan indek masa tubuh

Intervensi menurut Dyah dkk (2011) antara lain:

1) Jelaskan pada ibu bahwa kenaikan berat badan dalam penggunaan KB hormonal itu wajar.

R/ ibu dapat mengerti penyebab kenaikan berat badannya.

2) Anjurkan ibu untuk mengurangi porsi makan

R/ mencegah penumpukan lemak dalam tubuh

3) Anjurkan ibu untuk melakukan olahraga

R/ dengan olahraga lemak dalam tubuh akan terbakar menjadi energi.

4) Anjurkan ibu untuk mengganti kontrasepsi lain jika ibu merasa tidak nyaman dengan efek yang ditimbulkan KB hormonal

R/ memberikan kenyamanan pada akseptor KB.

e. Masalah IV : Perdarahan bercak/*spotting*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya

Kriteria : Keluhan ibu terhadap masalah bercak atau *spotting* berkurang

Intervensi menurut Saifuddin (2010:47) adalah:

- 1) Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah

R/ Klien mampu mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek menggunakan KB hormonal adalah terjadinya perdarahan bercak/*spotting*.

- 2) Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya.

f. Masalah V : Perdarahan pervaginam yang hebat

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi penggunaan KB

Kriteria : Perdarahan berkurang dan ibu tidak khawatir dengan kondisinya.

Intervensi menurut Dyah (2010):

- 1) Yakinkan klien bahwa jumlah darah haid atau perdarahan diantara haid menjadi lebih banyak pada penggunaan AKDR terutama dalam beberapa bulan pertama.

R/ proses pemasangan AKDR sedikit melukai porsi, apabila klien memiliki riwayat anemia maka dalam proses pembukaan darah akan sedikit sulit.

- 2) Lakukan evaluasi penyebab-penyebab perdarahan lainnya dan lakukan penanganan yang sesuai jika diperlukan.

R/ mengetahui penyebab perdarahan.

- 3) Jika tidak ditemukan penyebab lainnya, beri nosteroidal antiinflamatori (NSAID), seperti ibuprofein) selama 5-7 hari.

R/ Pemberian NSAID dalam meringankan nyeri dan mencegah perdarahan.

- 4) Jika perdarahan masih terjadi dan klien merasa sangat terganggu tawarkan metode pengganti bila klien ingin menghentikan penggunaan AKDR.

R/ Memberikan kenyamanan pada pengguna akseptor KB.

4. Implementasi.

★ Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2007:6).

5. Evaluasi

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

6. Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melakukan pencatatatn secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria :

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia
- b. Ditulis dalam bentuk catatan berkembang SOAP

S : Adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa

O : Adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan

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

penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan

