

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Teori

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

A. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu (10 bulan atau 9 bulan) menurut kalender Internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, di mana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke 13 hingga minggu ke 27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke 28 hingga minggu ke 40) (Prawirohardjo, 2014: 213).

Kehamilan adalah suatu mata rantai yang berkesinambungan yang terdiri dari ovulasi (pematangan sel) lalu pertemuan ovum (sel telur) dan spermatozoa (sperma) terjadilah pembuahan dan pertumbuhan zigot kemudian bernidasi (penanaman) pada uterus dan pembentukan plasenta dan tahap

akhir adalah tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm)
(Manuaba,dkk,2012 : 64).

Kehamilan adalah suatu proses yang terjadi antara perpaduan sel sperma dan ovum sehingga terjadi konsepsi sampai lahirnya janin, lamanya hamil normal adalah 280 hari atau 40 minggu dihitung dari haid pertama haid terakhir (HPHT)
(Wiknjosastro, 2009: 29).

B. Klasifikasi Kehamilan

Kehamilan menurut (Prawirohardjo, 2011:34) diklasifikasikan dalam 3 trimester, yaitu :

1. Trimester ke satu, dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan (0-12 minggu)
2. Trimester kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan (13-27 minggu)
3. Trimester ketiga dari bulan tujuh sampai 9 bulan (28-40 minggu).

C. Fisiologi Kehamilan

1. Konsepsi

Konsepsi adalah pertemuan antara ovum matang dan sperma sehat yang memungkinkan terjadinya kehamilan. Konsepsi ini dapat terjadi jika terpenuhi beberapa kriteria, yaitu sebagai berikut :

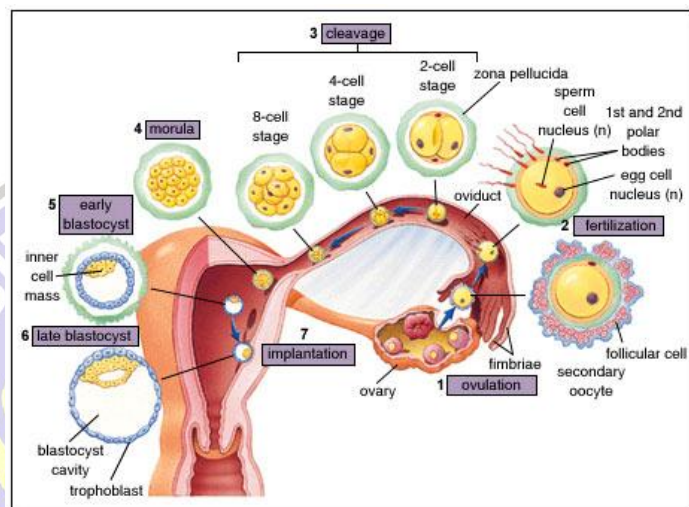
- a) Ovum yang dilepaskan dalam proses ovulasi, diliputi oleh korona radiata yang mengandung persediaan nutrisi.
- b) Ovum dijumpai pada inti dalam bentuk metafase ditengah sitoplasma yang disebut vitelus.
- c) Dalam perjalanannya korona radinata makin berkurang pada zona pelusida. Nutrisi dialirkan ke dalam vitelus, melalui saluran pada zona pelusida.
- d) Konsepsi terjadi pada pars ampularis tuba, tempat yang paling luas yang dindingnya penuh jonjot dan tertutup sel yang mempunyai silia. Ovum mempunyai waktu hidup terlama di dalam ampula tuba.
- e) Ovum siap dibuahi setelah 12 jam dan hidup selama 48 jam. Spermatozoa menyebar, masuk melalui kanalis servikalis dengan kekuatan sendiri. Pada kavum uteri terjadi pelepasan kapasitas yaitu pelepasan lipoprotein dari sperma sehingga mampu mengadakan fertilisasi. Spermatozoa menuju tuba fallopi. Selanjutnya akan mengelilingi ovum yang telah siap dibuahi serta mengikis korona radiata dan zona pelusida dengan proses enzimatis. Melalui stomata sperma masuk ke dalam ovum, setelah kepala masuk ke dalam ovum ekornya akan lepas dan tertinggal di luar. Kedua inti ovum dan inti spermatozoa bertemu dan akan membentuk zigot (Manuaba,2010:67).

f) Agar terjadi kehamilan sebaiknya dilakukan sebelum tepat dihari wanita ovulasi karena sperma dapat hidup sampai tiga hari di dalam vagina. Sedangkan ovum hanya bertahan 12-24 jam setelah dikeluarkan dari ovarium (ovulasi). Kapan wanita mengalami ovulasi dapat dikenali melalui bentuk cairan vagina yang keluar. Jika terlihat bening, banyak, dan licin, maka kemungkinan besar wanita dalam keadaan subur. Cairan vagina secara bertahap akan menjadi kental berwarna putih keruh setelah melewati masa ovulasi. Selain mengamati karakter cairan vagina, ovulasi dapat juga diprediksi melalui perhitungan siklus menstruasi. Wanita mengalami ovulasi pada hari ke-12 sampai ke-14 siklus menstruasi, namun cairan ini kurang dapat digunakan pada wanita dengan siklus menstruasi yang tidak teratur (Sulistyawati,2012:35).

★ Diperkirakan ada 300 juta sperma yang dikeluarkan saat ejakulasi dan yang dapat ditampung oleh bagian belakang vagina, namun dalam perjalanannya hanya beberapa ribu saja yang dapat mencapai tuba fallopi. Lingkungan vagina yang asam dan adanya daya fagosit dari uterus membuat sebagian besar sperma tidak mampu untuk bertahan hidup, yang akhirnya dikeluarkan lagi melalui vagina (Sulistyawati, 2012:35-36).

2. Fertilisasi

Merupakan kelanjutan dari proses konsepsi, yaitu spermatozoa yang bertemu dengan ovum yang terjadi di dalam tuba fallopi. Penyatuan sperma dengan ovum ini akan berubah menjadi zigot (Suririnah, 2009:55).



Gambar 2.1
Fertilisasi

Sumber : <http://ilmudaninfopendidikan.blogspot.com/2016/12/pengertian-dan-proses-fertilisasi.html>

3. Implantasi

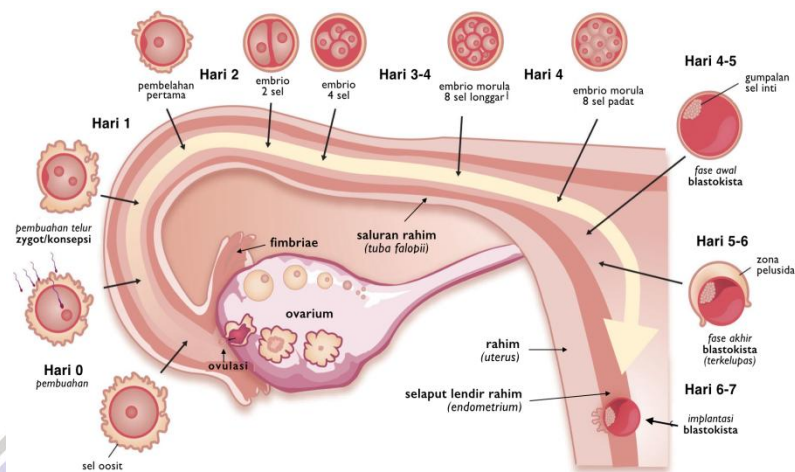
Implantasi adalah masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi ke dalam endometrium. Blastula diselubungi oleh suatu selaput, disebut trofoblast yang mampu menghancurkan atau mencairkan jaringan. Ketika blastula mencapai rongga rahim, jaringan endometrium berada dalam fase sekresi. Jaringan endometrium ini banyak mengandung nutrisi untuk buah kehamilan (Sulistyawati, 2012:37).

Blastulla dengan bagian yang berisi massa sel dalam (inner cell mass) akan mudah masuk kedalam desidua, menyebabkan luka kecil yang kemudian sembuh dan menutup lagi. Itulah sebabnya kadang-kadang pada saat terjadi sedikit perdarahan akibat luka desidua yang disebut dengan tanda Hartman. Umumnya nidasi terjadi pada dinding atau belakang rahim (korpus) dekat fundus uterus (Sulistyawati,2012:37).

Bila nidasi telah terjadi, dimulailah diferensiasi sel-sel blastulla. Sel-sel lebih kecil terletak dekat ruang exocoeloma membentuk entoderm dan yolk sac, sedangkan sel-sel yang lebih besar menjadi endoterm dan membentuk ruang amnion. Terbentuklah suatu lempeng embrional diantara amnion dan yolk sac. Sel-sel trofoblast mesodermal yang tumbuh sekitar mudigah akan melapisi bagian dalam trofoblast, sehingga terbentuklah sekat korionik yang kelak menjadi korion. Sel-sel trofoblast tumbuh menjadi dua lapisan, yaitu *sititrofoblast* (sebelah dalam) dan *sinsiotrofoblast* (bagian luar) (Sulistyawati,2012:46).

Villi korialis ‘yang berhubungan dengan desidua basalis tumbuh bercabang-cabang dan disebut sebagai korion frondosum, sedangkan yang berhubungan dengan desidua kapsularis (korion leave) kurang mendapat makanan sehingga akhirnya menghilang. Dalam peringatan nidasi trofoblast

dihasilkan hormon human chorionic gonadotropin (HCG)
(Sulistyawati,2012:47).



Gambar 2.2
Proses nidasi
Sumber : Winkjosatro, 2015:46

4. Pembentukan plasenta

Plasentasi adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta. Setelah nidasi embrio ke dalam endometrium, plasentasi dimulai. Pada manusia plasentasi berlangsung sampai 12-18 minggu setelah fertilisasi (Saifuddin,2010:145-146).

Terjadinya nidasi mendorong sel blastula mengadakan diferensiasi, sel yang dekat dengan ruangan eksoselom membentuk kantong kuning telur sedangkan sel lain membentuk ruangan amnion, sedangkan plat embrio terbentuk diantara dua ruangan amnion dan kantong kuning telur

tersebut. Ruangan amnion dengan cepat mendekati korion sehingga jaringan yang terdapat diantara amnion dan embrio padat dan berkembang menjadi tali pusat. Vili korealis menghancurkan desidua sampai pembuluh darah vena mulai pada hari ke 10 sampai 11 setelah konsepsi sedangkan arteri pada hari ke 14 sampai 15. Bagian desidua yang tidak dihancurkan akan membentuk plasenta 15-20 kotiledon maternal, pada janin plasenta akan dibagi menjadi sekitar 200 kotiledon fetus dan setiap kotiledon fetus terus bercabang dan mengembang ditengah aliran darah yang nantinya berfungsi untuk memberikan nutrisi dan pembuahan (Manuaba, 2012:82-85).

5. Pertumbuhan dan Perkembangan Janin

a) Bulan ke-0

Sperma membuahi ovum, membelah, masuk di uterus dan menempel pada hari ke-11



Gambar 2.3
Zigot

Sumber: <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembangan-janin-dalam-kandungan>

b) Minggu ke-4/Bulan ke-1

Bagian tubuh embrio yang pertama muncul akan menjadi tulang belakang, otak, dan saraf tulang belakang, jantung, sirkulasi darah dan pencernaan juga sudah terbentuk



Gambar 2.4

Janin 4 minggu

Sumber: <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembangan-janin-dalam-kandungan>

c) Minggu ke-8/Bulan ke-2

Panjang janin 250 mm, jantung mulai memompa darah, raut muka dan bagian utama otak dapat terlihat. Terbentuk telinga, tulang dan otot di bawah kulit yang tipis



Gambar 2.5

Janin 8 minggu

Sumber: <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembangan-janin-dalam-kandungan>

d) Minggu ke-12/Bulan ke-3

Panjang janin 7-9 cm. Tinggi rahim di atas simpisis (tulang kemaluan). Embrio menjadi janin. Denyut jantung terlihat pada USG, mulai ada gerakan. Sudah ada pusat tulang, kuku, ginjal mulai memproduksi urin



Gambar 2.6
Janin 12 minggu

Sumber: <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembangan-janin-dalam-kandungan>

e) Minggu ke 16/Bulan ke-4

Panjang janin 10-17 cm. Berat janin 100 gram. Tinggi rahim setengah atas simpisis-pubis. Sistem muskuloskeletal sudah matang, sistem saraf mulai melakukan kontrol. Pembuluh darah berkembang cepat. Tangan janin dapat menggenggam. Kaki menendang aktif. Pankreas memproduksi insulin. Kelamin luar sudah bisa ditentukan jenisnya.



Gambar 2.7
Janin 16 minggu

Sumber : <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembangan-janin-dalam-kandungan>

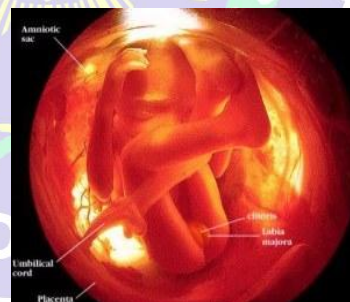
f) Minggu ke-20/bulan ke-5

Panjang janin 18-27 cm. Berat janin 300 gram.

Tinggi rahim setinggi pusat, verniks melindungi tubuh,

lanugo menutupi tubuh dan menjaga minyak pada kulit.

Terbentuk alis, bulu mata, dan rambut. Janin membuat jadwal teratur tidur, menelan, dan menendang



Gambar 2.8
Janin 20 minggu

Sumber: <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembangan-janin-dalam-kandungan>

g) Minggu ke-24/Bulan ke-6

Panjang janin 28-34 cm. Berat janin 600 gram.
Tinggi rahim di atas pusat. Kerangka berkembang cepat.
Berkembangnya sistem pernafasan



Janin pada 24 minggu

Gambar 2.9

Janin usia 24 minggu

Sumber : <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembangan-janin-dalam-kandungan>

h) Minggu ke-28/Bulan ke-7

Panjang janin 35-38 cm. Berat janin 1000 gram.
Tinggi rahim antara pertengahan pusat-prosessus xifodeus.
Janin bisa bernafas, menelan dan mengatur suhu. Terbentuk surfaktan dalam paru-paru. Mata mulai membuka dan menutup. Bentuk janin dua per tiga saat lahir



Gambar 2.10

Janin usia 28 minggu

Sumber: <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembangan-janin-dalam-kandungan>

i) Minggu ke-32/ bulan ke-8

Panjang janin 42,5 cm. Berat janin 1700 gram. Tinggi rahim dua per tiga di atas pusat. Simpanan lemak berkembang di bawah kulit. Janin mulai menyimpan zat besi, kalsium, dan fosfor. Kulit merah dan gerak aktif



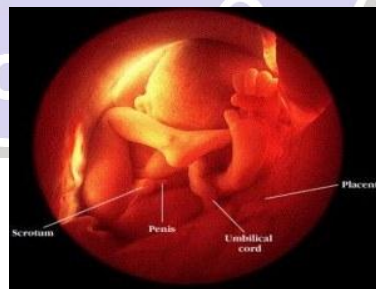
Gambar 2.11

Janin usia 32 minggu

Sumber : <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembangan-janin-dalam-kandungan>

j) Minggu ke-36/Bulan ke-9

Panjang janin 46 cm. Berat janin 2500 gram. Tinggi rahim setinggi prosessus xifoideus. Kulit penuh lemak, organ sudah sempurna



Gambar 2.12

Janin usia 36 minggu

Sumber: <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembangan-janin-dalam-kandungan>

k) Minggu ke-40/Bulan ke-10

Panjang janin 50 cm. Berat janin 3000 gram. Tinggi rahim dua jari di bawah prosesus xifodeus. Kepala janin masuk PAP (Pintu Atas Panggul), kuku panjang, testis telah turun untuk laki-laki, untuk perempuan labia mayora menutupi labia minora. Kulit halus hampir tidak ada lanugo



Gambar 2.13

Janin usia 40 minggu

Sumber : <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembangan-janin-dalam-kandungan>

Tabel 2.1
Perkembangan Fungsi Organ Janin

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

Sumber : (Prawirohardjo, 2010:161)

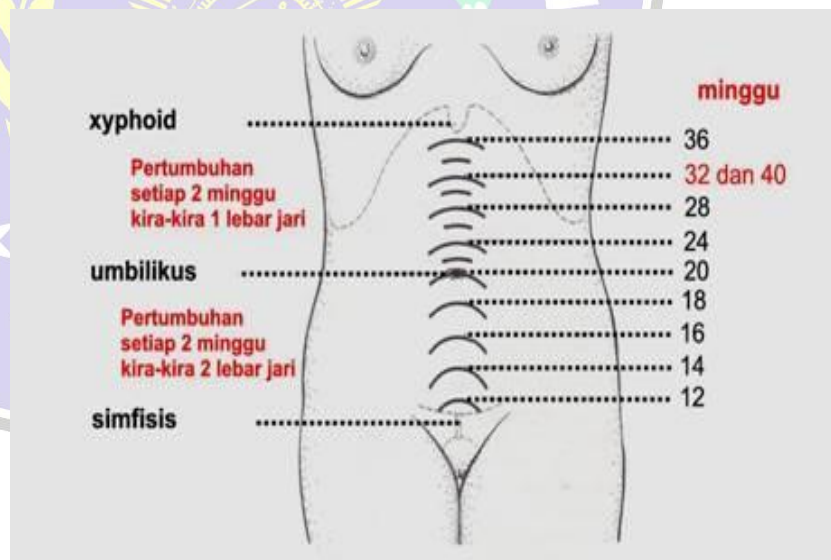
D. Perubahan Fisiologis Kehamilan

1. Sistem reproduksi

a) Uterus

1) Ukuran

Pada kehamilan cukup bulan, ukuran uterus adalah 30x25x20 cm dengan kapasitas lebih dari 400 cc. Hal ini memungkinkan bagi adekuatnya akomodasi pertumbuhan janin. Pada saat ini rahim membesar akibat hipertropi dan hiperlasi otot rahim, serabut-serabut kolagennya menjadi higroskopik, dan endometrium menjadi desidua.



Gambar 2.14

Ukuran uterus sesuai usia kehamilan

Sumber: (<https://oshigita.wordpress.com/2013/10/31/pemeriksaan-palpasi-leopold/>)

Jika penambahan ukuran TFU per tiga jari, dapat dicermati dalam tabel berikut ini

(Sulistyawati,2011:59).

Table 2.2
Penambahan Ukuran TFU per tiga jari

Usia Kehamilan (minggu)	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
12	3 jari di atas simfisis
16	Pertengahan pusat-simfisis
20	3 jari bawah pusat
24	Setinggi pusat
28	3 jari diatas pusat
32	Pertengahan pusat-prosesus xipoides (px)
36	3jari dibawah prosesus xipoides (px)
40	Pertengahan pusat-prosesus xipoides (px)

Sumber : (Sulistyawati,2010:60).

- (1) Berat uterus naik secara luar biasa, dari 30 gram menjadi 1000 gram pada akhir bulan

(Sulistyawati,2011:60) :

- (2) Posisi rahim dalam kehamilan
- Pada permulaan kehamilan, dalam posisi antefleksi atau retrofeksi
 - Pada 4 bulan kehamilan, rahim tetap berada dalam rongga pelvis
 - Setelah itu, mulai memasuki rongga perut yang dalam pembesarannya dapat mencapai batas hati

- d. Pada ibu hamil, rahim biasanya mobile, lebih mengisi rongga abdomen kanan atau kiri (Sulistyawati, 2011:60).

b. Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel juga baru ditunda. Hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium.

Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesteron dalam jumlah yang relative minimal.

Relaksin, suatu hormon protein yang mempunyai struktur mirip dengan insulin dan insulin like growth factor I & II, disekresikan oleh korpus luteum, desisua, plasenta dan hati. Aksi biologi utamanya adalah dalam proses remodeling jaringan ikat pada saluran reproduksi, yang kemudian mengakomodasi kehamilan dan keberhasilan proses persalinan.

Perannya belum diketahui secara menyeluruh, tetapi diketahui mempunyai efek pada perubahan struktur biokimia serviks dan kontraksi miometrium yang akan berimplikasi pada kehamilan preterm

(Prawirohardjo, 2009:178).

c. Vagina

Selama kehamilan peningkatan vaskularisasi dan hiperemia terlihat jelas pada kulit dan otot-otot di perineum dan vulva, sehingga vagina akan terlihat berwarna keunguan yang dikenal dengan tanda chadwick. Perubahan ini meliputi penipisan mukosa dan hilangnya sejumlah jaringan ikat dan hipertropi dari sel-sel otot polos.

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalihan dengan meningkatnya ketebalan mukosa dan hilangnya sejumlah jaringan ikat dan hipertrofi sel otot polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambah panjangnya dinding vagina. Papilla mukosa juga mengalami hipertrofi dengan gambaran seperti paku sepatu.

Peningkatan volume sekresi vagina yang terjadi, dimana sekresi akan berwarna keputihan, menebal dan PH antara 3,5-6 yang merupakan hasil dari peningkatan produksi asam laktat glikogen yang dihasilkan oleh epitel vagina sebagai aksi dari *Lactobacillus acidophilus*

(Prawirohardjo, 2009:178-179).

d. Serviks

Pada kehamilan juga mengalami perubahan karena hormon esterogen. Akibat kadar esterogen meningkat dan dengan adanya hipervaskularisasi serta meningkatnya suplay darah, maka konsentrasi serviks menjadi lunak yang disebut tanda Goodell. Selama minggu-minggu awal kehamilan, peningkatan aliran darah uterus dan limfe mengakibatkan oedema dan kongesti panggul. Akhirnya uterus, serviks, dan ithimus melunak secara progresif dan serviks menjadi kebiruan (tanda *Chadwick*), tanda kemungkinan hamil (Kusmiyati, 2010:89).

2. Kulit

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha. Perubahan ini dikenal dengan nama striae gravidarum. Pada multipara selain striae kemerahan ini seringkali ditemukan garis berwarna perak berkilau yang merupakan sikatrik san striae sebelumnya (Prawirohardjo, 2009:179).

Striae gravidarum adalah garis yang terlihat pada kulit perut wanita hamil. Striae atau guratan, terjadi pada hampir 90% ibu

hamil, guratan di perut ini terjadi akibat peregangan kulit sejalan dengan membesarnya rahim dan dinding perut.

Terdapat 2 macam striae gravidarum yaitu :

- a) Striae livide adalah garis-garis yang warnanya biru pada kulit, karena merupakan striae yang masih baru dan striae ini pada ibu hamil primigravida
- b) Striae albican adalah striae lividae yang menjadi putih mengkilat dan meninggalkan bekas seperti parut/cicatrix, striae ini pada ibu hamil multigravida (Rukiyah,2009:68).

Pada banyak perempuan kulit garis pertengahan perutnya (linea alba) akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut dengan linea nigra. Kadang-kadang akan muncul dengan ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher yang disebut dengan cloasma atau melisma gravidarum. Selain itu, pada areola dan daerah genital juga akan terlihat pigmentasi yang berlebihan. Pigmentasi yang berlebihan itu biasanya akan hilang atau sangat jauh berkurang setelah persalinan.

Perubahan ini dihasilkan dari cadangan melanin pada daerah epidermal dan dermal yang penyebab pastinya belum diketahui. Adanya peningkatan kadar serum melanocyte stimulating hormone pada akhir bulan kedua masih sangat diragukan sebagai penyebabnya. Esterogen dan progesteron

diketahui mempunyai peran dalam melanogenesis dan diduga bisa menjadi faktor pendorongnya (Prawirohardjo,2009:180).

3. Payudara/Mamae

Mamae akan membesar dan tegang akibat hormon somatomamotropin, esterogen, dan progesterone, akan tetapi belum mengeluarkan ASI. Esterogen menimbulkan hipertropi sistem saluran, sedangkan progesterone menambah sel-sel asinus pada mammae.

Somatomamotropin mempengaruhi pertumbuhan sel-sel asinus pula dan menimbulkan perubahan dalam sel-sel sehingga terjadi pembuatan kasein, laktalbumin dan laktoglobulin. Dengan demikian mammae dipersiapkan untuk laktasi. Disamping itu dibawah pengaruh progesterone dan somatomamotropin terbentuk lemak sekitar alveolua-alveolus, sehingga mammae menjadi lebih besar. Papilla mammae akan membesar, lebih tegang dan tambah lebih hitam, seperti seluruh areola mammae karena hiperpigmentasi. Hipertropi kelenjar sebacea (lemak) yang muncul di areola primer disebut tuberkelmontgomery. Glandula montgometri tampak lebih jelas menonjol dipermukaan areola mammae.

Rasa penuh, peningkatan sensitivitas, rasa geli, dan rasa berat di payudara mulai timbul sejak minggu keenam gestasi. Perubahan payudara ini adalah tanda mungkin hamil.

Sensitivitas payudara bervariasi dari rasa geli ringan sampai nyeri tajam.

Peningkatan ini membuat suplai darah ke pembuluh darah dibawah kulit berdilatasi. Pembuluh darah yang sebelumnya tidak terlihat, sekarang terlihat, seringkali tampak sebagai jaringan biru dibawah permukaan kulit. Kongesti vena di payudara lebih jelas terlihat pada primigravida. Striae dapat terlihat dibagian luar payudara (Lalengga, 2013:78).

4. Sirkulasi darah

Pembuluh darah ibu dipengaruhi faktor, antara lain :

- a) Meningkatnya kebutuhan sirkulasi darah sehingga dapat memenuhi kebutuhan perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim.
- b) Terjadi hubungan langsung antara arteri dan vena pada sirkulasi retroplasenter
- c) Pengaruh hormon estrogen dan progesterone makin meningkat.

Akibat dari faktor tersebut dijumpai beberapa perubahan peredaran darah antara lain :

1) Volume darah

Volume darah semakin meningkat dan jumlah serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi pengenceran darah

(hemodelusi), dengan puncaknya pada usia kehamilan 32 minggu. Serum darah (volume darah) bertambah sebesar 25-30% sedangkan sel darah bertambah 20%. Curah jantung akan bertambah sekitar 30%. Bertambahnya hemodelusi darah mulai tampak sekitar usia kehamilan 16 minggu, sehingga penderita penyakit jantung harus berhati-hati untuk hamil beberapa kali. Kehamilan selalu memberatkan kerja jantung sehingga wanita hamil dengan sakit jantung dapat jatuh dalam dekompensasi kordis. Pada postpartum, terjadi hemokonsentrasi dengan puncak hari ke-3 sampai ke-5 (Manuaba,2010:98).

2) Sel darah

Sel darah merah makin meningkat jumlahnya untuk dapat mengimbangi pertumbuhan janin dalam rahim, tetapi pertambahan sel darah tidak seimbang dengan peningkatan volume darah sehingga terjadi hemodelusi yang disertai anemia fisiologis. Jumlah sel darah putih meningkat hingga mencapai 10.000/ml. Dengan hemodelusi dan anemia fisiologis maka laju endap darah semakin

tinggi dan dapat mencapai 4 kali dari angka normal (Manuaba,2010:99).

5. Sistem respirasi

Pada kehamilan, terjadi juga sistem respirasi untuk memenuhi kebutuhan O₂. Disamping itu, terjadi desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar pada usia kehamilan 32 minggu. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan O₂ yang meningkat, ibu hamil akan bernafas lebih dalam sekitar 20-25% dari pada biasanya (Manuaba,2010:101).

6. Sistem Perkemihan

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

7. Sistem pencernaan

Menurut Djusar dalam buku Ilmu Kebidanan (2009:185), seiring dengan makin membesarnya uterus, lambung dan usus akan tergeser. Perubahan yang nyata terjadi pada penurunan motilitas otot polos pada traktus digestivus. Mual terjadi akibat penurunan asam hidrokloroid dan penurunan motilitas, serta

konstipasi akibat penurunan motilitas usus besar. Gusi akan menjadi lebih hiperemis dan lunak sehingga dengan trauma sedang saja bisa menyebabkan perdarahan. Epulis selama kehamilan akan muncul. Hemorroid juga merupakan salah satu hal yang seiring terjadi akibat konstipasi dan peningkatan tekanan vena pada bagian bawah karena pembesaran uterus.

8. Sistem Metabolisme

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

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

9. Sistem Muskuloskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal menurut (Lalengga, 2013:43) adalah sebagai berikut :

- a) Pada trimester pertama tidak banyak perubahan pada muskuloskeletal. Akibat peningkatan kadar hormon estrogen dan progesteron, terjadi relaksasi dari jaringan ikat, kartilago dan ligamen juga meningkatkan jumlah cairan synovial. Bersamaan dua keadaan tersebut meningkatkan fleksibilitas dan mobilitas persendian. Keseimbangan kadar kalsium selama kehamilan biasanya normal apabila asupan nutrisinya khususnya produk terpenuhi
- b) Tidak seperti pada trimester 1, selama kehamilan trimester 2 ini mobilitas persendian sedikit berkurang. Hal ini dipicu oleh peningkatan retensi cairan pada connective tissue, terutama di daerah siku dan pergelangan tangan
- c) Pada trimester 3 akibat dari pembesaran uterus ke posisi anterior, umumnya wanita hamil memiliki bentuk punggung cenderung lordosis. Sendi sacroiliaca, sacrococcigis, dan pubis akan meningkat mobilitasnya diperkirakan karena pengaruh hormonal. Mobilitas tersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap pada wanita hamil dan menimbulkan perasaan tidak nyaman pada bagian bawah punggung.

10. Berat Badan Dan IMT

Peningkatan berat badan optimal untuk rata-rata kehamilan menurut (Retno, 2017:87) adalah 12,5 kg, 9 kg diperoleh pada 20 minggu terakhir. Berat badan yang optimal ini berkaitan dengan risiko 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 pre kehamilan, paratis, rasa etensitas, hipertensi, dan diabetes juga memengaruhi pola peningkatan berat badan maternal.

Peningkatan berat badan yang tepat bagi setiap ibu hamil saat ini didasarkan pada indeks masa tubuh pre kehamilan (Body Masa 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 dan dapat dilihat dalam tabel berikut :

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
Obesitas (IMT >29,00)	<7,00	<15

Sumber : (Retno, 2017:34).

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. Adapun perkiraan distribusi dari 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	1kg
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 : (Retno, 2017:35).

E. Perubahan Psikologis Selama Masa Kehamilan

Dengan bertambahnya usia kehamilan, maka ibu akan mengalami perubahan psikologis dan membuat wanita mencoba

untuk beradaptasi terhadap peran barunya menjadi seorang ibu. Berikut merupakan perubahan dan adaptasi psikologi pada masa hamil diantaranya:

1. Trimester I (penyesuaian)

- a) Ibu merasa tidak sehat dan kadang merasa benci dengan kehamilannya
- b) Kadang muncul penolakan, kekecewaan, kecemasan, dan kesedihan. Bahkan kadang ibu berharap agar dirinya tidak hamil saja
- c) Ibu akan selalu mencari tanda-tanda apakah iya benar-benar hamil. Hal ini dilakukan sekedar untuk meyakinkan dirinya
- d) Setiap perubahan yang terjadi dalam dirinya akan selalu mendapatkan perhatian dengan seksama
- e) Oleh karena perutnya masih kecil, kehamilan merupakan rahasia seorang ibu yang mungkin akan diberitahukannya kepada orang lain atau malah akan dirahasiakan
- f) Hasrat untuk melakukan hubungan seks berbeda-beda pada setiap wanita, tetapi kebanyakan akan mengalami penurunan (Yudrik Jahja, 2011:154).

2. Trimester II (kesehatan yang baik)

- a) Ibu merasa sehat, tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi
- b) Ibu sudah bisa menerima kehamilannya

- c) Merasakan gerakan anak
- d) Merasa terlepas dari ketidaknyamanan dan kekhawatiran
- e) Libido meningkat
- f) Menuntut perhatian dan cinta
- g) Merasa bahwa bayi sebagai individu yang merupakan sebagian dari dirinya
- h) Hubungan sosial meningkat dengan wanita hamil lainnya atau pada orang lain yang baru menjadi ibu
- i) Ketertarikan dan aktivitasnya terfokus pada kehamilan, kelahiran dan persiapan untuk peran baru
(Yudrik Jahja, 2011:155).

3. Trimester III (penantian dengan penuh kewaspadaan)

- a) Rasa tidak nyaman timbul kembali merasa dirinya jelek aneh dan tidak menarik
- b) Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak hadir tepat waktu
- c) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya
- d) Khawatir akan bayi yang dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya
- e) Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya
- f) Merasa kehilangan perhatian

g) Perasaan sudah terluka atau sedikit sensitif

h) Libido menurun (Yudrik Jahja, 2011:156).

F. Tanda-tanda Kehamilan

Kehamilan adalah merupakan suatu proses merantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi pelepasan sel telur, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm. Kehamilan berlangsung selama 280 hari (40 minggu) dibagi menjadi 3 yaitu trimester pertama, trimester kedua, dan trimester ketiga. Karena terjadinya pengeluaran hormon yang spesifik menimbulkan gejala dan tanda hamil sebagai tanda dugaan hamil, tanda kemungkinan hamil, dan tanda pasti kehamilan (Manuaba, 2010:111)

1. Tanda dugaan kehamilan

a. Amenorea

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel de Graf dan ovulasi sehingga menstruasi tidak terjadi. Lamanya amenorea dapat dikonfirmasi dengan memastikan hari pertama haid terakhir (HPHT), dan digunakan untuk memperkirakan usia kehamilan dan tafsiran persalinan. Tetapi, amenorea juga dapat disebabkan oleh penyakit kronik tertentu, tumor pituitari, perubahan dan faktor lingkungan, malnutrisi, dan

biasanya gangguan emosional seperti ketakutan akan kehamilan (Jiarti Kusbandiyah&Marjati, 2011:72)

b. Mual dan muntah

Pengaruh esterogen dan progesteron terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan menimbulkan mual muntah yang terjadi terutama pada pagi hari yang disebut morning sickness. Dalam batas tertentu hal ini masih fisiologis, tetapi bila terlampaui sering dapat menyebabkan gangguan kesehatan yang disebut dengan hiperemesis gravidarum (Jiarti Kusbandiyah&Marjati, 2011 :72).

c. Ngidam

Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut dengan ngidam. Ngidam sering terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan dan akan menghilang dengan makin tuanya kehamilan (Jiarti Kusbandiyah&Marjati, 2011:73).

d. Sinkope atau pingsan

Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan sinkope atau pingsan. Keadaan ini menghilang setelah usia kehamilan 16 minggu (Jiarti Kusbandiyah&Marjati, 2011:73).

e. Payudara tegang

Pengaruh hormon estrogen, progesteron, dan somatomamotrofin menimbulkan deposit lemak, air, dan garam pada payudara. Payudara membesar dan tegang. Ujung saraf tertekan menyebabkan rasa sakit terutama pada hamil pertama (Jiarti Kusbandiyah&Marjati, 2011:73).

f. Sering miksi (Sering BAK)

Desakan rahim kedepan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi. Pada triwulan kedua, gejala ini sudah menghilang (Jiarti Kusbandiyah&Marjati, 2011:74).

g. Konstipasi atau obstipasi

Pengaruh hormon progesteron dapat menghambat peristaltik usus, menyebabkan kesulitan untuk buang air besar (Jiarti Kusbandiyah&Marjati, 2011 :74).

h. Pigmentasi kulit

Terdapat pigmentasi kulit di sekitar pipi (cloasma gravidarum). Pada dinding perut terdapat striae albican, striae livide dan linea nigra semakin menghitam. Pada sekitar payudara terdapat hiperpigmentasi pada bagian areola mammae, puting susu makin menonjol (Jiarti Kusbandiyah&Marjati, 2011:74).

i. Epulis

Hipertrofi gusi yang disebut epulis, dapat terjadi saat kehamilan (Jiarti Kusbandiyah&Marjati, 2011:74).

j. Varices

Karena pengaruh dari hormon esterogen dan progesteron terjadi penampakan pembuluh darah vena, terutama bagi mereka yang mempunyai bakat.

Penampakan pembuluh darah terjadi pada sekitar genetalia, kaki, betis, dan payudara. Penampakan pembuluh darah ini menghilang setelah persalinan (Jiarti Kusbandiyah&Marjati, 2011:74).

2. Tanda kemungkinan hamil

Tanda kemungkinan hamil adalah perubahan-perubahan yang diobservasi oleh pemeriksa (bersifat objektif), namun berupa dugaan kehamilan saja. Makin banyak tanda-tanda mungkin kita dapati, makin besar kemungkinan kehamilan. Yang termasuk tanda kemungkinan hamil yaitu :

a) Pembesaran uterus

Konsistensi rahim dalam kehamilan berubah menjadi lunak terutama daerah isthimus sedemikian lunaknya hingga kalau diletakkan 2 jari dalam fornix posterior dan satunya pada dinding perut atas shympisis

maka ishmus ini akan teraba seolah-olah corpus uteri terpisah dari serviks (Wagiyo&Putrano, 2016:62).

b) Tanda Haegar

Konsistensi rahim dalam kehamilan berubah menjadi lunak, terutama daerah ismus. Pada minggu-minggu pertama ismus uteri mengalami hipertrofi seperti korpus uteri. Hipertrofi ismus pada triwulan pertama mengakibatkan ismus menjadi panjang dan lebih lunak. Sehingga kalau kita letakkan 2 jari dalam fornix posterior dan tangan satunya pada dinding perut diatas simpisis, maka ismus ini tidak teraba seolah-olah korpus uteri sama sekali terpisah dari uterus (Wagiyo&Putrano, 2016:62).

c) Perubahan pada serviks

Diluar kehamilan konsistensi serviks keras seperti meraba ujung hidung dalam kehamilan serviks teraba selunak bibir/ujung bawah daun telinga (Wagiyo&Putrano, 2016:63).

d) Tanda Chadwick

Adanya hipervaskularisi mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebitu-biruan (livide). Warna porsio pun tampak livide, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormon esterogen (Wagiyo&Putrano, 2016:63).

e) Tanda Piscaseck

Uterus membesar kesalah satu jurusan, pada PD dapat diraba uterus membesar dan makin bundar bentuknya, kadang pembesaran tidak rata, tapi di daerah telur bernidasi lebih cepat tumbuhnya (Wagiyo&Putrano, 2016:64).

f) Kontraksi Braxton Hicks

Bila uterus dirangsang akan mudah berkontraksi. Waktu palpasi atau pemeriksaan dalam uterus yang tadinya lunak akan menjadi keras karena berkontraksi. Tanda ini khas untuk uterus dalam masa kehamilan (Wagiyo&Putrano, 2016:65).

g) Reaksi kehamilan positif (tes HCG+)

Cara khas yang dipakai dengan menentukan adanya human chorionic gonadotropin pada kehamilan muda adalah air kencing pertama pada pagi hari. Dengan tes ini dapat membantu menentukan diagnosa kehamilan sedini mungkin (Wagiyo&Putrano, 2016:66).

3. Tanda pasti kehamilan

Tanda pasti kehamilan adalah tanda-tanda yang memastikan bahwa wanita itu pasti hamil. Tanda-tanda pasti ini diketahui setelah wanita hamil 16 minggu atau lebih. Ditandai dengan :

a) Gerakan janin yang dilihat dan dirasakan

Gerakan janin juga bermula pada usia kehamilan mencapai 12 minggu, tetapi baru dapat dirasakan oleh ibu pada usia kehamilan 16-20 minggu karena diusia kehamilan tersebut, ibu hamil dapat merasakan gerakan halus hingga tendangan kaki bayi di usia kehamilan 16-18 minggu (dihitung dari haid pertama haid terakhir). Gerakan bayi yang dapat dirasakan ibu disebut dengan quickening, yang sering diartikan sebagai kesan kehidupan. Walaupun gerakan awal ini dapat dikategorikan tanda pasti kehamilan dan estimasi usia kehamilan, tetapi hal ini sering dikelirukan dengan gerakan usus akibat perpindahan gas di dalam lumen saluran cerna. Bagian-bagian tubuh bayi juga dapat dipalpasi dengan mudah mulai usia kehamilan 20 minggu. Fenomena bandul atau pantulan balik yang disebut dengan ballotement juga merupakan tanda adanya janin di dalam uterus (Romauli, 2011:96).

b) Denyut jantung janin terlihat dan terdengar dengan bantuan alat

Djj dapat didengarkan pada umur kehamilan 17-18 minggu dengan stetoskop laenec, pada orang gemuk lebih lambat. Sementara menggunakan doppler sekitar minggu ke-12.

c) Tanda yang pertama yang mengidentifikasi adanya kehamilan dengan pasti adalah gerakan janin. Adapun guna mengetahui tanda ini ibu bisa melakukan pemeriksaan USG ke dokter kandungan. Bahkan dokter kandungan atau bidan dapat mengetahui gerakan untuk dapat menentukan kehamilan yang sehat. Jadi demikian, pemeriksaan USG bukan hanya digunakan untuk mengetahui jenis kelamin bayi saja namun juga kesehatan kehamilan ibu dengan lebih baik (Lalengga, 2013:76).

4. Tanda awal kehamilan

Setelah ejakulasi sel sperma yang mencapai saluran kelamin wanita harus melalui masa penyesuaian terlebih dahulu selama 7 jam yang berlangsung di dalam vagina. Membutuhkan waktu sekitar 10 jam bagi sperma untuk mencapai tuba fallopi namun hanya butuh waktu 20 menit untuk sel sperma membuahi sel telur. Pembuahan berlangsung selama 12-24 jam, dimulai ketika sel sperma memasuki sel telur dan berakhir dengan terbentuknya zigot (sel yang berkembang).

Hasil utama dari pembuahan adalah kombinasi kromosom (materi genetik) dari kedua orang tua, penentuan jenis kelamin dan dimulainya pembelahan. Pronukleus sel sperma akan bergabung dengan pronukleus sel telur untuk mengkombinasikan materi genetik. Apabila sperma membawa

kromosom Y, maka bayi ibu laki-laki sedangkan apabila sperma membawa kromosom X, maka bayi ibu perempuan. Dalam beberapa jam setelah sel telur dibuahi dimulailah pembelahan zigot (Menkes RI,2014).

G. Tanda Bahaya Kehamilan

1. Pengertian Tanda Bahaya Kehamilan

Setiap ibu hamil menginginkan bisa menjalani kehamilannya dengan lancar. Selain perlu mengetahui hal-hal yang biasanya menyertai jalannya proses kehamilan, ibu hamil perlu mengenali beberapa tanda bahaya pada kehamilan supaya bisa segera mencari pertolongan medis. Tanda bahaya kehamilan diantaranya adalah :

a) Perdarahan pervaginam

Perdarahan vagina dalam kehamilan adalah normal. Pada masa awal sekali kehamilan, ibu mungkin akan mengalami perdarahan yang sedikit atau *spotting* di sekitar waktu pertama haidnya terlambat. Perdarahan ini adalah perdarahan implantasi dan normal. Pada waktu yang lain dalam kehamilan, perdarahan kecil mungkin pertanda dari *friable cervix*. Perdarahan ini mungkin normal karena di sebabkan adanya suatu infeksi. Pada awal kehamilan perdarahan yang tidak normal adalah yang merah, perdarahan yang banyak, atau perdarahan yang sangat

menyakitkan. Perdarahan ini dapat berarti aborsi, kehamilan mola atau kehamilan ektopik (Yulifah,2011 :110).

1) Perdarahan pada kehamilan muda

Menurut Sulistyawati (2012:149), perdarahan pervaginam pada kehamilan muda antara lain :

(a) Abortus imminens

Abortus imminens disebut dengan keguguran membakat dan akan terjadi pada kehamilan muda. Dalam kasus ini keluarnya janin masih bisa diselamatkan dengan pengobatan medik yang khusus atau tirah baring secara total, tidak melakukan aktivitas fisik secara berlebihan (Prawirohardjo,2009:149). Penanganan abortus imminens dengan istirahat tirah baring karena menyebabkan peningkatan aliran darah ke uterus, dan pemberian fenobarbitol 3x30 mg untuk menenangkan penderita.

(b) Abortus Insiapiens

Abortus insipiens terjadi apabila ditemukan adanya perdarahan pada kehamilan muda dengan membukanya ostium uteri dan terabanya selaput ketuban. Penanganan abortus insipiens pada

prinsipnya dilakukan evakuasi atau pembersihan *cavum uteri* sesegera mungkin dilatasi dan kuretase (Nirmala, 2011 :141).

(c) Abortus Habitualis

Abortus tipe ini jika telah mengalami keguguran berturut-turut selama lebih dari 3 kali (Astuti Puji, 2010 : 54).

(d) Abortus Inkompletus

Abortus ini terjadi jika perdarahan pervaginam disertai pengeluaran janin tanpa pengeluaran desisua atau plasenta. Jika perdarahan tidak seberapa banyak dan kehamilan kurang dari 16 minggu dapat dievakuasi dengan cunam ovum untuk mengeluarkan hasil konsepsi. Jika kehamilan lebih dari 16 minggu beri infus oksitosin 20 unit dalam 500 ml cairan IV dan evakuasi hasil konsepsi yang tertinggal. Gejala yang menyertai diantaranya amenore, sakit perut karena kontraksi, perdarahan yang keluar banyak atau sedikit (Yulifah, 2010:111).

(e) Abortus Kompletus

Abortus ini ditandai dengan pengeluaran seluruh hasil konsepsi. Penanganan tidak perlu

diatasi dan kuratase, perlu transfusi dan pengobatan lain untuk anemia

(Astuti Maya, 2010:121).

(f) *Missed Abortion*

Missed abortion ialah berakhirnya kehamilan sebelum usia 20 minggu, namun keseluruhan hasil konsepsi tertahan dalam uterus selama 6 minggu atau lebih. Penanganannya dengan dilatasi dan kuratase, jika kadar fibrinogen normal dan jika rendah perlu diberi dulu fibrinogen, kuratase pada *missed abortion* cukup sulit, karena hasil konsepsi melekat erat pada dinding uterus (Nirmala,2011:150).

2) Kehamilan Mola

Kehamilan anggur yaitu adanya jonjot korion (*Chorionic Villi*) yang tumbuh berganda berupa gelembung-gelembung kecil yang mengandung banyak cairan sehingga menyerupai anggur atau mata ikan (Kusmiyati, 2009 :154).

3) Kehamilan Ektopik

Kehamilan ektopik ialah kehamilan yang pertumbuhan sel telur telah dibuahi tidak menempel pada dinding kavum uteri. Hampir 90% kehamilan

ektopik terjadi di tuba uterina. Kehamilan ektopik dapat mengalami abortus atau ruptura apabila masa kehamilan melebihi kapasitas ruang implantasi (Prawirohardjo, 2009:323).

4) Perdarahan Pada Kehamilan Lanjut

Perdarahan pada kehamilan lanjut menurut (Prawirohardjo, 2009 :492) antara lain :

(a) Plasenta Previa

Plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim demikian rupa sehingga menutupi seluruh atau sebagian dari ostium uteri internum. Pada plasenta previa perdarahan uterus keluar melalui vagina tanpa rasa nyeri. Perdarahan biasanya terjadi pada akhir trimester dua ke atas (Sulistyawati, 2012 : 155).

(b) Solusio Plasenta

Solusio plasenta adalah terlepasnya sebagian atau seluruh permukaan maternal plasenta dari implantasinya yang normal pada lapisan desisua endometrium sebelum waktunya yakni sebelum anak lahir. Gejala dari solusio plasenta adalah terjadinya perdarahan yang berwarna tua keluar

melalui vagina, rasa nyeri perut atau uterus tegang terus-menerus mirip seperti *his prematurus* (Yulifah, 2010 : 119).

5) Sakit kepala hebat

Sakit kepala bisa terjadi selama kehamilan, dan seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. 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 mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre-eklampsia. Ibu hamil yang mengalami nyeri kepala di dahi disertai penglihatan kabur, nyeri uluh hati, mual dan muntah kemungkinan merupakan tanda bahwa ibu hamil mengidap penyakit ginjal dan tekanan darah tinggi. Keadaan ini tergolong berat dan ibu harus dirawat di rumah sakit (Lalengga,2013:16).

6) Nyeri perut 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, yang menetap dan tidak hilang setelah istirahat. Hal ini bisa berarti appendikstitis, kehamilan ektopik, aborsi, penyakit tulang pelviksiritasi uterus, infeksi saluran kemih atau infeksi lainnya (Kusmiyati,2009:163).

7) Mual muntah berlebihan

Mual (*nausea*) muntah (*emesis*) adalah gejala yang sering ditemukan pada kehamilan trimester 1. Mual bisa terjadi di pagi hari, gejala ini bisa terjadi 6 minggu setelah HPHT berlangsung selama 10 minggu. Perasaan mual ini karena meningkatnya kadar hormon esterogen dan HCG. Ibu hamil yang mengalami muntah-muntah lebih dari 10 kali sehari disertai kondisi yang lemah, tidak selera makan, berat badan turun, nyeri uluh hati kemungkinan merupakan suatu tanda ibu hamil menderita penyakit berat. Pada penyakit ini ibu hamil tidak mau makan. Semakin hari muntah-muntahnya semakin berat, ibu hamil harus dirawat di rumah sakit (Nirmala,2011:154). Cara meringankan atau mencegah mual muntah yaitu dengan mengubah makan sehari-hari dengan makanan dengan jumlah kecil, tetapi lebih sering. Waktu bangun pagi turun dari tempat tidur, dianjurkan makan roti kering dengan teh hangat.

Makanan yang berminyak dan berlemak sebaiknya dihindari (Prawirohardjo, 2009:54).

8) Penglihatan kabur

Karena pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan ibu dapat berubah selama proses kehamilan. Perubahan ringan adalah normal. Masalah visual yang mengidentifikasi keadaan jiwa yang mendadak, misalnya pandangan kabur atau berbayang secara mendadak. Perubahan penglihatan ini mungkin disertai dengan sakit kepala yang hebat dan mungkin merupakan gejala dari pre-eklampsia (Sulistyawati, 2012:161).

9) Bengkak di wajah dan jari-jari tangan

Hampir separuh ibu hamil akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah istirahat. Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini dapat merupakan tanda anemia, gagal jantung atau pre-eklampsia (Astuti Maya, 2010:144).

10) Gerakan janin berkurang

Kesejahteraan janin dapat diketahui dari keaktifan gerakannya. Gerakan janin bermula pada usia kehamilan mencapai 12 minggu, tetapi baru dapat dirasakan oleh ibu pada usia kehamilan 16-20 minggu karena usia kehamilan tersebut, ibu dapat merasakan gerakan halus hingga tendangan kaki bayi di usia kehamilan 16-18 minggu (dihitung dari haid pertama haid terakhir). Gerakan minimal janin 10 kali dalam 24 jam. Jika kurang dari itu, waspada akan adanya gangguan janin dalam rahim, misalnya asfiksia janin sampai kematian (Yulifah,2011:121).

11) Selaput kelopak mata pucat

Anemia adalah masalah medis yang umum terjadi pada banyak wanita hamil. Jumlah sel darah merah dalam keadaan rendah, kuantitas dari sel ini tidak memadai untuk memberikan oksigen yang dibutuhkan oleh bayi. Anemia sering terjadi pada kehamilan karena volume darah meningkat kira-kira 50% selama kehamilan (Nirmala,2011:154).

12) Demam tinggi

Ibu menderita demam dengan suhu tubuh $>38^{\circ}\text{C}$ dalam kehamilan merupakan suatu masalah. Demam

tinggi yang terjadi lebih dari 3 hari dapat merupakan tanda gejala dari infeksi. Penanganan demam antara lain dengan istirahat berbaring, minum banyak dan mengompres untuk menurunkan suhu (Lalengga, 2013:15).

13) Kejang

Pada umumnya kejang didahului oleh makin memburuknya keadaan dan terjadinya gejala-gejala sakit kepala, mual, nyeri ulu hati sehingga muntah. Bila semakin berat, penglihatan semakin kabur, kesadaran menurun kemudian kejang. Kejang dalam kehamilan dapat merupakan gejala dari eklampsia (Lalengga, 2013:16).

14) Keluar ketuban sebelum waktunya

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm diatas 37 minggu, sedangkan dibawah 36 minggu tidak terlalu banyak. Penyebab umum dari KPD adalah multi/grandemulti, overdistensi (hidramnion, hamil ganda), disporposi sefalo pelvis, kelainan letak letak (lintang, sungsang) (Kusmiyati, 2009:162).

H. Komplikasi Dalam Kehamilan

Menurut Manuaba (2008:538) komplikasi dalam kehamilan dibagi menjadi 5 yaitu :

1. Hiperemesis gravidarum

Adalah mual atau muntah yang berlebihan sehingga menimbulkan gangguan aktivitas sehari-hari dan bahkan dapat membahayakan hidup ibu hamil.

2. Pre eklampsia

Adalah kenaikan tekanan darah sistolik 30 mmHg atau 15 mmHg disertai dengan oedema, adanya protein urine dan apabila komplikasi berlanjut bisa terjadi eklampsia.

3. Abortus

Kegagalan kehamilan sebelum umur 28 minggu atau berat janin kurang dari 1000 gram.

4. Kehamilan kembar

5. Kelainan letak pada kehamilan, meliputi :

a) Letak sungsang adalah letak membujur dengan kepala janin di fundus uteri.

b) Letak lintang.

I. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

1. Nutrisi dalam kehamilan

Seorang wanita selama kehamilan memiliki kebutuhan energi yang meningkat. Energi ini digunakan untuk pertumbuhan

janin, pembentukan plasenta, pembuluh darah, dan jaringan yang baru. Selain itu, tambahan kalori dibutuhkan sebagai tenaga untuk proses metabolisme jaringan baru. Tubuh ibu memerlukan sekitar 80.000 tambahan kalori pada kehamilan. Dari jumlah tersebut, berarti setiap harinya sekitar 300 tambahan kalori dibutuhkan ibu hamil. Selama trimester pertama kebutuhan nutrisi lebih bersifat kuantitatif daripada kualitatif. Hal ini berarti diet ibu hamil harus seimbang dan mencakup beranekaragam makanan. Trimester akhir kehamilan adalah periode ketika kebanyakan pertumbuhan janin berlangsung dan juga terjadi penimbunan lemak, zat besi, dan kalsium untuk kebutuhan pasca-natal. Rekomendasi energi untuk setiap ibu hamil yang mengalami obesitas dianjurkan untuk menggunakan berat badan yang diinginkan atau berat antara berat saat ini dan berat yang diinginkan sebagai patokan dalam menghitung kebutuhan energi (Sunarti, 2013:54).

a) Protein

Tersedianya protein dalam tubuh berfungsi sebagai berikut :

- 1) Sebagai zat pembangun bagi pertumbuhan dan pemeliharaan jaringan.
- 2) Sebagai pengatur keberlangsungan proses di dalam tubuh.
- 3) Sebagai pemberi tenaga dalam keadaan energi kurang tercukupi dari karbohidrat dan lemak.

Tambahan protein diperlukan selama kehamilan untuk persediaan nitrogen esensial guna memenuhi tuntutan pertumbuhan jaringan ibu dan janin. Asupan yang dianjurkan adalah 60 gram per hari. Dianjurkan mengkonsumsi protein 3 porsi sehari (1 porsi protein : 2 butir telur atau 200 gram daging/ikan). Protein tambahan harus mengandung asam amino esensial. Daging, ikan, telur, susu, dan keju adalah contoh protein bernilai biologis tinggi. Selain itu, protein juga didapat dari tumbuhan-tumbuhan, seperti kacang-kacangan, bijian-bijian, tempe, tahu, oncom, dan lainnya. Asupan tinggi protein tidak dianjurkan selama kehamilan. Diduga kelebihan asupan protein menyebabkan maturasi janin lebih cepat dan menyebabkan kelahiran dini (Olivia&Ayuningtyas, 2017:44).

b) Asam folat

Asam folat merupakan vitamin B yang memegang peranan penting dalam perkembangan embrio. Asam folat diperlukan oleh tubuh untuk membentuk tetradin yang menjadi komponen DNA. Selain itu, asam folat juga meningkatkan eritropoiesis (produksi sel darah merah). Jadi, asam folat sangat diperlukan oleh sel yang sedang mengalami pertumbuhan cepat, seperti sel pada jaringan

janin dan plasenta. Asam folat juga membantu mencegah *neural tube defect*, yaitu cacat pada otak dan tulang belakang. Kekurangan asam folat juga dapat menyebabkan kelahiran tidak cukup bulan (prematur), bayi berat lahir rendah (BBLR), dan pertumbuhan janin yang kurang optimal. Asam folat sudah diperlukan sebelum terjadinya kehamilan pada awal kehamilan, dan harus dilanjutkan mengkonsumsi. Konsumsi 400 µg folat disarankan untuk ibu hamil. Folat dapat didapatkan dari suplementasi asam folat. Sayuran berwarna hijau (seperti bayam, asparagus), jus jeruk, buncis, kacang –kacangan, dan roti gandum merupakan sumber alami yang mengandung folat. Kelebihan asam folat dapat membahayakan karena dapat menutupi kebutuhan zat besi dan vitamin B12 (Olivia&Ayuningtyas, 2017:45).

c) Zat besi

Unsur zat besi tersedia di dalam tubuh dari sayuran, daging, dan ikan yang dikonsumsi setiap hari. Meskipun demikian, mineral besinya tidak mungkin diserap ke dalam darah. Penyerapan ini dipengaruhi oleh HCL dalam lambung. Zat besi dalam makanan yang dikonsumsi berada dalam bentuk ikatan ferri/besi non-hem (secara umum dalam bahan pangan nabati) dan ikatan ferro/besi hem

(dalam bahan pangan hewani). Besi yang berbentuk ferri dengan peranan dari getah lambung direduksi menjadi ferro yang lebih mudah diserap oleh mukosa usus. Vitamin C dapat juga membantu proses reduksi tersebut. Sebagian besar transferin darah membawa zat besi ke sumsum tulang dan bagian tubuh lainnya. Di dalam sumsum tulang, zat besi digunakan untuk membuat hemoglobin yang merupakan bagian dari sel darah merah. Kelebihan zat besi disimpan sebagai feritin dan hemosiderin dalam hati (30%), sumsum tulang belakang (30%), dan selebihnya dalam limpa dan otot. Simpanan zat besi tersebut dapat dimobilisasikan untuk memenuhi kebutuhan tubuh, seperti pembentukan hemoglobin. Feritin yang bersirkulasi dalam darah mencerminkan simpanan zat besi dalam tubuh.

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. Zat besi adalah salah satu nutrisi yang tidak dapat diperoleh dalam jumlah yang adekuat dalam makanan. 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.

Wanita yang beresiko tinggi mengalami defisiensi zat besi memerlukan dosis yang lebih tinggi (60 mg/hari). Tambahan zat besi sulfat dapat menyebabkan feses berwarna hitam keabu-abuan. Beberapa wanita mengalami mual, muntah, dan bahkan diare atau konstipasi. Untuk mengurangi gejala ini, tambahan zat besi harus dikonsumsi antar-waktu makan, atau menjelang tidur disertai vitamin C, untuk meningkatkan absorpsi. Multivitamin kombinasi/pil zat besi tidak dianjurkan sebab garam kalsium dan magnesium di dalam pil tersebut mengganggu keberadaan zat besi (Rusila, 2008:38).

Pendekatan pengajaran suplementasi zat besi :

- 1) Mencegah anemia dan mencukupi kebutuhan zat besi selama masa hamil sulit dipenuhi hanya dengan bergantung pada diet rutin.
- 2) Vitamin C (dalam bentuk jeruk, tomat, melon, dan stroberi) dan besi hem dapat meningkatkan absorpsi besi tambahan, konsumsi makanan tersebut lebih sering.
- 3) Kulit padi, teh, kopi, oksalat dalam bayam dan lobak swiss, kuning telur dapat menurunkan absorpsi zat besi.

Oleh sebab itu, jangan mengonsumsi makanan ini bersamaan dengan suplemen zat besi.

- 4) Zat besi sangat baik dikonsumsi saat lambung kosong, yakni antar-waktu makan.
- 5) Zat besi dapat dikonsumsi menjelang tidur jika ada rasa tidak nyaman saat diminum di antara waktu makan (Rusila, 2008:39).

d) Zink

Zink adalah unsur berbagai enzim yang berperan dalam berbagai alur metabolisme utama. Kadar zink ibu yang rendah dikaitkan dengan banyak komplikasi pada masa prenatal dan periode intrapartum. Konsumsi alkohol diketahui mengganggu transfer zink melalui plasenta dan dapat menjadi penyebab beberapa kelainan pada keturunan yang pernah menderita sindrom alkohol janin. Jumlah zink yang direkomendasikan RDA selama masa hamil adalah 15 mg sehari. Jumlah ini dengan mudah dapat diperoleh dari daging, kerang, roti gandum utuh, atau sereal. Waspada! kelebihan suplemen zink sebab dapat mengganggu metabolisme tembaga dan zat besi. Kadar zink ibu yang tinggi pada pertengahan kehamilan juga dikaitkan dengan penurunan pertumbuhan janin dan dapat dikaitkan dengan transfer zink yang tidak adekuat ke fetus (Sunarti, 2013:56).

e) Kalsium

Tersedianya kalsium dalam tubuh sangat penting karena kalsium mempunyai peranan sebagai berikut :

- 1) Bersama fosfor membentuk matriks tulang, pembentukan ini dipengaruhi pula oleh vitamin D
- 2) Membantu proses penggumpalan darah
- 3) Mempengaruhi penerimaan rangsang pada otot dan saraf
- 4) Kekurangan unsur kalsium dalam tubuh dapat menimbulkan :
 - (a) Karies/kerusakan gigi
 - (b) Pertumbuhan tulang tidak sempurna dan dapat menimbulkan rakhitis
 - (c) Apabila bagian tubuh terluka, darah sukar mebeku
 - (d) Terjadinya kekejangan otot

Janin mengkonsumsi 250-300n mg kalsium per hari dari suplai darah ibu. Metabolisme kalsium dalam tubuh ibu mengalami perubahan pada awal masa kehamilan. Perubahan ini membuat simpanan kalsium dalam tubuh ibu meningkat. Simpanan ini digunakan untuk memenuhi kebutuhan pada trimester ketiga dan masa laktasi. Asupan kalsium yang direkomendasikan adalah 1.200 mg/hari dapat dipenuhi dengan mudah, yaitu dengan

mengonsumsi dua gelas susu atau 125 gram keju setiap hari. Satu gelas susu 240 cc mengandung 300 mg kalsium. Jika kebutuhan kalsium tidak tercukupi dari makanan, kalsium yang dibutuhkan bayi akan diambil dari tulang ibu. Sumber kalsium dari makanan diantaranya produk susu, seperti susu, keju, youghurt. Apabila ibu hamil menghindari atau tidak suka dengan produk susu, berikut ini adalah cara untuk meningkatkan asupan kalsium, yaitu pilih lebih banyak makanan yang mengandung kalsium sebagai berikut :

- (a) Makanan yang kandungan kalsiumnya setara dengan 1 gelas susu : 90 ml ikan sarden jika tulangnya juga dimakan.
- (b) Makanan yang mengandung kalsium setara dengan $\frac{1}{2}$ gelas susu : 90 ml salmon kaleng jika durinya juga dimakan
- (c) Makanan yang kandungan kalsiumnya setara dengan $\frac{1}{2}$ gelas susu : 1 gelas buncis yang digoreng kering, 7-9 tiram, 90 ml udang.
- (d) Makanan yang diolah supaya kandungan kalsiumnya tinggi : sup tulang yang dimasak

dengan cuka/tomat, makaroni, dan keju
(Olivia&Ayuningtyas, 2017:47).

f) Vitamin larut dalam lemak

Vitamin larut dalam lemak, yaitu vitamin A,D,E, dan K. Proses metabolisme yang berkaitan dengan penglihatan, pembentukan tulang, sistem kekebalan tubuh, dan pembentukan sistem saraf membutuhkan zat gizi berupa vitamin A. Tidak ada rekomendasi peningkatan konsumsi harian vitamin A. Kebutuhan vitamin A dapat dipenuhi dengan mengonsumsi daging ayam, telur, kangkung, dan wortel. Vitamin D dibutuhkan untuk memperbaiki penyerapan kalsium dan membantu keseimbangan mineral dalam darah. Vitamin ini secara alami terkandung dalam minyak ikan, telur, mentega, dan hati. Vitamin ini juga diproduksi di kulit akibat kerja sinar ultraviolet. Vitamin E mencegah oksidasi vitamin A dalam saluran cerna sehingga lebih banyak terserap. Defisiensi vitamin K sangat jarang terjadi pada orang dewasa. Vitamin K diproduksi oleh flora dalam saluran cerna. Transpor vitamin K melalui plasenta sangat lambat sehingga kebanyakan bayi lahir dengan kadar vitamin K yang rendah. Biasanya bayi butuh beberapa hari agar usus yang steril dapat menjadi tempat pertumbuhan mikroba yang

efektif. Rekomendasi yang diberikan adalah setiap neonatus mendapat injeksi vitamin K dalam 2 jam setelah kelahiran untuk mencegah perdarahan intrakranial (Rusila, 2008:41).

g) Vitamin larut dalam air

Fungsi tiamin, riboflavin, piridoksin, dan kobalamin yang penting adalah sebagai koenzim dalam metabolisme energi. Kebutuhan vitamin ini meningkat pada kehamilan trimester kedua dan ketiga ketika asupan energi meningkat. Peningkatan kebutuhan ini mudah dipenuhi dengan mengonsumsi beraneka makanan padi-padian, daging, produk susu, dan sayuran berdaun hijau. Vitamin C dibutuhkan untuk meningkatkan absorpsi zat besi, terutama zat besi non-hem (Sunarti, 2013: 58).

h) Natrium

Metabolisme natrium berubah karena banyak interaksi hormonal yang terjadi selama masa kehamilan. Seiring dengan peningkatan volume cairan tubuh ibu, kecepatan filtrasi glomerulus ginjal meningkat untuk mengatasi volume cairan yang lebih besar. Sebagian besar peningkatan berat badan selama masa kehamilan disebabkan oleh peningkatan volume tubuh, khususnya cairan ekstraselular. Oleh sebab itu, kebutuhan natrium selama kehamilan meningkat. Efek esterogen yakni

menahan air dan efek progesteron melepas natrium menimbulkan gambaran yang membingungkan tentang keseimbangan cairan dan elektrolit selama kehamilan. Diperlukan 2 sampai 3 gram natrium per hari. Makanan tinggi natrium atau rendah natrium tidak disarankan (Olivia&Ayuningtyas, 2017:49).

Tabel 2.5
Nutrisi Pada Ibu Hamil

Bahan Makanan	Kebutuhan Dalam Sehari	Berat
Nasi	6 porsi (nasi 1 porsi=3/4 gelas)	100 gram=175kkal
Sayur	4 porsi (sayur 1 porsi=1 gelas)	100 gram=25kkal
Buah	4 porsi (buah 1 porsi=1 buah pisang ambon)	50 gram=50kkal
Tempe	4 porsi (tempe 1 porsi=2 potong tempe sedang)	50 gram=50kkal
Daging	3 porsi (daging 1 porsi= 1 potong daging sedang)	35 gram=50kkal
Susu	1 porsi (susu 1 porsi=1 gelas susu)	20 gram=50kkal
Minyak	6 porsi (minyak 1 porsi= 1 sendok teh minyak)	5 gram=50kkal
Gula	2 porsi (gula 1 porsi= 1 sendok makan gula)	20 gram=50 kkal

Sumber : Permenkes RI No. 41. 2014:89

2. Oksigen

Pada dasarnya kebutuhan oksigen manusia sama yaitu :

- a) Udara yang bersih

- b) Tidak kotor/polusi udara
- c) Tidak bau.

Pada prinsipnya hindari ruangan/tempat yang dipenuhi polusi udara (terminal, ruangan yang sering dipergunakan untuk merokok, asap kendaraan bermotor). 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&Suharti,2018:74).

3. Personal hygiene

Pada masa kehamilan, personal hygiene berkaitan dengan perubahan sistem tubuh berikut ini :

- a) Terjadinya peningkatan pH vagina, akibatnya mudah terkena infeksi.
- b) Peningkatan kadar estrogen menyebabkan peningkatan flour albus.
- c) Peningkatan sirkulasi perifer menyebabkan peningkatan produksi keringat.
- d) Ukuran uterus yang membesar menekan kandung kemih sehingga kapasitas uterus menurun dan ibu sering berkemih.

Ibu hamil harus melakukan gerakan membersihkan dari depan ke belakang ketika selesai berkemih atau defekasi dan harus menggunakan tisu yang bersih, lembut, menyerap air, berwarna putih, dan tidak mengandung parfum, mengelap dengan tisu dari depan ke belakang. Ibu hamil harus lebih sering mengganti pelapis/pelindung celana dalam. Bakteri dapat berkembang biak pada pelapis yang kotor. Bahan celana dalam sebaiknya terbuat dari bahan katun. Sebaiknya tidak menggunakan celana ketat dalam jangka waktu lama karena dapat menyebabkan panas dan kelembapan vagina meningkat sehingga mempermudah pertumbuhan bakteri.

Ibu hamil harus minum air 8-12 gelas sehari, atau minum susu atau youghurt dapat menurunkan pH saluran kemih. Ibu hamil cukup minum agar sering berkemih. Bakteri dapat masuk pada saat melakukan hubungan seksual, sebaiknya ibu hamil berkemih sebelum dan sesudah koitus, dan banyak minum untuk meningkatkan produksi urine.

Pada trimester pertama kehamilan, wanita mengalami mual. Keadaan tersebut mengakibatkan kurangnya hygiene pada mulut dan gigi sehingga mudah

terjadi karies dan gingivitis. Tindakan penambalan dan pencabutan gigi bukan merupakan kontraindikasi, dan penggunaan anestesi tidak terbukti menyebabkan abortus. Sebaiknya ibu hamil melakukan pemeriksaan gigi secara teratur (Lily Yulaikhah, 2008:49).

4. Pakaian

Pada waktu hamil, seorang ibu mengalami perubahan pada fisiknya. Ini sekaligus menjadi indikasi kepada kita sebagai bidan untuk memberikan penjelasan kepada ibu tentang pakaian yang sesuai dengan masa kehamilannya. Berikut adalah beberapa hal yang perlu disampaikan oleh seorang bidan kepada ibu hamil tentang pakaian yang tepat :

- a) Pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut
- b) Bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat
- c) Pakailah bra yang menyokong payudara
- d) Pakaian dalam yang selalu bersih
- e) Sepatu tidak bertumit tinggi dan lancip
- f) Korset khusus ibu hamil menekan perut bawah yang melorot, mengurangi nyeri punggung

(Visi Prima&Suharti,2018:75).

5. Seksual

Psikologis maternal, pembesaran payudara, rasa mual, letih, pembesaran perineum, dan respons orgasme mempengaruhi seksualitas. Melakukan hubungan seks aman selama tidak menimbulkan rasa tidak nyaman. Sampai saat ini belum ada hasil riset yang membuktikan bahwa koitus dan orgasme dikontraindikasikan selama masa hamil untuk wanita yang sehat secara medis dan memiliki kondisi obstetri yang prima. Akan tetapi, riwayat abortus spontan atau abortus lebih dari satu kali, ketuban pecah dini, perdarahan pada trimester III, merupakan peringatan untuk tidak melakukan koitus. Posisi wanita di atas, sisi dengan sisi, menghindari tekanan pada perut dan wanita dapat mengatur penetrasi penis (Lily Yulaikhah, 2008:50).

6. Mobilisasi/mekanika tubuh

a) Aktifitas fisik/olahraga

Aktifitas fisik meningkatkan rasa sejahtera ibu hamil. Aktifitas fisik meningkatkan sirkulasi, membantu relaksasi dan istirahat, dan mengatasi kebosanan yang juga dialami oleh wanita tidak hamil. Anjurkan ibu hamil untuk mempelajari latihan kegel guna memepkuat otot-otot di sekitar organ reproduksi dan meningkatkan tonus otot. Perubahan fisiologis dan morfologis kehamilan dapat mengganggu kemampuan untuk melakukan aktivitas fisik dengan aman. Kondisi kesehatan seorang ibu hamil

secara keseluruhan, termasuk obstetri dan risiko medis, harus dievaluasi sebelum merencanakan program latihan

(Lis Sinsin, 2008:68).

b) Kontraindikasi absolut latihan/olahraga selama kehamilan:

- 1) Penyakit jantung
- 2) Penyakit paru
- 3) Inkompetensi serviks
- 4) Kehamilan kembar yang beresiko untuk persalinan prematur
- 5) Perdarahan pada trimester kedua tau ketiga
- 6) Perdarahan
- 7) Plasenta previa setelah 26 minggu kehamilan
- 8) Ketuban pecah dini (KPD)
- 9) Preeklampsia/eklampsia, PIH (Lis Sinsin,2008:69).

c) Tanda peringatan untuk menghentikan latihan saat hamil :

- 1) Dispnea
- 2) Perdarahan per vagina
- 3) Pusing
- 4) Sakit kepala
- 5) Nyeri dada
- 6) Kelemahan otot
- 7) Persalinan prematur
- 8) Penurunan gerakan janin

9) Keluar cairan amnion

10) Kram

(Lis Sinsin,2008:70).

d) Manfaat senam hamil :

1) Memperkuat dan mempertahankan kelenturan otot-otot dinding perut dan dasar panggul

2) Melatih sikap tubuh yang tepat pada saat kehamilan

3) Membuat tubuh lebih relaksasi

4) Memperbaiki sirkulasi

5) Meningkatkan keseimbangan otot-otot

6) Mengurangi bengkak

7) Mengurangi resiko gangguan gastrointestinal, termasuk sembelit

8) Mengurangi kejang kaki

9) Memperkuat otot perut

10) Mempercepat penyembuhan setelah kehamilan

(Lis Sinsin,2008:71).

e) Jenis latihan yang boleh dilakukan oleh ibu hamil :

1) Aerobik

2) Berjalan

3) Yoga

4) Berenang

5) Berlari

f) Hal yang perlu diperhatikan dalam melaksanakan olahraga selama kehamilan :

- 1) Berlatih secara teratur dan cukup, hindari gerakan yang mengguncang abdomen, dan lakukan relaksasi. Hindari latihan yang terlalu keras.
- 2) Pastikan petugas kesehatan telah melakukan penapisan kondisi yang berbahaya untuk melakukan senam, pastikan tidak ada kontraindikasi
- 3) Hindari tidur terlentang atau berdiri terlalu lama pada trimester kedua dan ketiga
- 4) Hindari kelelahan berlebihan
- 5) Makan makanan sehat dalam porsi kecil, tetapi sering
- 6) Minum minimal delapan gelas sehari
- 7) Pastikan alat yang digunakan dalam kondisi baik

(Lis Sinsin,2008:71).

7. Perawatan Payudara

Bertujuan memelihara *hygiene* payudara, melenturkan atau menguatkan puting susu, dan mengeluarkan puting susu yang datar atau masuk ke dalam (*retracted nipple*). Teknik perawatannya adalah sebagai berikut :

- a) Kompres puting susu dan daerah sekitarnya dengan menempelkan kapas atau lap yang dibasahi minyak

- b) Bersihkan puting susu, lalu tarik keluar bersama dan diputar 20 kali ke dalam dan keluar
- c) Pangkal payudara dipegang dengan kedua tangan lalu payudara diurut dari pangkal menuju puting sebanyak 30 kali
- d) Kemudian pijat daerah areola sehingga keluar cairan 1-2 tetes untuk memastikan saluran susu tidak tersumbat.

Selain mengkonsumsi makanan bergizi dan menjalani pola hidup sehat, ada 3 hal penting yang perlu dilakukan ibu agar sukses menyusui yaitu :

- a) Tumbuhkan niat

Niat adalah kunci sukses untuk memberikan ASI eksklusif bagi sang buah hati. Niat ini harus sudah tertanam kuat jauh hari sebelumnya, yakni sejak si kecil masih berada dalam kandungan ibu. ibu harus bertekad dan memberikan makanan yang terbaik bagi bayinya. Dengan niat bulat, ibu akan berpikir optimis. Dari situ terbentuk energi positif yang akan memengaruhi kesiapan semua organ-organ menyusui sehingga ASI pun mengalir lancar. Jika ibu yakin bisa menyusui, ASI yang keluar pasti banyak

- b) Hilangkan stress

Buang jauh-jauh semua pikiran negatif tentang ASI dan menyusui. Yakinlah, setiap ibu pasti bisa menyusui

dan bayi tak akan pernah kekurangan ASI. Di sisi lain, ibu juga tidak boleh terlalu bersemangat untuk memberikan ASI, karena sikap berlebihan ini (euforia) akan mengganggu sistem metabolisme produksi susu sehingga ASI yang keluar justru jadi sedikit. Bila ada masalah, ibu dianjurkan berkonsultasi ke klinik laktasi.

c) Lakukan pijat payudara

Pemijatan payudara dapat meningkatkan volume ASI, lakukan dua kali sehari saat mandi pagi dan mandi sore. Berikut panduannya :

1) Cuci tangan sampai bersih, keringkan, lalu tuangkan minyak ke dalam telapak tangan. Sokong payudara kiri dengan tangan kiri. Buatlah gerakan melingkar kecil-kecil dengan dua atau tiga jari tangan kanan, dari pangkal payudara dan berakhir di daerah puting susu dengan gerakan spiral. Puting tak perlu dipijat karena tak berkelenjar. Kemudian, buat gerak memutar sambil menekan dari pangkal payudara dan berakhir pada puting susu di seluruh bagian payudara. Lakukan hal yang sama untuk payudara kanan.

2) Letakkan kedua telapak tangan di antara dua payudara.

Urut dari tengah ke atas sambil mengangkat kedua

payudara dan lepaskan kedua payudara secara perlahan-lahan. Lakukan gerakan ini kurang lebih 30 kali.

3) Sangga payudara kiri dengan kedua tangan, ibu jari di atas dan empat jari lain di bawah. Peras dengan lembut payudara sambil meluncurkan kedua tangan ke depan ke arah puting susu. Lakukan hal yang sama pada payudara kanan.

4) Kemudian lakukan gerakan tangan dengan posisi paralel. Sangga payudara dengan satu tangan, sedangkan tangan yang lain mengurut payudara dengan sisi kelingking dan arah pangkal payudara ke arah puting susu. Lakukan gerakan ini kurang lebih 30 kali.

5) Letakkan satu tangan di sebelah atas dan satu lagi dibawah payudara. Luncurkan kedua tangan secara bersamaan ke arah puting susu dengan cara memutar tangan. Ulangi gerakan ini sampai semua bagian payudara terkena urutan.

6) Selanjutnya puting dibersihkan dengan menggunakan kapas dan minyak. Minyak berguna untuk melenturkan dan melembapkan puting agar saat menyusui puting tak gampang lecet. Bersihkan dengan kapas bersih yang dicelup ke dalam air hangat.

7) Usai pemijatan lakukan pengompresan. Sediakan dua baskom sedang yang masing-masing air hangat dan air dingin. Dengan menggunakan waslap, kompres kedua payudara bergantian dengan air dingin, masing-masing selama satu menit. Selanjutnya kompres bergantian selama 3 kali berturut-turut dan akhiri dengan kompres air hangat. Bersihkan dengan handuk hingga kering.

8) Usai dipijat, ketuk-ketukkan payudara memakai ujung jari atau ujung ruas jari. Gunanya agar sirkulasi darah bekerja dengan baik (Lis Sinsin, 2008:72-73).

8. Istirahat

Wanita hamil harus mengurangi semua kegiatan yang melelahkan, tetapi tidak boleh digunakan sebagai alasan untuk menghindari pekerjaan yang tidak disukainya. Wanita hamil juga harus menghindari posisi duduk, berdiri dalam waktu yang lama. Ibu hamil harus mempertimbangkan pola istirahat dan pola tidur yang mendukung kesehatan sendiri, maupun kesehatan bayinya. Kebiasaan tidur larut malam dan kegiatan-kegiatan malam hari harus dipertimbangkan dan kalau mungkin dikurangi hingga seminimal mungkin. Tidur malam sekitar 8 jam dan tidur siang sekitar 1 jam dianjurkan untuk ibu hamil setiap harinya (Lis Sinsin, 2008:74).

9. Rekreasi

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).

10. Obat-obatan

Sebenarnya jika kondisi ibu hamil tidak dalam keadaan yang benar-benar berindikasi untuk diberikan obat-obatan, sebaiknya pemberian obat dihindari. Penatalaksanaan keluhan dan ketidaknyamanan yang dialami lebih di anjurkan kepada pencegahan dan perawatan saja. Dalam pemberian terapi bidan/dokter biasanya akan memperhatikan reaksi obat terhadap kehamilan, karena ada obat tertentu yang kadang bersifat kontra dengan kehamilan (Lily Yulaikhah, 2008:52).



2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

A. Pengertian Persalinan

Persalinan merupakan rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu yang dimulai dengan kontraksi persalinan sejati yang ditandai oleh perubahan progresif dari serviks dan diakhiri dengan pengeluaran plasenta (Varney, 2010: 64).

Persalinan ialah proses keluarnya janin, plasenta, dan membrane dari dalam rahim melalui jalan lahir. Diawali dengan proses pembukaan dan dilatasi serviks sebagai akibat dari kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur. Awal mulanya kekuatan yang muncul kecil, setelah itu meningkat pada puncaknya pembukaan serviks lengkap sehingga siap untuk pengeluaran janin dari rahim ibu (Rohani, 2011 : 57).

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup (37 minggu sampai 40 minggu) dengan lahir spontan, prestasi belakang kepala, yang berlangsung 18 jam tanpa mengalami komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawirohardjo, 2009: 73).

B. Jenis Persalinan

1. Menurut (Sulistyawati,2010:35) bentuk-bentuk persalinan menurut teknik adalah sebagai berikut :

- a) Persalinan spontan adalah persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tersebut.
- b) Persalinan buatan adalah proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar misalnya ekstraksi forceps atau dilakukan SC (*Sectio Cesarea*).
- c) Persalinan anjuran adalah persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitocin atau prostaglandin.

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 Mulanya Terjadi Persalinan

Perlu diketahui bahwa selama kehamilan, dalam tubuh wanita terdapat dua hormon yang dominan yaitu :

1. Esterogen

Berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas otot rahim serta memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin, dan mekanis.

2. Progesteron

Berfungsi untuk menurunkan sensitivitas otot rahim; menghambat rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin, dan mekanis, serta menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.

Esterogen dan progesteron harus dalam posisi yang keseimbangan, sehingga kehamilan dapat dipertahankan. Perubahan keseimbangan antara esterogen dan progesteron memicu oksitosin dikeluarkan oleh hipofisis posterior, hal tersebut menyebabkan kontraksi yang disebut dengan *Braxton Hicks*. Kontraksi *Braxton Hicks* akan menjadi kekuatan dominan saat dimulainya proses persalinan sesungguhnya, oleh karena itu makin matang usia kehamilan maka frekuensi kontraksi ini akan semakin sering.

Oksitosin diduga bekerja sama dengan prostaglandin, yang kadarnya makin meningkat mulai dari usia kehamilan minggu

ke-15. Di samping itu, faktor status gizi wanita hamil dan keregangan otot rahim juga secara penting memengaruhi dimulainya kontraksi otot rahim.

Sampai saat ini hal yang menyebabkan mulainya proses persalinan belum diketahui benar; yang hanya berupa teori-teori yang kompleks antara lain karena faktor-faktor hormon, struktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh tekanan pada saraf, dan nutrisi.

a) Teori Penurunan Hormon

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

b) Teori Plasenta Menjadi Tua

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

c) Teori Distensi Rahim

- 1) Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu

- 2) Setelah melewati batas tersebut, akhirnya kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai
- 3) Contohnya pada kehamilan gemeli, sering terjadi kontraksi karena uterus teregang oleh ukuran janin ganda, sehingga kadang kehamilan gemeli mengalami persalinan yang lebih dini.

d) Teori Iritasi Mekanis

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

e) Teori Oksitosin

- 1) Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior.
- 2) Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*.
- 3) Menurunnya konsentrasi progesteron karena matangnya usia kehamilan menyebabkan oksitosin meningkatkan aktivitasnya dalam merangsang otot rahim untuk berkontraksi, dan akhirnya persalinan dimulai.

f) Teori Hipotalamus-Pituitari dan Glandula Suprarenalis

- 1) Glandula suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan.

2) Teori ini menunjukkan, pada kehamilan dengan bayi anensefalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuknya hipotalamus.

g) Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua disangka sebagai salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F2 dan E3 yang diberikan secara intravena menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap usia kehamilan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu hamil sebelum melahirkan atau selama proses persalinan.

h) Induksi Persalinan

Persalinan dapat juga ditimbulkan dengan jalan sebagai berikut :

- 1) Ganggang laminaria : dengan cara laminaria dimasukkan ke dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang fleksus frankenhauser.
- 2) Amniotomi : pemecahan ketuban.
- 3) Oksitosin drip : pemberian oksitosin menurut tetesan infus (Nugraheny, dkk. 2010:4-6).

D. Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi keberhasilan persalinan, yaitu (Sumarah,2009) :

1. Passage (jalan lahir) terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang padat,dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina).
2. Passanger (janin dan plasenta) bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin saat persalinan.
3. Power (kekuatan) adalah kemampuan ibu melakukan kontraksi involunter dan volunteer secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus.
4. Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi fisiologi persalinan seperti posisi berdiri, berjalan, duduk, dan jongkok.
5. Psikologis dimana tingkat kecemasan wanita selama bersalin akan meningkat jika ia tidak memahami apa yang terjadi pada dirinya atau yang ia sampaikan kepadanya.

E. Tanda Persalinan

Sebelum terjadi persalinan, beberapa minggu sebelumnya wanita memasuki kala pendahuluan (*preparatory stage of labor*), dengan tanda-tanda sebagai berikut :

1. Terjadi *lightening*

Menjelang minggu ke-36 pada primigravida, terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk PAP. Pada multigravida, tanda ini tidak begitu kelihatan. Mulai menurunnya bagian terbawah bayi ke pelvis terjadi sekitar 2 minggu menjelang persalinan. Bila bagian terbawah janin telah turun, maka ibu akan merasa tidak nyaman; selain napas pendek pada trimester 3, ketidaknyamanan disebabkan karena adanya tekanan bagian terbawah pada struktur daerah pelvis, secara spesifik akan mengalami hal berikut :

- a) Kandung kemih tertekan sedikit, menyebabkan peluang untuk melakukan ekspansi berkurang, sehingga frekuensi berkemih meningkat.
- b) Meningkatnya tekanan oleh sebagian besar bagian janin pada saraf yang melewati foramen obturator yang menuju kaki, menyebabkan sering terjadi kram kaki.
- c) Meningkatnya tekanan pada pembuluh darah vena menyebabkan terjadinya edema karena bagian terbesar dari janin menghambat darah yang kembali dari bagian bawah tubuh (Manuaba, 2010:156).

2. Terjadinya his permulaan.

Sifat his permulaan (palsu) adalah sebagai berikut :

- a) Rasa nyeri ringan di bagian bawah.

- b) Datang tidak teratur.
- c) Tidak ada perubahan pada serviks atau pembawa tanda.
- d) Durasi pendek.
- e) Tidak bertambah bila berat perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri menurun.
- f) Perasaan sering atau susah buang air kecil karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.
- g) Serviks menjadi lembek, mulai mendatar, dan sekresinya bertambah, kadang bercampur darah (*bloody show*). Dengan mendekatnya persalinan, maka serviks menjadi matang dan lembut, serta terjadi obliterasi serviks dan kemungkinan sedikit dilatasi.

Persalinan dimulai (inpartu) pada saat uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis), berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Pada ibu yang belum pernah inpartu, kontraksi uterus mengakibatkan perubahan pada serviks (Rohani, Saswita Reni dkk,2011:13)

F. Tanda dan Gejala Inpartu

1. Timbulnya rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering, dan teratur.
2. Keluar lendir bercampur darah (*bloody show*) yang lebih banyak karena robekan kecil pada serviks. Sumbatan mukus yang

berasal dari sekresi servikal dari proliferasi kelenjar mukosa servikal pada awal kehamilan, berperan sebagai barier proteksi dan menutup servikal selama kehamilan. *Bloody show* adalah pengeluaran dari mukus.

3. Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya. Pemecahan membran yang normal terjadi kala I persalinan. Hal ini terjadi pada 12% wanita, dan lebih dari 80% wanita akan memulai persalinan secara spontan dalam 24 jam.
4. Pada pemeriksaan dalam : serviks mendatar dan pembukaan telah ada. Berikut ini adalah perbedaan penipisan dan dilatasi serviks antara nulipara dan multipara :

a) Nulipara.

Biasanya sebelum persalinan, serviks menipis sekitar 50%-100%, kemudian mulai terjadi pembukaan.

b) Multipara.

Pada multipara sering kali serviks tidak menipis pada awal persalinan, tetapi hanya membuka 1-2 cm.

Biasanya pada multipara serviks akan membuka, kemudian diteruskan dengan penipisan. Kontraksi uterus mengakibatkan perubahan pada serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit)

(Rohani, Saswita Reni dkk, 2011:14)

5. Sifat His Persalinan :

- a) Pinggang terasa sakit yang menjalar ke depan.
 - b) Sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar.
 - c) Mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks.
 - d) Makin beraktivitas (jalan), kekuatan makin bertambah
- (Rohani, Saswita Reni dkk, 2011:14).

G. Perubahan Fisiologi Persalinan

Selama persalinan terjadi perubahan fisiologi pada ibu. perubahan fisiologi persalinan kala I diantaranya :

1. Metabolisme

Selama persalinan, metabolisme karbohidrat baik aereob maupun anaerob meningkat dengan kecepatan tetap. Peningkatan ini terutama disebabkan oleh ansietas dan aktivitas otot rangka. Peningkatan aktivitas metabolik terlihat dari peningkatan suhu tubuh, denyut jantung dan cairan yang hilang (Ilah Sursilah,2010:15).

2. Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diantara kontraksi, tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari terlentang ke posisi miring,

perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari. Nyeri, rasa takut, dan kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah (Ilah Sursilah, 2010:16).

3. Suhu

Suhu sedikit meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah persalinan. Yang dianggap normal ialah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5 sampai 1°C, yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan (Ilah Sursilah, 2010:17)

4. Frekuensi nadi (curah jantung)

Penurunan yang mencolok selama puncak kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang. Frekuensi denyut nadi diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan. Hal ini mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi selama persalinan (Ilah Sursilah, 2010:17).

5. Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi. Hiperventilasi yang memanjang adalah temuan abnormal dan dapat menyebabkan alkaloisis (Ilah Sursilah, 2010 :18).

6. Ginjal

Poliuria sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini dapat diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Poliuria menjadi kurang jelas pada posisi terlentang karena posisi ini membuat aliran urin berkurang selama kehamilan. Sedikit proteinuria (renik,1+) umum ditemukan pada sepertiga sampai setengah jumlah wanita bersalin. Proteinuria 2+ dan lebih adalah data yang abnormal (Ilah Sursilah,2010:19).

7. Perubahan pada saluran cerna

Motilitas dan absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang. Apabila kondisi ini diperburuk oleh penurunan lebih lanjut sekresi asam lambung selama persalinan, maka saluran cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Cairan tidak dipengaruhi dan waktu yang dibutuhkan untuk pencernaan dilambung tetap seperti biasa. Makanan yang diingesti selama periode menjelang persalinan atau masa prodromal atau fase laten persalinan cenderung akan tetap berada di dalam lambung selama persalinan. Mual dan muntah umum terjadi selama fase transisi, yang menandai akhir fase pertama persalinan (Ilah Sursilah,2010:20).

8. Ketuban

Ketuban akan pecah secara sendirinya, ketika pembukaan sudah lengkap atau hampir lengkap. Tidak jarang ketuban harus dipecahkan ketika pembukaan sudah lengkap (Sulistyawati,2010:66).

9. Uterus

Kontraksi uterus mulai dari fundus dan terus melebar sampai ke bawah abdomen dengan dominasi tarikan ke arah fundus (*fondal dominan*), kontraksi uterus berakhir dengan masa yang terpanjang dan sangat kuat pada fundus (Nugraheny,2010:63).

10. Serviks

a) Penipisan serviks (*effacement*)

Berhubungan dengan kemajuan pemendekan dan penipisan serviks. Seiring dengan bertambahnya kontraksi, serviks mengalami perubahan bentuk menjadi lebih tipis, panjangnya serviks pada akhir kehamilan normal berubah-ubah. Dengan dimulainya persalinan, panjang serviks berkurang secara teratur sampai menjadi sangat pendek (hanya beberapa mm)

(Nugraheny,2010:64-65).

b) Dilatasi

Seletah serviks dalam kondisi menipis penuh, maka berikutnya adalah pembukaan. Serviks membuka disebabkan daya tarik otot uterus ke atas secara terus menerus saat uterus berkontaksi (Sulistyawati,2010:65).

H. Pemenuhan Kebutuhan Psikologis Kala I,II, dan III

Untuk mengurangi rasa sakit terhadap ibu di kala I,II, dan III yaitu dengan cara psikologis dengan mengurangi perhatian ibu yang penuh terhadap rasa sakit. Adapun usaha-usaha yang dilakukan yaitu dengan cara :

1. Sugesti

Adalah memberi pengaruh pada ibu dengan pemikiran yang dapat diterima secara logis guna memberikan sugesti yang bersifat positif. Mengalihkan perhatian perasaan sakit akan bertambah bila perhatian dikhususkan pada rasa sakit itu. Usaha yang dilakukan misalnya mengajak bercerita, sedikit bersanda gurau, jika ibu masih kuat beralih buku bacaan yang menarik.

2. Kehadiran Seorang Pendamping

Berikut ini adalah hal yang bisa dilakukan seorang suami atau anggota keluarga jika mendampingi ibu selama persalinan :

3. Bantulah ibu mendapatkan posisi yang paling tepat, bila sudah berikan dukungan dengan sepenuh hati.

4. Sampaikan atau bicaralah padanya hanya mengenai hal-hal yang membesarkan hatinya.
5. Jika ibu mengerang menahan sakit, seorang pendamping harus mencoba mengelus-elus atau pijat perlahan punggung ibu. Sentuhan lembut semacam ini akan mengurangi ketegangannya.
6. Jika ibu berkeluh kesah tentang rasa sakitnya, besarkan hatinya untuk tetap tabah (Mutmainnah,dkk. 2017:72).

I. Mekanisme Persalinan

Inti dari mekanisme persalinan normal adalah pergerakan kepala janin dalam rongga dasar panggul untuk menyesuaikan dengan diameter terbesar dalam ukuran panggul ibu.

Ada tiga ukuran diameter kepala janin yang digunakan sebagai patokan dalam mekanisme persalinan normal, antara lain :

1. Jarak biparetal

Merupakan diameter melintang terbesar dari kepala janin, dipakai di dalam definisi penguncian (engagement).

2. Jarak suboksipito bregmatika

Jarak antara batas dari leher dan oksiput ke anterior fontanel, ini adalah diameter yang bersangkutan dengan presentasi kepala.

3. Jarak oksipitomental

Merupakan diameter terbesar di kepala janin, ini adalah

diameter yang bersangkutan dengan hal presentasi dahi (Wiknjosastro,dkk. 2009:137).

Mekanisme persalinan normal terbagi dalam beberapa tahap gerakan kepala janin di dasar panggul yang diikuti dengan lahirnya seluruh anggota badan bayi yaitu :

1. Penurunan kepala

Turunnya kepala dibagi dalam :

a) Masuknya Kepala dalam Pintu Atas Panggul

Masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul pada primigravida sudah terjadi pada bulan terakhir kehamilan tetapi pada multipara biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan. Masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul biasanya dengan sutura sagitalis melintang dan dengan fleksi yang ringan. Apabila sutura sagitalis berada di tengah-tengah jalan lahir, tepat diantara symphysis dan promotorium, maka dikatakan kepala dalam keadaan sinklitismus. Pada syncitismus os parietale depan dan belakang sama tingginya. Jika sutura sagitalis agak ke depan mendekati symphysis atau agak ke belakang mendekati promotorium, maka dikatakan asinklitismus. Dikatakan asinklitismus posterior, ialah kalau sutura sagitalis mendekati symphysis dan os parietale belakang lebih rendah dan os parietale depan,

dan dikatakan asinklitismus anterior ialah kalau sutura sagitalis mendekati promotorium sehingga os parietale depan lebih rendah dari os parietale belakang. Pada pintu atas panggul biasanya kepala dalam asinklitismus posterior yang ringan. Pada derajat sedang asinklitismus pasti terjadi pada persalinan normal, tetapi bila berat gerakan ini dapat menimbulkan disproporsi sevalopelvis dengan panggul yang berukuran normal sekalipun. Penurunan kepala lebih lanjut terjadi pada kala satu dan kala dua persalinan. Hal ini disebabkan karena adanya kontraksi dan retraksi dari segmen atas rahim, yang menyebabkan tekanan langsung pada fundus pada bokong janin. Dalam waktu yang bersamaan terjadi relaksasi dari segmen bawah rahim, sehingga terjadi penipisan dan dilatasi serviks. Keadaan ini menyebabkan bayi terdorong kejalan lahir (Utama dkk, 2011:15).

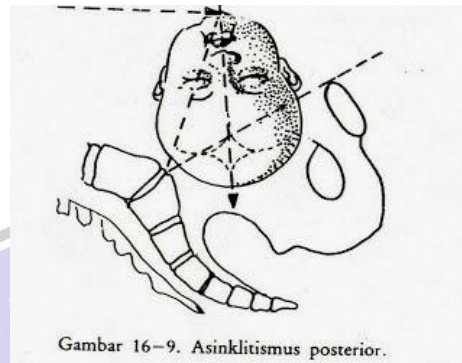


Gambar 13-8. Asinklitismus anterior.

Gambar 2.15

Asinklitismus Anterior

Sumber : <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/08/Asuhan-Kebidanan-Persalinan-dan-BBL-Komprehensif.pdf>

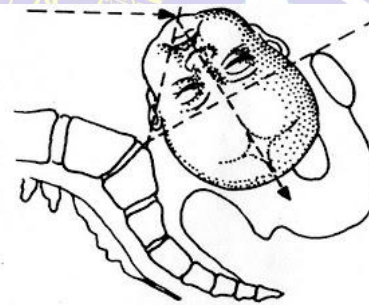


Gambar 16-9. Asinklitismus posterior.

Gambar 2.16

Asinklitismus Posterior

Sumber : <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/08/Asuhan-Kebidanan-Persalinan-dan-BBL-Komprehensif.pdf>



Gambar 13-7. Sinklitismus.

Gambar 2.17

Sinklitismus

Sumber: <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/08/Asuhan-Kebidanan-Persalinan-dan-BBL-Komprehensif.pdf>

- b) Pada primigravida majunya kepala terjadi setelah kepala masuk ke dalam rongga biasanya baru mulai pada kala II. Pada multipara sebaiknya majunya kepala dan

masuknya kepala dalam rongga panggul terjadi bersamaan. Majunya kepala ini bersamaan dengan gerakan-gerakan yang lain yaitu : fleksi, putaran paksi dalam, dan ekstensi:

Penyebab majunya kepala antara lain :

- 1) Tekanan cairan intrauterine
- 2) Tekanan langsung oleh fundus pada bokong
- 3) Kekuatan mengejan
- 4) Melurusnya badan anak oleh
- 5) Perubahan bentuk rahim

(a) Penguncian (engagement)

Tahap penurunan pada waktu diameter biparietal dari kepala janin telah melalui lubang masuk panggul pasien.

- (1) Dalam proses masuknya kepala janin ke dalam panggul, fleksi menjadi hal yang sangat penting karena dengan fleksi diameter kepala janin terkecil dapat bergerak melalui panggul dan terus menuju dasar panggul. Pada saat kepala bertemu dengan dasar panggul, tahanannya akan meningkatkan fleksi menjadi bertambah besar yang sangat diperlukan

agar saat sampai di dasar panggul kepala janin sudah dalam keadaan fleksi maksimal (Winkjosastro, dkk 2009:131).

(2) Putaran paksi dalam.

Putaran internal dari kepala janin akan membuat diameter ateroposterior dari panggul pasien. Kepala akan berputar dari arah diameter kanan, miring ke arah diameter PAP dari panggul tetapi bahu tetap miring ke kiri, dengan demikian hubungan normal antara as panjang kepala janin dengan as panjang dari bahu akan berubah dan leher akan berputar 45 derajat. Hubungan antara kepala dan panggul ini akan terus berlanjut selama kepala janin masih berada di dalam panggul. Pada umumnya rotasi penuh dari kepala ini akan terjadi ketika kepala telah sampai di dasar panggul atau segera setelah itu. Perputaran kepala yang dini kadang-kadang terjadi pada multipara atau pasien yang mempunyai kontraksi efisien (Widyatun, 2012:53).

(3) Lahirnya kepala dengan cara ekstensi.

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

Bagian leher belakang di bawah oksiput akan bergeser ke bawah simfisis pubis dan bekerja sebagai titik poros (hipomoklion).

Uterus yang berkontraksi kemudian memberikan tekanan tambahan di kepala yang menyebabkannya ekstensi lebih lanjut saat lubang vulva-vagina membuka lebar (Widyatun,2012:54).



Gambar 2.18
Gambar Kepala Janin Ekstensi, Defleksi,
dan Fleksi

Sumber:

<http://reproduksiumj.blogspot.com/2009/08/perawatan-antenatal-lanjutan.html>

(4) Resusitasi

Resusitasi ialah perputaran kepala sebesar 45 derajat baik ke kanan atau ke kiri, bergantung kepada arah dimana ia mengikuti perputaran menuju posisi oksiput anteriorn (Widyatun, 2012:55).

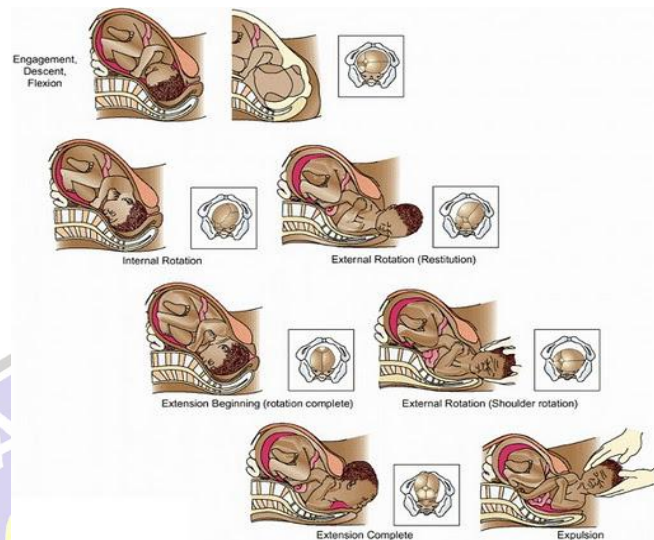
(5) Putaran paksi luar

Putaran ini terjadi secara bersamaan dengan putaran internal dari bahu. Pada saat kepala janin mencapai dasar panggul, bahu akan mengalami perputaran dalam arah yang sama dengan kepala janin agar terletak dalam diameter yang besar dari rongga panggul. Bahu anterior akan terlihat pada lubang vulva-vagina, dimana ia akan bergeser ke bawah di bawah simfisis pubis (Astuti *et all*, 2012:88).

(6) Lahirnya bahu dan seluruh anggota badan

bayi. Bahu posterior akan mengembungkan perineum dan kemudian dilahirkan dengan secara fleksi lateral. Setelah bahu dilahirkan, seluruh tubuh

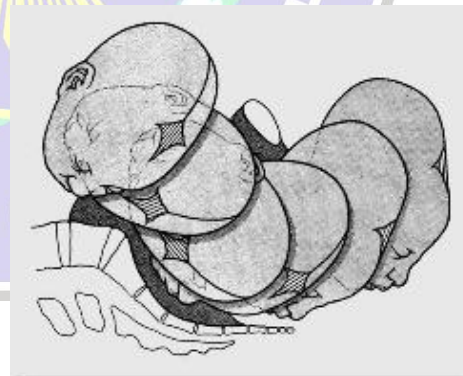
janin lainnya akan dilahirkan mengikuti sumbu carus (Astuti *et all*, 2012:89).



Gambar 2.19
Rotasi Kepala Janin

Sumber :

<http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/mekanisme-gerakan-kepala-janin-pada.html>



Gambar 2.20
Ekspulsi Kepala Janin

Sumber :

<http://umrotul08.blogspot.com/2015/10/ekspulsi-janin.html>

J. Proses Persalinan

Persalinan normal dibagi dalam 4 tahapan, yaitu kala I (mulai pembukaan I sampai lengkap), kala II (mulai dari pembukaan lengkap sampai janin lahir), kala III (mulai janin lahir sampai plasenta dilahirkan) dan kala IV (mulai plasenta dilahirkan sampai 2 jam postpartum) (Sumarah,dkk.2009:54).

1. Kala I

Kala I disebut juga dengan kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0 sampai dengan pembukaan lengkap (10 cm). Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak kuat sehingga pasien masih dapat berjalan-jalan. Proses pembukaan serviks sebagai akibat his dibedakan menjadi fase, yaitu:

a) Fase laten

Berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai dengan pembukaan mencapai ukuran diameter 3 cm (Winkjosastro,dkk.2015:56).

b) Fase aktif

Fase aktif merupakan pembukaan dari 3 cm sampai lengkap (+10cm), berlangsung sekitar 6 jam. Fase aktif terbagi atas :

1) Fase Akselerasi

Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4cm.

2) Fase Dilatasi Maksimal

Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm sampai dengan 9 cm

3) Fase Deselerasi

Pembukaan melambat kembali, dalam 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap (10cm).

Pembukaan lengkap berarti bibir serviks dalam keadaan tak teraba dan diameter lubang serviks adalah 10 cm.

Dalam fase aktif ini, frekuensi dan lama kontraksi akan meningkat secara bertahap, biasanya terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih. Biasanya dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10cm, akan terjadi kecepatan rata-rata yaitu 1 cm per jam untuk primigravida dan 2 cm untuk multigravida.

Fase-fase tersebut dijumpai pada primigravida begitu pula pada multigravida, tetapi pada fase laten, fase aktif, dan fase deselerasi terjadi lebih pendek. Mekanisme pembukaan serviks berbeda antara primi atau multigravida.

Pada primigravida, OUI membuka lebih dulu sehingga serviks akan memutar dan menipis, baru kemudian OUE membuka, pada multigravida OUI dan OUE akan mengalami penipisan dan perdataran yang bersamaan. Kala I selesai apabila permukaan serviks sudah lengkap.

Pada primigravida, kala I berlangsung kira-kira 12 jam, sedangkan pada multigravida kira-kira 7 jam (Winkjosastro,dkk.2015:58).

Tabel 2.6
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).

2. Kala II

Kala II disebut juga dengan kala pengeluaran, kala ini dimulai dari pembukaan lengkap (10cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida, gejala utama dari kala II adalah:

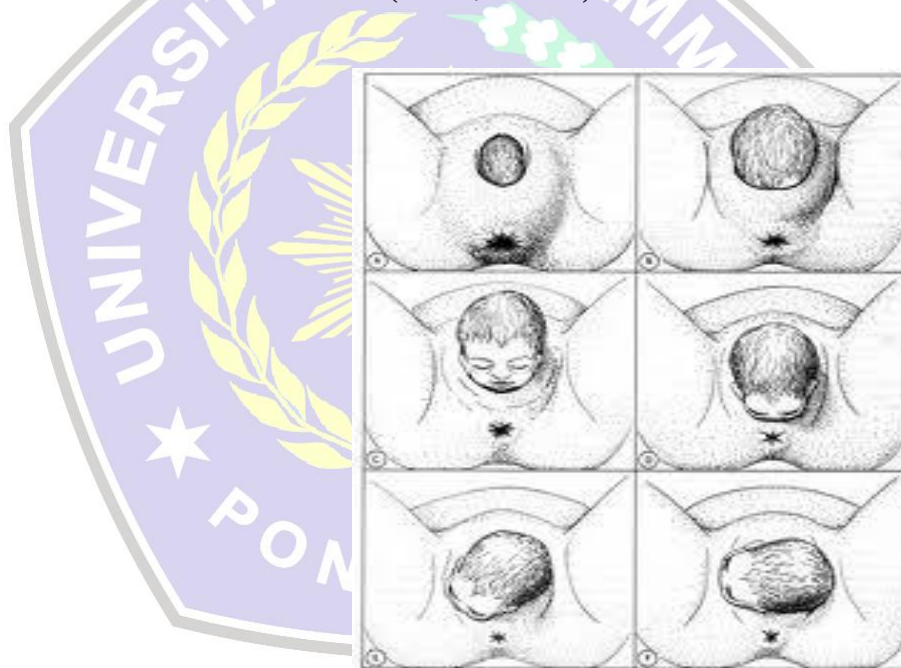
- a) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50 sampai 100 detik.
- b) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- c) Ketuban pecah pada pembukaan merupakan pendeteksi lengkap diikuti keinginan mengejan karena fleksus frankenhauser tertekan.
- d) Kedua kekuatan, his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga kepala bayi membuka pintu, subocciput bertindak sebagai hipomoglion berturut-turut lahir dari dahi, muka, dagu yang melewati perineum.
- e) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putaran paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
- f) Setelah putaran paksi luar berlangsung maka persalinan bayi ditolong dengan jalan :
 - 1) Kepala dipegang pada oksiput dan di bawah dagu, ditarik curam ke bawah untuk melahirkan bahu belakang.

- 2) Setelah kedua bahu lahir, ketiak diikat untuk melahirkan sisa badan bayi.
- 3) Bayi kemudian lahir diikuti oleh air ketuban (Sumarah,dkk.2009 :68).

Tabel 2.7
Lamanya persalinan

Kala	Primipara	Multipara
Kala I	13 jam	7 jam
Kala II	1 jam	$\frac{1}{2}$ jam
Kala III	$\frac{1}{2}$ jam	$\frac{1}{4}$ jam
Total	14 $\frac{1}{2}$ jam	7 $\frac{1}{2}$ jam

Sumber : (Rohani, 2011 :24)



Gambar 2.21

Mekanisme Keluarnya Kepala Janin

Sumber: <http://intantriadhawati.blogspot.com/2015/06/perubahan-fisiologis-persalinan-kala-i.html>

3. Kala III

Setelah kala III, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 menit. Melalui kelahiran bayi, plasenta sudah mulai terlepas pada lapisan. Nitabisch karena sifat reaksi otot rahim (Komalasari, 2014:31). Dimulai segera setelah bayi lahir sampai plasenta lahir, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, jika lebih maka harus diberi penanganan lebih atau dirujuk (Komalasari, 2014:31). 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 :

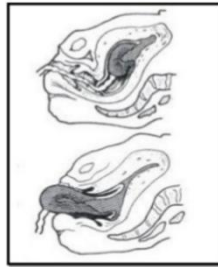
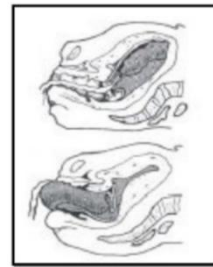
- a) Metode schulze

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 schutzle. 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).

SchultzeDuncan

Gambar 2.22
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 prasad menurut Marmi (2016: 258-259) antara lain :

- a) Prasad 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. Prasad ini hendaknya dilakukan secara berhati-hati. Apabila hanya sebagian plasenta terlepas, perdarahan banyak akan dapat terjadi.
- b) Prasad 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).

K. Kebutuhan Ibu Bersalin

Ada beberapa kebutuhan dasar bagi wanita dalam persalinan menurut Lesser&Keane, antara lain :

1. Asuhan fisik

Pemenuhan kebutuhan fisik dan psikologis pada ibu dan keluarga kala I,II, dan III adalah sebagai berikut:

a) Kala I

Kebutuhan-kebutuhan yang harus terpenuhi di kala I, antara lain:

1) Mengatur aktivitas dan posisi ibu

Saat dimulainya persalinan sambil menunggu pembukaan lengkap, ibu masih dapat diperbolehkan melakukan aktivitas, namun harus sesuai dengan kesanggupan ibu agar ibu tidak merasa jenuh dan rasa kecemasan yang dihadapi oleh ibu saat menjelang persalinan dapat berkurang. Pada kala I, ibu dapat mencoba berbagai posisi yang nyaman selama persalinan dan kelahiran. Peran suami di sisi adalah untuk membantu ibu berganti posisi yang nyaman agar ibu merasa ada orang yang menemani di saat proses menjelang persalinan

(Lis Sinsin, 2008: 68).

2) Membimbing ibu untuk rileks sewaktu ada his

His merupakan kontraksi pada uterus di mana his ini termasuk tanda-tanda persalinan yang mempunyai sifat intermiten, terasa sakit, terkoordinasi, dan simetris serta terkadang dapat dipengaruhi dari luar secara fisik dan psikis. Karena his sifatnya menimbulkan rasa sakit maka ibu disarankan menarik nafas panjang dan kemudian

anjurkan ibu untuk menahan napas sebentar, kemudian dilepaskan dengan cara meniup sewaktu ada his (Lis Sinsin, 2008: 69).

3) Menjaga kebersihan ibu

Saat persalinan akan berlangsung, anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya secara rutin selama persalinan. Di sini ibu harus berkemih paling sedikit setiap 2 jam atau lebih atau jika ibu merasa ingin berkemih. Kandung kemih yang penuh akan mengakibatkan :

- a) Memperlambat turunnya bagian terbawah janin dan memungkinkan menyebabkan partus macet.
- b) Menyebabkan ibu tidak nyaman.
- c) Meningkatkan risiko perdarahan pasca persalinan yang disebabkan antonia uteri.
- d) Meningkatkan risiko infeksi saluran kemih pasca persalinan (Mutmainnah,dkk. 2017:67).

4) Pemberian cairan dan nutrisi

Tindakan kita sebagai tenaga kesehatan yaitu memastikan ibu untuk mendapat asuhan (makanan ringan dan minum air) selama persalinan dan kelahiran bayi. Pada fase aktif ibu hanya ingin mengonsumsi cairan, oleh karena itu bidan menganjurkan keluarga

untuk menawarkan ibu minum sesering mungkin dan makan ringan selama persalinan berlangsung dan memberikan lebih banyak energi yang mencegah dehidrasi. Dehidrasi ini bila terjadi akan memperlambat kontraksi atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur (Mutmainnah, dkk. 2017:67).

a) Kala II

Kala II persalinan akan mengakibatkan suhu tubuh ibu meningkat dan saat ibu mengejan selama kontraksi dapat membuat ibu menjadi kelelahan. Di sini bidan harus dapat memenuhi kebutuhan selama kala II, di antaranya :

1) Menjaga kandung kemih tetap kosong

Menganjurkan ibu untuk berkemih sesering mungkin setiap 2 jam atau bila ibu merasa kandung kemih sudah penuh. Kandung kemih dapat menghalangi penurunan kepala janin ke dalam rongga panggul. Jika ibu tidak dapat berjalan ke kamar mandi bantulah agar ibu dapat berkemih dengan wadah penampung urine

2) Menjaga kebersihan ibu

Di sini ibu tetap dijaga kebersihan dirinya agar terhindar dari infeksi.

3) Pemberian cairan

Menganjurkan ibu untuk minum selama kala II persalinan dianjurkan karena selama bersalin ibu akan mudah mengalami dehidrasi, selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Dengan cukupnya asupan cairan, ini dapat mencegah ibu mengalami dehidrasi.

4) Mengatur posisi ibu

Pada saat mendampingi mengejan, bantu ibu memperoleh posisi yang paling nyaman. Ibu dapat berganti posisi secara teratur selama kala II persalinan. Karena perpindahan posisi yang sering kali mempercepat kemajuan persalinan. Biasanya posisi duduk atau setengah duduk dipilih ibu bersalin karena nyaman bagi ibu dan ibu bisa beristirahat dengan mudah diantara kontraksi jika merasa lelah, dan keuntungan lain dari posisi ini yaitu dapat memudahkan melahirkan kepala bayi. Ada 4 posisi yang sering digunakan dalam persalinan di antaranya adalah posisi jongkok, menungging, tidur miring, dan setengah duduk. Adapun cara-cara meneran yang baik bagi ibu diantaranya adalah:

- (a) Menganjurkan ibu untuk meneran sesuai dengan alamiah selama kontraksi.
- (b) Jangan anjurkan ibu menahan napas pada saat meneran.
- (c) Menganjurkan ibu untuk berhenti meneran dan beristirahat di antara kontraksi.
- (d) Jika ibu berbaring miring atau setengah duduk, ibu mungkin merasa lebih mudah meneran. Begitu pula jika ibu menarik lutut ke arah dada dan menempelkan dagu ke dada.
- (e) Menganjurkan ibu untuk tidak mengangkat pantat saat meneran.
- (f) Tenaga kesehatan (bidan) tidak dianjurkan untuk melakukan dorongan pada fundus untuk membantu kelahiran bayi karena dorongan pada fundus dapat meningkatkan distosia bahu dan ruptur uteri (Mutmainnah,dkk. 2017:70-73).

b) Pengeluaran Kala III

Adapun pemenuhan kebutuhan pada kala III diantaranya:

1) Menjaga kebersihan

Pada daerah vulva ibu, harus selalu dijaga kebersihannya untuk menghindari infeksi.

2) Pemberian Cairan dan Nutrisi

Memberikan asupan nutrisi (makanan ringan dan minuman setelah persalinan karena ibu lebih banyak mengeluarkan tenaga selama kelahiran bayi. Dengan pemenuhan asupan nutrisi ini diharapkan agar ibu tidak kehilangan energi.

3) Kebutuhan istirahat

Setelah janin dan plasenta lahir kemudian ibu sudah dibersihkan, ibu dianjurkan untuk istirahat karena sudah mengeluarkan banyak tenaga pada saat persalinan. Di sini pola istirahat ibu dapat membantu mengembalikan alat-alat reproduksi dan meminimalisir trauma pada saat persalinan (Damayanti, 2015: 84).

L. Masalah Persalinan

Beberapa masalah yang bisa terjadi menjelang persalinan, proses persalinan dan paska persalinan menurut Rabiah (2013:90-96), antara lain :

1. Janin terlilit tali pusat

Kondisi ini kerap membuat para calon ibu khawatir. Pasalnya ada penelitian yang mengatakan 25% janin mengalami hal ini. Dan ada juga penelitian yang mengatakan sekitar 20% persalinan normal. Terdapat beberapa tali pusar yang tidak

membahayakan janin sehingga dipastikan dengan pemeriksaan *ultrasonografi*. Dengan pemeriksaan ini dapat dilihat posisi lokasi lilitan tali. Beberapa kali lilitan terjadi dan bagaimana aliran darah di daerah lilitan tersebut bisa diketahui apakah lilitan tali pusar tersebut membahayakan janin atau tidak. Kondisi bayi yang terlilit tali pusar akan berpengaruh terhadap ibu dan si jabang bayi, yaitu :

2. Gangguan proses persalinan normal, karena janin tidak turun ke rongga panggul menuju jalan lahirnya

Jika lilitan terlalu kuat membuat janin kekurangan oksigen (*hipoksia*) dan akan membahayakan. Membahayakan apabila kondisi seperti diatas dan calon ibu ingin memutuskan persalinan normal, maka perlu pendampingan dari dokter yang terus memonitor apakah dapat menyebabkan bahaya. Jika keadaan semakin memburuk maka jalan satu-satunya adalah dengan SC.

3. Posisi bayi sungsang

Bila bayi didapati dengan posisi sungsang mintalah dokter untuk mengembalikan posisi janin sebelum meminta anda untuk melakukan proses persalinan SC. Tindakan yang dapat anda lakukan agar bayi anda kembali ke posisi normal maka lakukan *knee-chest* atau posisi sujud-menungging (dada lutut). Jika posisi janin tetap sungsang sampai akhir kehamilan, biasanya

dokter akan melakukan tindakan Eksternal Cephalic Version (ECV) atau memutar janin. Tindakan ini dapat dilakukan bila :

- a) Ibu hamil tidak mengalami perdarahan pada vagina dan plasenta di dekat mulut rahim
- b) Detak jantung bayi tidak normal
- c) Hamil kembar
- d) Pertumbuhan janin tidak normal
- e) Air ketuban kurang

n. Bayi lahir dengan *sindroma down*

Bayi lahir dengan kondisi *sindroma down* atau *sindroma mongoloid* terjadi karena kelainan pembelahan sel di seluruh tubuh bayi yang disebut *non disjunction*. Hal ini yang menghasilkan janin yang saat ini masih berupa embrio dengan tiga copy kromosom bukan 2 copy sebagaimana mestinya. Penyebab ini masih belum di ketahui sampai sekarang.

4. Bayi lahir prematur

Penyebab umumnya terjadinya kelahiran prematur adalah *Premature Rupture of Membrane (PROM)*. Ini terjadi karena selaput ketuban pecah dan air ketuban keluar sebelum waktunya lahir. Beberapa ahli berpendapat bahwa pemicunya adalah :

- a) Infeksi vagina, kadar hormon esterogen yang meningkat dalam keadaan hamil menyebabkan vagina memproduksi lebih banyak glikogen yang mendukung pertumbuhan jamur. Pencegahannya adalah menjaga kebersihan vagina.
- b) Infeksi saluran kemih, gejalanya adalah merasa terbakar ketika buang air kecil, sakit di seputar panggul atau di bawah puser, anyang-anyangan atau sering terasa mau buang air kecil, urin bau dan berwarna keruh serta terkadang ada darahnya. Pencegahan dengan minum air putih sesuai dengan kebutuhan tubuh.
- c) *Listeria* atau listeriosis. Infeksi ini sering diabaikan, gejalanya mirip flu dengan sedikit demam serta kadang diare. Selain kelahiran prematur, bayi bisa menderita meningitis. Pencegahannya dengan menghindari makanan yang mudah dihinggapai jamur seperti keju lunak atau daging yang belum matang.
- d) Cairan amniotik yang terlalu banyak
- e) Mulut rahim yang lemah
- f) Bentuk rahim yang tidak normal, misal memiliki kantong rahim ganda tetapi satu mulut rahim
- g) Hamil kembar

h) Stress selama fase kehamilan. Pencegahannya dengan melakukan relaksasi.

i) Hamil di usia yang sudah tua.

5. Plasenta previa

Plasenta previa dimana plasenta tumbuh di tempat yang salah. Seharusnya plasenta terbentuk di sepanjang bagian atas rahim. Namun pada kasus ini plasenta justru melekat atau menutupi serviks. Kondisi ini mengganggu proses persalinan karena plasenta menutupi jalur lahir dan sekitar 0,5% ibu hamil mengalami plasenta previa. Letak plasenta yang tidak pada tempatnya ini bisa diketahui sejak sebelum proses persalinan. Plasenta previa biasanya dapat terdeteksi melalui *ultrasonografi*. Jika terdeteksi tumbuh di bawah rahim pada usia kehamilan lebih dari 28 minggu, maka ibu hamil dinyatakan positif mengalami plasenta previa. Jika plasenta menghalangi jalan lahir maka diputuskan untuk persalinan SC. Tanda klinis dari plasenta previa adalah *painless bleeding* atau perdarahan tanpa nyeri. Hal ini harus ditangani cepat dan tepat karena berakibat fatal bagi ibu dan janin. Penyebabnya masih belum diketahui. Terdapat beberapa resiko terjadinya plasenta previa yakni :

a) Pernah melakukan kuratasae dan operasi caesar di kehamilan sebelumnya

- b) Kehamilan kembar
- c) Memiliki endometrium, merokok
- d) Hamil di bawah usia 20 tahun atau di atas 30 tahun
- e) Memiliki riwayat plasenta previa pada kehamilan sebelumnya.

6. Pre eklampsia dan postpartum eklampsia

Pre eklampsia merupakan keadaan dimana tekanan darah meningkat dan terdapat protein dalam urin yang hanya bisa terjadi selama masa kehamilan. Ketika pre eklampsia terjadi di minggu-minggu akhir kehamilan, maka dokter akan cepat mengambil tindakan mengeluarkan janin sebagai bentuk pertolongan pada janin. Namun jika pre eklampsia terjadi di awal kehamilan maka pihak medis akan mengambil tindakan memperpanjang masa kehamilan sampai janin dianggap telah cukup kuat untuk dilahirkan dan keadaan ibu baik. Pre eklampsia masih bisa terjadi setelah persalinan dan risiko masih tinggi samapi 4 minggu, setelahnya bila keadaan pre eklampsia tidak ditangani dengan baik dikhawatirkan terjadi eklampsia dengan tanda klinis berupa kejang dan koma. Terdapat beberapa gejala sebelum terjadi eklampsia atau *impending eklapsia* yaitu : tekanan darah meningkat, sakit kepala, gangguan penglihatan, nyeri perut bagian atas (nyeri uluh hati), pembekalan seluruh badan, nyeri otot dan sendi.

Penyebab pre eklampsia belum dapat dipastikan. Menurut dugaan para ahli faktor genetik, pola makan, defisiensi vitamin (misalnya vitamin A) atau penulakan sistem imun dari plasenta oleh tubuh ibu. baik pre eklampsia dan eklampsia penanganannya dilakukan oleh dokter dengan memberikan obat-obatan seperti magnesium sulfat untuk mencegah dan mengatasi kejang. Lalu suntikan *labelatol*, *nicardipine*, *nifedipine*, atau hidralazin untuk menurunkan tekanan darah.

7. Ketuban pecah dini

Penanganan ketuban pecah dini sangat tergantung pada kondisi ibu dan kehamilannya, termasuk janin dan cairan ketuban. Jika jumlah cairan ketuban masih cukup, maka dokter cenderung menahan janin di rahim. Dan si calon ibu harus beristirahat total dan mendapat penanganan diberikan obat-obat untuk memtangkan paru-paru janin dan antibiotik untuk mencegah infeksi. Umumnya hal ini akan membuat selaput ketuban akan menutup sendiri dan cairan ketuban akan kembali dan terus dibentuk. Jika cairan ketuban habis sama sekali, dokter akan segera mengeluarkan bayi lewat jalan operasi SC. Tips mencegah ketuban pecah :

- a) Periksa kehamilan secara teratur dan segera ke obgyn jika merasa ada yang tidak normal dengan kehamilan atau di daerah kemaluan.
- b) Bersihkan daerah kemaluan dengan dari mulai depan ke belakang.
- c) Jika mulut rahim cenderung lemah segera hentikan melakukan hubungan seksual.
- d) Konsumsi vitamin C secara teratur terlebih saat usia kehamilan lebih dari 20 minggu.

8. BBLR (Berat Badan Bayi Lahir Rendah)

Proses kelahiran cenderung lancar tetapi kondisi bayi yang baru saja dilahirkan tidak sempurna. Tak sedikit bayi yang dilahirkan dalam kondisi berat badan rendah. Umumnya terjadi lantaran usia kehamilan yang belum cukup bulan atau bayi lahir tapi berat badan saat lahir lebih kecil ketimbang pada saat di dalam kandungan (dismaturitas). Faktor penyebab berat badan bayi lahir rendah :

- a) Adanya gangguan pertumbuhan janin yang sering disebabkan oleh suplai makanan dari ibu ke janin berkurang.
- b) Kelainan plasenta.
- c) Infeksi atau hipertensi.

Pencegahan berat badan bayi lahir rendah :

- a) Mengonsumsi makanan yang dianjurkan dokter obgyn
- b) Selalu menjaga kehamilan berkembang normal.

Sedangkan penanganan bayi lahir dengan berat badan rendah adalah memantau asupan gizi yang masuk ke dalam tubuh bayi.

M. Lima Benang Merah

Terdapat lima dasar aspek yang sangat penting baik dalam persalinan normal maupun patologis, Lima Benang Merah ini akan selalu berlaku dalam penatalaksanaan persalinan, mulai dari kala satu hingga kala empat, termasuk penatalaksanaan bayi baru lahir. Diantaranya adalah sebagai berikut :

1. Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan klinik merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang diperlukan oleh pasien. Keputusan ini harus bersifat akurat, komprehensif dan aman baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberikan pertolongan. Ada empat langkah proses pengambilan keputusan klinik diantaranya:

- a) Pengumpulan data, pengumpulan data ini meliputi data subyektif dan data obyektif

Petugas kesehatan atau penolong persalinan mengumpulkan data subyektif maupun obyektif dari klien secara langsung. Data subyektif adalah informasi yang diceritakan ibu tentang apa yang dirasakan, apa yang sedang dialami, termasuk informasi tambahan yang diberikan oleh anggota keluarga tentang status keadaan ibu. Data obyektif adalah informasi yang dikumpulkan berdasarkan pemeriksaan atau pengantar terhadap ibu atau bayi baru lahir.

Cara mengumpulkan data, yaitu :

- 1) Berbicara dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan kepada ibu tentang kondisi dan riwayat perjalanan penyakit.
- 2) Mengamati tingkah laku ibu apakah terlihat sehat atau sakit, aman atau terganggu.
- 3) Melakukan pemeriksaan fisik dengan cara : inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi
- 4) Melakukan pemeriksaan tambahan lainnya bila diperlukan, misalnya pemeriksaan laboratorium, rontgen, dan lain-lain

(Damayanti, dkk. 2015: 16-17).

2. Menginterpretasikan data dan mengidentifikasi masalah

Setelah data dikumpulkan, penolong persalinan melakukan analisis dan mengikuti algoritma diagnosa. Peralihan dari analisis data menuju pada pembuatan diagnosis bukanlah suatu proses yang linear (berada pada satu garis lurus) melainkan suatu proses linear (berada pada suatu garis lurus) melainkan suatu proses sirkuler (melingkar) yang berlangsung terus menerus. Suatu diagnosis kerja diuji dan dipertegas atau dikaji ulang berdasarkan pengamatan dan pengumpulan data secara terus menerus.

Untuk identifikasi masalah dan membuat diagnosis, diperlukan :

- a) Data yang lengkap dan akurat
- b) Kemampuan untuk menginterpretasi/analisis data
- c) Pengetahuan esensial, intuisi dan pengalaman yang relevan dengan masalah yang ada

Diagnosis dibuat sesuai dengan istilah atau nomenklatur (istilah yang dikenal/biasa dipakai) spesifik kebidanan yang mengacu pada data utama, analisis data subyektif dan obyektif yang diperoleh. Diagnosis menunjukkan variasi kondisi yang berkisaran antara normal dan patologik yang memerlukan upaya korektif untuk menyelesaikannya. Masalah dapat memiliki

dimensi yang luas dan mungkin berada di luar konteks sehingga sulit untuk segera diselesaikan. Masalah obstetrik merupakan bagian dari diagnosis sehingga selain upaya kolektif dalam penatalaksanaan, juga diperlukan upaya penyertaan untuk mengatasi masalah.

(Damayanti, dkk. 2015: 18).

3. Membuat diagnosis atau menentukan masalah yang terjadi/dihadapi

Bagian ini dianalogikan dengan proses diagnosis kerja setelah mengembangkan berbagai kemungkinan lain (diagnosis banding). Rumusan masalah mungkin saja terkait langsung maupun tidak langsung terhadap diagnosis tetapi dapat pula merupakan masalah utama yang paling terkait dengan beberapa masalah penyerta atau faktor lain yang berkontribusi dalam terjadinya masalah utama.

Dalam pekerjaan sehari-hari, penolong persalinan yang terampil, akan segera mengetahui bahwa seorang pasien adalah primigravida dalam fase aktif persalinan (diagnosis).

Tetapi apabila sang ibu juga mengalami anemia (masalah) maka identifikasi penyebab masalah ini tidak mungkin seperti membuat diagnosis di atas. Hal tersebut memerlukan analisis lanjutan untuk menentukan apakah anemia tadi disebabkan oleh defisiensi zat besi (kurang asupan), intervensi

parasit (malaria, cacing, dsb) atau budaya setempat (faktor sosial dan rendahnya pendidikan) yang melarang ibu hamil mengkonsumsi makanan bergizi (malnutrisi). Dengan kata lain, walaupun sudah ditegakkan diagnosis kerja tetapi bukan berarti bahwa tidak ada masalah lain yang dapat menyertai atau mengganggu upaya pertolongan yang akan diberikan oleh seorang penolong persalinan (Damayanti, dkk. 2015: 19).

4. Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk mengatasi masalah

Petugas kesehatan di lini depan atau bidan di desa, tidak hanya diharapkan terampil membuat diagnosis bagi pasien atau klien yang dilayaninya tetapi juga harus mampu mendeteksi setiap situasi yang dapat mengancam keselamatan jiwa ibu dan bayinya. Untuk mengenai situasi tersebut, para bidan harus pandai membaca situasi klinik dan budaya masyarakat setempat sehingga mereka tanggap dalam mengenali kebutuhan terhadap tindakan segera sebagai langkah penyelamatan ibu dan bayinya apabila situasi gawat darurat memang terjadi.

Upaya ini dikenal sebagai kesiapan menghadapi persalinan dan tanggap terhadap komplikasi yang mungkin terjadi (*birth preparedness and complication readiness*). Dalam uraian-

uraian berikutnya, petugas pelaksana persalinan akan terbiasa dengan istilah rencana rujukan yang harus selalu disiapkan dan didiskusikan diantara ibu, suami, dan penolong persalinan

(Damayanti, dkk. 2015: 20).

5. Menyusun rencana pemberian asuhan dan intervensi untuk solusi masalah

Rencana asuhan atau intervensi bagi ibu bersalin dikembangkan melalui kajian data yang telah diperoleh, identifikasi kebutuhan atau kesiapan asuhan dan intervensi, dan mengukur sumber daya atau kemampuan yang dimiliki. Hal ini dilakukan untuk membuat ibu bersalin dapat ditangani secara baik dan melindunginya dari berbagai masalah atau penyulit potensial dapat mengganggu kualitas pelayanan, kenyamanan ibu ataupun mengancam keselamatan ibu dan bayi.

Rencana asuhan harus dijelaskan dengan baik kepada ibu dan keluarganya agar mereka mengerti manfaat yang diharapkan dan bagaimana upaya penolong untuk menghindarkan ibu dan bayinya dari berbagai gangguan yang mungkin dapat mengancam keselamatan jiwa atau kualitas hidup mereka

(Damayanti, dkk. 2015: 21).

6. Melaksanakan asuhan/intervensi terpilih

Setelah membuat rencana asuhan, laksanakan rencana tersebut secara tepat waktu dan aman. Hal ini akan menghindarkan terjadinya penyulit dan memastikan bahwa ibu dan atau bayinya yang baru lahir akan menerima asuhan atau perawatan yang mereka butuhkan. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang beberapa intervensi yang dapat dijadikan pilihan untuk kondisi yang sesuai dengan apa yang sedang dihadapi sehingga mereka dapat membuat pilihan yang baik dan benar. Pada beberapa keadaan, penolong sering dihadapkan pada pilihan yang baik dan benar. Pada beberapa keadaan, penolong sering dihadapkan pada pilihan yang sulit karena ibu dan keluarga meminta penolong yang menentukan intervensi yang terbaik bagi mereka. Penjelasan bahwa hal tersebut tidak sesuai dengan hak klien, memerlukan pengertian dan kerja sama yang baik dari ibu dan keluarganya. Jelaskan bahwa kewajiban petugas adalah memberikan konseling, penjelasan objektif dan mudah dimengerti agar klien dan keluarga memahami situasi yang dihadapi dan mampu membuat keputusan untuk memperoleh hasil yang terbaik bagi ibu, bayi dan keluarga. Beberapa faktor yang dapat memengaruhi pilihan adalah :

a) Bukti-bukti ilmiah

- b) Rasa percaya ibu terhadap penolong persalinan
- c) Pengalaman saudara atau kerabat untuk kasus yang serupa
- d) Tempat dan kelengkapan fasilitas kesehatan
- e) Biaya yang diperlukan
- f) Akses ke tempat rujukan
- g) Luaran dari sistem atau sumber daya yang ada

(Damayanti, dkk. 2015: 21-22).

7. Memantau dan mengevaluasi efektifitas asuhan atau intervensi

Penatalaksanaan yang telah dikerjakan kemudian dievaluasi untuk menilai efektivitasnya. Tentukan apakah perlu dikaji ulang atau diteruskan sesuai dengan rencana kebutuhan saat itu. Proses pengumpulan data, membuat diagnosis, memilih intervensi, menilai kemampuan diri, melaksanakan asuhan atau intervensi dan evaluasi adalah proses sirkuler (melingkar). Lanjutan evaluasi yang diberikan kepada ibu dan bayi baru lahir. Jika pada saat evaluasi ditemukan status ibu atau bayi baru lahir telah berubah, sesuaikan asuhan yang diberikan untuk memenuhi perubahan kebutuhan tersebut.

Asuhan atau intervensi dengan membawa manfaat dan teruji efektivitasnya apabila masalah yang dihadapi dapat diselesaikan atau membawa dampak yang menguntungkan

terhadap diagnosis yang telah diberikan. Apapun jenisnya, asuhan dan intervensi yang diberikan harus efisien, efektif, dan dapat diaplikasikan pada kasus serupa dimasa datang. Bila asuhan atau intervensi tidak membawa hasil atau dampak seperti yang diharapkan maka sebaiknya dilakukan kajian ulang dan penyusunan kembali rencana asuhan hingga pada akhirnya dapat memberikan dampak seperti yang diharapkan (Damayanti, dkk. 2015: 23).

8. Asuhan Sayang Ibu dan Sayang Bayi

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

Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan meliputi :

- a) Panggil ibu sesuai namanya, hargai dan perlakukan ibu sesuai martabatnya
- b) Jelaskan semua asuhan dan perwatakan kepada ibu sebelum memulai asuhan tersebut
- c) Jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarganya
- d) Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir

- e) Dengarkan dan tanggapilah pertanyaan dan kekhawatiran ibu. Berikan dukungan, besarkan hatinya dan tentramkan hati ibu beserta anggota-anggota keluarganya
- f) Anjurkan ibu untuk ditemani suami atau anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya
- g) Ajarkan suami dan anggota-anggota keluarga mengenai cara-cara bagaimana mereka dapat memerhatikan dan mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya
- h) Secara konsisten lakukan praktik-praktik pencegahan infeksi yang baik
- i) Hargai privasi ibu
- j) Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi
- k) Anjurkan ibu untuk minum dan makan makanan ringan sepanjang ia menginginkannya
- l) Hargai dan perbolehkan praktik-praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu
- m) Hindari tindakan berlebihan mungkin membahayakan seperti episiotomi, pencukuran, dan klisma
- n) Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin
- o) Membantu memulai pemberian ASI dalam satu jam pertama setelah bayi lahir

- p) Siapkan rencana rujukan (bila perlu)
- q) Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik dan bahan-bahan perlengkapan dan obat-obatan yang diperlukan, siap untuk melakukan resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelahiran

(Damayanti,dkk.2015: 24-25).

9. Asuhan sayang ibu dan bayi pada masa pasca persalinan :

- a) Anjurkan ibu untuk selalu berdekatan dengan bayinya (rawat gabung)
- b) Bantu ibu untuk menyusukan bayinya, anjurkan memberikan ASI sesuai dengan yang diinginkan bayinya dan ajarkan tentang ASI eksklusif
- c) Ajarkan ibu dan keluarganya tentang nutrisi dan istirahat yang cukup setelah melahirkan
- d) Anjurkan suami dan anggota keluarganya untuk memeluk bayi dan mensyukuri kelahiran bayinya
- e) Ajarkan ibu dan anggota keluarganya tentang gejala dan tanda bahaya yang mungkin terjadi dan anjurkan mereka untuk mencari pertolongan jika timbul masalah atau rasa khawatir (Mika Oktarina, 2016:8).

10. Pencegahan Infeksi

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 intrumen/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).

11. Prinsip-prinsip pencegahan infeksi

PI yang efektif didasarkan pada prinsip-prinsip berikut :

- a) Setiap orang (ibu, bayi baru lahir, penolong persalinan) harus dianggap dapat menularkan penyakit karena infeksi dapat bersifat asimtomatik (tanpa gejala)
- b) Setiap orang harus dianggap beresiko terkena infeksi
- c) Permukaan benda di sekitar kita, peralatan dan benda-benda lainnya yang akan dan telah bersentuhan dengan permukaan kulit yang tak utuh, lecet selaput mukosa atau darah harus dianggap terkontaminasi hingga setelah digunakan, harus diproses secara benar
- d) Jika tidak diketahui apakah permukaan, peralatan atau benda lainnya telah di proses dengan benar maka semua itu harus dianggap masih terkontaminasi
- e) Resiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total, tapi dapat dikurangi hingga sekecil mungkin dengan

menerapkan tindakan-tindakan PI secara benar dan konsisten (Mika Oktarina.2016:12-13).

12. Pencatatan (Dokumentasi)

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.

Yang diperhatikan dalam pencatatan adalah:

- a) Kelengkapan status klien
- b) Anamnesis, prosedur dan hasil pemeriksaan fisik, laboratorium, dan uji atau penapisan tambahan lainnya
- c) Partograf sebagai instrumen membuat keputusan dan dokumentasi klien
- d) Kesesuaian kelaikan kondisi klien dan prosedur klinik terpilih
- e) Upaya dan tatalaksana rujukan yang diperlukan (Mika Oktarina.2016:14).

13. Rujukan

Rujukan diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Syarat bagi keberhasilan upaya penyelamatan yaitu kesiapan untuk merujuk ibu dan atau bayinya ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu (jika penyulit terjadi). Penyulit yang terjadi diantaranya dan harus dirujuk adalah riwayat bedah sesar, perdarahan pervaginam, persalinan kurang bulan, ketuban pecah disertai dengan mekonium yang pecah, ketuban pecah lebih dari 24 jam, ketuban pecah pada persalinan kurang bulan, ikterus, anemia berat, tanda/gejala infeksi, pre-eklampsia/hipertensi dalam kehamilan, tinggi fundus 40 cm/lebih, gawat janin, primipara dalam fase aktif kala I persalinan dan kepala janin masuk 5/5, presentasi bukan belakang kepala, presentasi ganda (majemuk), kehamilan ganda (gemelli), tali pusat menumbung, syok (APN, 2008).

Setiap penolong persalinan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan yang mampu untuk melaksanakan kasus kegawatdaruratan obstetri dan bayi baru lahir seperti :

- a) Informasi tentang pelayanan yang tersedia di tempat rujukan
- b) Transfusi darah
- c) Persalinan menggunakan ekstraksi vakum atau cuman

d) Pemberian antibiotik intravena

e) Resusitasi bayi baru lahir dan asuhan lanjutan bagi bayi baru lahir

Adapun yang wajib untuk diketahui oleh setiap penolong persalinan, antara lain :

- 1) Informasi tentang pelayanan yang tersedia di tempat rujukan
- 2) Ketersediaan pelayanan purna waktu
- 3) Biaya pelayanan
- 4) Waktu dan jarak tempuh ke tempat rujukan

Oleh karena sangat sulit untuk menduga kapan penyulit akan terjadi, maka pada saat ibu melakukan kunjungan antenatal anjurkan ibu untuk membahas dan membuat rencana rujukan bersama suami dan keluarganya untuk menjelaskan tentang perlunya rencana rujukan apabila diperlukan.

Dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi harus disertai BAKSOKUDA, yaitu :

- 1) B (Bidan) : Pastikan ibu dan bayi didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk menatalaksanakan kegawatdaruratan.

- 2) A (Alat) : Bawa perlengkapan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, nifas dan bayi baru lahir ke tempat rujukan.
- 3) K (Keluarga) : Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu atau bayi mengapa perlu dilakukan rujukan. Jelaskan kepada mereka alasan dan tujuan untuk dirujuk ke fasilitas yang lebih memadai.
- 4) S (Surat) : Berikan surat tempat rujukan untuk mengetahui kondisi ibu dan bayi, serta cantumkan alasan mengapa dilakukan rujukan.
- 5) O (Obat) : Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ataupun bayi ke tempat rujukan.
- 6) K (Kendaraan) : Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu maupun bayi.
- 7) U (Uang) : Ingatkan pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang nantinya diperlukan.
- 8) DA (Do'a) : Beritahu keluarga untuk selalu memohon doa agar diberi kelancaran dalam melakukan rujukan (APN,2008)

N. Teori 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).

4. Pengisian Partograf

Pengisian partograf antara lain :

a) Pencatatan selama fase laten kala I persalinan

Selama fase laten, semua asuhan, pengamatan dan pemeriksaan harus dicatat. Hal ini dapat dilakukan secara terpisah, baik di catat kemajuan persalinan maupun Kartu Menuju Sehat (KMS) ibu hamil. Tanggal dan waktu harus dituliskan setiap kali membuat catatan selama fase laten persalinan. Semua asuhan dan intervensi nuga harus dinilai dan dicatat dengan seksama, yaitu :

- 1) Denyut jantung janin setiap 30 menit.
- 2) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap 30 menit.
- 3) Nadi setiap 30 menit.
- 4) Pembukaan serviks setiap 4 jam.
- 5) Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam.
- 6) Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam.
- 7) Produksi urin, aseton dan protein setiap 2-4 jam.
- 8) Pencatatan selama fase aktif persalinan.

(JNKP-KR, 2014:57-58).

b) Pencatatan selama fase aktif persalinan

Halaman depan partograf mencantumkan bahwa observasi yang dimulai pada fase aktif persalinan dan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan meliputi :

- 1) Informasi tentang ibu : nama, umur, gravida, para, abortus (keguguran), nomor catatan medik, tanggal dan waktu mulai dirawat (atau jika di rumah tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu).
- 2) Waktu pecahnya selaput ketuban
- 3) Kondisi janin : DJJ (denyut jantung janin), warna dan adanya air ketuban, penyusupan (moulase) kepala janin.
- 4) Kemajuan persalinan : pembukaan serviks, penurunan bagian terbawah janin atau persentase janin, garis waspada dan garis bertindak.
- 5) Jam dan waktu : waktu mulainya fase aktif persalinan, waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian.
- 6) Kontraksi uterus: frekuensi dan lamanya.
- 7) Obat-obatan dan cairan yang diberikan : oksitosin, obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan.
- 8) Kondisi ibu : nadi, tekanan darah, dan temperatur, urin (volume, aseton, atau protein).

- 9) Asuhan, pengamatan, dan keputusan klinik lainnya (dicatat dalam kolom tersedia di sisi partograf atau di catatan kemajuan persalinan) (Sarwono, 2009:317-318).

5. Mencatat temuan pada partograf

Adapun temuan-temuan yang harus dicatat adalah :

a) Informasi tentang ibu

Lengkapi bagian awal (atas) partograf secara teliti pada saat memulai asuhan persalinan. Waktu kedatangan (tertulis sebagai jam atau pukul pada partograf) dan perhatikan kemungkinan ibu datang pada fase laten. Catat waktu pecahnya selaput ketuban.

b) Kondisi janin

Bagian atas grafik pada partograf adalah untuk pencatatan denyut jantung janin (DJJ), air ketuban dan penyusupan (kepala janin)

1) Denyut jantung janin

Nilai dan catat DJJ setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak di bagian atas partograf menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ. Kemudian hubungkan yang satu dengan titik lainnya dengan garis tegas

bersambung. Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf diantara 180 dan 100. Akan tetapi penolong harus waspada bila DJJ di bawah 120 atau di atas 160.

2) Warna dan adanya air ketuban

Nilai air kondisi ketuban setiap kali melakukan pemeriksaan dalam dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah.

Catat semua temuan-temuan dalam kotak yang sesuai di bawah DJJ. Gunakan lambang-lambang berikut ini:

Tabel 2.8
Lambang Warna Air Ketuban

U	Selaput ketuban masih utuh (belum pecah)
J	Selaput ketuban mudah pecah dan air ketuban jernih
M	Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium
D	Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah
K	Selaput ketuban sudah pecah tapi air ketuban tidak mengalir lagi (kering)

Sumber : (JNKP-KR, 2014:59-61).

6. Penyusupan (molase) tulang kepala janin

Penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri terhadap bagian keras (tulang) panggul ibu. Semakin besar derajat penyusupannya atau tumpang tindih antara tulang kepala semakin menunjukkan risiko disporposi kepala panggul (CFD). Ketidak mampuan untuk berakomodasi atau disporposi ditunjukkan melalui derajat penyusupan atau tumpang tindih

(molase) yang berat sehingga tulang kepala yang saling menyusup, sulit untuk dipisahkan. Apabila ada dugaan disporposi kepala panggul maka penting untuk tetap memantau kondisi janin serta kemajuan persalinan. Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam, nilai penyusupan antar tulang (molase) kepala janin. Catat temuan yang ada dikotak yang sesuai di bawah laju air ketuban. Gunakan lambang-lambang berikut ini :

Tabel 2.9
Molase Tulang Kepala Janin

0	Tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi
1	Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan
2	Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan
3	Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan

Sumber : (JNKP-KR, 2014:59-61).

7. Kemajuan Persalinan

Kolom dan laju kedua pada partograf adalah untuk pencatatan kemajuan persalinan. Angka 0-10 yang tertera di kolom paling kiri adalah besarnya dilatasi serviks. Nilai setiap angka sesuai dengan besarnya dilatasi serviks dalam sentimeter dan menempati laju dan kotak tersendiri. Perubahan ini atau perpindahan lajur satu ke lajur yang lain menunjukkan penambahan dilatasi serviks sebesar 1 cm. Pada lajur dan kotak yang mencatat penurunan bagian

terbawah janin tercantum angka 1-5 yang sesuai dengan metode perlimaan. Setiap kotak segi empat atau jubus menunjukkan waktu 30 menit untuk pencatatan waktu pemeriksaan, DJJ, kontraksi uterus dan frekuensi nadi ibu.

a) Pembukaan serviks

Saat ibu berada dalam fase aktif persalinan, catat pada partograf setiap temuan dari setiap pemeriksaan. Tanda “X” harus dicantumkan di garis waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks.

Perhatikan:

- 1) Pilih angka pada tepi kiri luar kolam pembukaan serviks yang sesuai dengan besarnya pembukaan serviks pada fase aktif persalinan yang diperoleh dari hasil pemeriksaan dalam.
- 2) Untuk pemeriksaan pertama pada fase aktif Persalinan, temuan pembukaan serviks dari hasil pemeriksaan dalam harus dicantumkan pada garis waspada. Pilih angka yang sesuai dengan bukaan serviks (hasil pemeriksaan dalam) dan cantumkan tanda “X” pada ordinat atau titik silang garis dilatasi serviks dan garis waspada.
- 3) Hubungkan tanda “X” dari setiap pemeriksaan dengan garis utuh (tidak terputus).

b) Penurunan bagian terbawah janin

Cantumkan hasil pemeriksaan penurunan kepala (persalinan) yang menunjukkan seberapa jauh bagian terendah bagian jani yang telah memasuki rongga panggul. Pada persalinan normal, kemajuan pembukaan serviks selalu diikuti dengan turunnya bagian terbawah janin. Tapi ada kalanya, penurunan bagian terbawah janin baru terjadi setelah pembukaan serviks mencapai 7 cm (JNKP-KR, 2014:62). Berikan tanda “O” yang ditulis pada garis waktu yang sesuai. Sebagai contoh, jika hasil palpasi kepala diatas simfisis pubis adalah 4/5 maka tuliskan tanda “O” di garis angka 4. Hubungkan tanda “O” dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus.

c) Garis waspada dan garis bertindak

Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik dimana pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan adalah 1 cm per jam. Pencatatan selama fase aktif persalina harus dimulai di garis waspada. Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada (pembukaan kurang dari 1 cm per jam), maka harus dipertimbangkan adanya penyulit. Garis bertindak tertera sejajar di sebelah kanan (berjarak 4 jam) garis waspada. Jika pembukaan serviks

telah melampaui dan berada di sebelah kanan garis bertindak maka hal ini menunjukkan perlu dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan (JNKP-KR, 2014:62).

8. Janin dan Waktu

Setiap kotak pada partograf untuk kolom waktu (jam) menyatakan satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan (JNKP-KR, 2014:63).

9. Kontraksi Uterus

Di bawah lajur waktu partograf, terdapat lima kotak dengan tulisan “kontraksi per 10 menit” di sebelah luar kolom panjang kiri. Setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi dalam satuan detik. Nyatakan jumlah kontraksi yang terjadi dalam waktu 10 menit dengan cara mengisi kotak kontraksi yang tersedia dan disesuaikan dengan angka yang mencerminkan temuan dari hasil pemeriksaan kontraksi. Sebagai contoh jika ibu mengalami 3 kontraksi dalam waktu satu kali 10 menit, maka lakukan pengisian pada 3 kotak kontraksi (JNKP-KR, 2014:64).

10. Obat-obatan dan Cairan yang Diberikan

a) Oksitosin

Jika tetesan (drip) oksitosin sudah dimulai, dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan IV dan dalam tetesan per menit.

b) Obat-obatan lain

Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan atau cairan IV dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya (JNKP-KR, 2014:65).

11. Halaman Belakang Partograf

Halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran, serta tindakan-tindakan yang dilakukan sejak persalinan kala I hingga IV (termasuk bayi baru lahir). Itulah sebabnya bagian ini disebut sebagai catatan persalinan. Nilai dan catatlah asuhan yang telah diberikan pada ibu dalam masa nifas terutama selama persalinan kala IV untuk memungkinkan penolong persalinan mencegah terjadinya penyulit dan membuat keputusan klinik, terutama pada pemantauan kala IV (mencegah terjadinya perdarahan pascapersalinan). Selain itu, catatan persalinan (yang sudah diisi dengan lengkap dan tepat) dapat pula digunakan untuk menilai memantau sejak mana telah dilakukan pelaksanaan

asuhan persalinan yang bersih dan aman (JNKP-KR, 2014:67).



2.1.3 Konsep Dasar Nifas

A. Pengertian Nifas

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu (Saleha,2009).

Masa nifas atau puerperium adalah masa setelah partus selesai sampai pulihnya kembali alat-alat kandungan seperti sebelum hamil. Lamanya masa nifas yaitu kira-kira 6-8 minggu (Abidin,2011).

B. Tahapan Masa Nifas

1. Puerpurium dini

Kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama Islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2. Puerpurium intermedial

Kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.

3. Remote puerpunium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulanan, tahunan(Ambarwati, dkk: 2010:4)

C. Proses Masa Nifas

1. Involusi Uterus

Uterus berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan semula seperti keadaan sebelum hamil. Setelah bayi lahir TFU setinggi pusat. Setelah plasenta lahir 2 jari dibawah pusat, 6 hari post partum pertengahan symphysis-pusat, 10 hari post partum uterus tidak teraba. Uterus mengecil dan mengeras karena kontraksi dan retraksi otot-ototnya (Ayu, 2008:66-68).

2. Perubahan Serviks dan Vagina

Serviks menganga seperti corong disebabkan oleh korpus uteri berkontraksi. Vagina lambat laun mencapai ukuran normal pada minggu ke 3 dan akan tampak kembali (Ayu, 2008:69).

3. Perubahan pada traktus urinarius

Pada dinding kandung kemih mengalami oedema sehingga menyebabkan hyperemia terkadang sampai terjadi obstruksi sehingga akan menekan uretra dan terjadi retensi urine ini akan pulih kembali setelah 2 minggu (Ayu, 2008:69).

4. Laktasi

Perubahan yang terjadi pada mammae yaitu proliferasi jaringan, kelenjar alveolus, lemak. Pengaruh oksitosin yaitu merangsang kelenjar susu berkontraksi karena rangsangan penghisapan pada puting susu (Ayu, 2008:72).

Tabel 2.10
Kunjungan Nifas 4 Kali

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	1. Mencegah perdarahan masa nifas karena antonia uteri 2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan;rujuk jika perdarahan berlanjut 3. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana cara mencegah perdarahan masa nifas karena antonia uteri. 4. Pemberian ASI awal 5. Melakukan hubungan antara ibu dengan bayi yang baru lahir 6. Menjaga bayi tetap hangat dengan cara mencegah <i>hypothermi</i> 7. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi yang baru lahir selama 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayinya dalam keadaan labil
2	6 hari setelah persalinan	1. Memastikan involusi uterus berjalan normal; uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, tidak ada bau 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal 3. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperhatikan tanda-tanda penyulit. 5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari
3	2 minggu setelah persalinan	1. Sama seperti diatas
4	6 minggu setelah persalinan	1. Menanyakan pada ibu tentang kesulitan-kesulitan yang ia atau bayinya alami 2. Memberikan konseling KB secara dini

Sumber : (Ari Sulistyawati, 2009:6).

Tabel 2.11
Kunjungan Nifas 3 Kali

Jenis Pelayanan	Kunjungan 1 (6 jam-3 hari)	Kunjungan II (4- 28 hari)	Kunjungan III (29-42 hari)
Kondisi ibu nifas secara umum			
Tekanan darah, suhu tubuh, respirasi dan nadi			
Perdarahan pervaginam, kondisi perineum, tanda infeksi, kontraksi rahim, tinggi fundus uteri dan memeriksa payudara			
Lokhia dan perdarahan			
Pemeriksaan jalan lahir			
Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI Eksklusif			
Pemberian Kapsul Vit. A			
Pelayanan kontrasepsi pascapersalinan			
Memberi nasihat yaitu :			
Makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur, dan buah-buahan			
Kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari			
Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin			
Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat			
Bagi ibu yang melahirkan dengan cara operasi caesar maka harus menjaga kebersihan luka bekas operasi			
Cara menyusui yang benar dan hanya memberi ASI saja selama 6 bulan			
Perawatan bayi yang benar			
Jangan membiarkan bayi menangis terlalu lama, karena akan membuat bayi stress			
Lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga			
Untuk berkonsultasi dengan tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan			

Sumber : (Kepmenkes RI, buku KIA 2015:26).

D. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1. Perubahan sistem reproduksi

a) Uterus

Uterus merupakan organ reproduksi interna yang berongga dan berotot, berbentuk seperti buah alpukat yang sedikit gepeng dan berukuran sebesar telur ayam. Panjang uterus sekitar 7-8cm, lebar sekitar 5-5,5 cm dan tebal sekitar 2,5 cm. Letak uterus secara fisiologis adalah anteversiofleksio. Uterus terdiri dari 3 bagian yaitu : fundus, uteri, korpus uteri dan serviks uteri. Dinding uterus terdiri dari otot polos dan tersusun atas 3 lapisan, yaitu :

- 1) Perimetrium, yaitu lapisan terluar yang berfungsi sebagai pelindung uterus
- 2) Miometrium, yaitu lapisan yang kaya akan sel otot dan berfungsi untuk kontraksi dan relaksasi uterus dengan melebar dan kembali ke bentuk semula setiap bulannya
- 3) Endometrium, merupakan lapisan terdalam yang kaya akan sel darah merah. Bila tidak terjadi pembuahan maka dinding endometrium akan meluruh bersama dengan sel ovum matang.

Satu minggu setelah persalinan berat uterus menjadi sekitar 500 gram, dua minggu setelah persalinan menjadi sekitar 300 gram dan menjadi 40-60 gram setelah enam

minggu persalinan. Perubahan ini terjadi karena segera setelah persalinan kadar hormon estrogen dan progesteron akan menurun dan mengakibatkan proteolisis pada dinding uterus.

Perubahan yang terjadi pada dinding uterus adalah timbulnya thrombosis, degenerasi dan nekrosis di tempat implantasi plasenta. Jaringan-jaringan di tempat implantasi plasenta akan mengalami degenerasi dan kemudian terlepas. Tidak ada pembentukan jaringan parut pada bekas tempat implantasi plasenta karena pelepasan jaringan ini berlangsung lengkap (Dewi Maratalia, 2012:18).

Tabel 2.12
Perubahan Uterus Masa Nifas

Involusi uteri	Tinggi fundus uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus	Palpasi cervix
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gr	12,5	Lembut/ Lunak
7hari (1minggu)	Pertengahan antara pusat dan symphysis	500 gr	7,5	2 cm
14 hari (2 minggu)	Tidak teraba	350 gr	5	1 cm
6 minggu	Normal	60 gr	2.5	Menyepit

Sumber : (Ambarwati, dkk 2010:76).

b) Perubahan Ligamen

Setelah bayi lahir, ligamen dan diafragma pelvis fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan saat melahirkan, kembali seperti sedia kala. Perubahan ligamen yang dapat terjadi pasca melahirkan antara lain : ligamentum rotundum, menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi; ligamen, fasia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur (Nugroho,dkk2014:96).

c) Perubahan pada serviks

Perubahan yang terjadi pada serviks ialah bentuk serviks agar menganga seperti corong, segera setelah bayi lahir. Bentuk ini disebabkan oleh corpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks berbentuk semacam cincin.

Serviks berwarna merah kehitam-hitaman karena penuh dengan pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi atau perlukaan kecil. Karena robekan kecil yang terjadi selama berdilatasi maka serviks tidak akan pernah kembali lagi ke keadaan seperti sebelum hamil.

Muara serviks yang berdilatasi sampai 10cm sewaktu persalinan akan menutup secara perlahan dan bertahap.

Setelah bayi lahir, tangan masuk ke dalam rongga rahim. Setelah 2 jam, hanya dapat dimasuki 2-3 jari. Pada minggu ke-6 *post partum*, serviks sudah menutup kembali (Ari Sulistyawati, 2009:77).

d) Vulva dan vagina

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

e) Lokhea

Akibat involusi uteri, lapisan luar desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Percampuran antara darah dan desidua inilah yang dinamakan lokhea. Lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal.

Lokhea mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap

wanita. Lokhea mengalami perubahan karena proses involusi. Pengeluaran lokhea dapat dibagi menjadi lokhea rubra, sanguilenta, serosa, dan alba (Nugroho, dkk 2014:97). Perbedaan masing-masing lokhea dapat dilihat sebagai berikut :

Tabel 2.13
Macam-macam Lochea

Lokhea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekoneum dan sisa darah
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	7-14 hari	Kekuningan/kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati

Sumber : Nugroho, dkk 2014:98).

2. Perubahan sistem pencernaan

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

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

a) Nafsu makan

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

b) Motilitas

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

c) Pengosongan usus

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

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

- 1) Pemberian diet/makanan yang mengandung serat.
- 2) Pemberian cairan yang cukup.
- 3) Pengetahuan tentang pada eliminasi pasca melahirkan.
- 4) Pengetahuan tentang perawatan luka jalan lahir.

Bila usaha di atas tidak berhasil dapat dilakukan pemberian laksatif atau obat yang lain (Pitriani,dkk 2014:67-68)

3. Perubahan sistem perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Kemungkinan penyebab dari keadaan ini adalah terdapat *spasme sfinkter* dan *edema* leher kandung kemih sesudah bagian ini mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung.

Urine dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam 12-36 jam *post partum*. Kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut “diuresis”. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam 6 minggu.

Dinding kandung kemih memperlihatkan edema dan *hyperemia*, kadang-kadang *odem trigonum* yang menimbulkan *alostaksi* dari uretra sehingga menjadi *retensio urine*. Kandung

kemih dalam masa nifas menjadi kurang sensitif dan kapasitas bertambah sehingga setiap kali kencing masih tertinggal urine residual (normal kurang lebih 15cc). Dalam hal ini, sisa urine dan trauma pada kandung kemih sewaktu persalinan dapat menyebabkan infeksi (Ari Sulistyawati, 2009:78-79).

4. Perubahan sistem musculoskeletal

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi, karena ligamen rotundum menjadi kendur. Stabilisasi akibat putusnya serat-serat elastik kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu. Pemulihan dibantu dengan latihan (Ambarwati, dkk 2010:81-82).

5. Perubahan sistem endoktrin

Selama proses kehamilan dan persalinan per dapat perubahan pada sistem endoktrin. Hormon-hormon yang berperan dalam proses tersebut, antara lain :

a) Hormon plasenta

Pengeluaran plasenta menyebabkan penurunan hormon yang diproduksi oleh plasenta. Hormon plasenta menurun dengan cepat pasca persalinan. Penurunan hormon plasenta

menyebabkan kadar gula darah menurun pada masa nifas. *Human Chorionic Gonadotropin* (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga ke-7 post partum dan sebagai onset pemenuhan *mamae* pada hari ke-3 post partum (Nugroho, dkk 2014:109).

b) Hormon pituitary

Prolaktin darah akan meningkat dengan cepat. Pada wanita yang tidak menyusui, prolaktin menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH akan meningkat pada fase konsentrasi *folikuler* (minggu ke-3) dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi (Ari Sulistyawati, 2009:80).

c) Hipotalamik pituitary ovarium

Untuk wanita yang menyusui dan tidak menyusui akan memengaruhi lamanya ia mendapatkan menstruasi. Seringkali menstruasi pertama itu bersifat anovulasi yang dikarenakan rendahnya kadar estrogen dan progesteron. Diantara wanita laktasi sekitar 15% memperoleh menstruasi selama 6 minggu dan 45% setelah 12 minggu. Diantara wanita yang tidak laktasi 40% menstruasi setelah 6 minggu, 65% setelah 12 minggu dan 90% setelah 24 minggu. Untuk wanita laktasi 80% menstruasi pertama anovulasi dan untuk wanita yang tidak laktasi 50% siklus pertama anovulasi (Ambarwati, dkk 2010:83-84).

d) Hormon oksitosin

Hormon oksitosin disekresikan dari kelenjar otak bagian belakang, bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Selama tahap ketiga persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin, sehingga dapat membantu involusi uteri (Nugroho, dkk 2014:110).

e) Kadar esterogen

Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar esterogen yang bermakna sehingga aktivitas prolaktin yang juga sedang meningkat dapat memengaruhi kelenjar mammae dalam menghasilkan ASI (Ari Sulistyawati, 2009:80).

6. Tanda-tanda vital

a) Suhu tubuh

Setelah proses persalinan, suhu tubuh dapat meningkat sekitar $0,5^{\circ}\text{C}$ dari keadaan normal (36°C - $37,5^{\circ}\text{C}$), namun tidak lebih dari 38°C . Hal ini disebabkan karena meningkatnya metabolisme tubuh pada saat proses persalinan. Setelah 12 jam postpartum, suhu tubuh akan meningkat, maka perlu dicurigai terhadap kemungkinan terjadinya infeksi (Dewi Maritalia, 2012:24).

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit. Pasca melahirkan, denyut nadi dapat menjadi bradikardi maupun lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum (Nugroho, dkk 2014:112).

c) Tekanan darah

Tekanan darah normal untuk systol berkisar antara 110-140 mmHg dan untuk diastole antara 60-80 mmHg. Setelah partus, tekanan darah dapat sedikit lebih rendah dibandingkan pada saat hamil karena terjadinya perdarahan pada proses persalinan. Bila tekanan darah mengalami peningkatan lebih dari 30 mmHg pada systole atau lebih dari 15 mmHg pada diastole perlu dicurigai timbulnya hipertensi atau pre eklampsia post partum (Dewi Maritalia, 2012:25).

d) Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Apabila suhu dan denyut nadi tidak normal pernafasan juga akan mengikutinya kecuali ada gangguan khusus pada saluran pernafasan (Ambarwati, dkk 2012:85).

7. Perubahan kardiovaskuler

Selama kehamilan, volume darah normal digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat, yang diperlukan oleh plasenta dan pembuluh darah uteri. Penarikan kembali esterogen menyebabkan diuresis yang terjadi secara cepat sehingga mengurangi volume plasma kembali ke proporsi normal. Aliran ini terjadi dalam 2-4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Selama masa ini, ibu mengeluarkan banyak sekali jumlah urine. Hilangnya pengesteran membantu mengurangi retensi cairan yang melekat dengan meningkatnya vaskuler pada jaringan tersebut selama kehamilan bersama-sama dengan trauma masa persalinan. Pada persalinan, vagina kehilangan darah sekitar 200-500 ml, sedangkan pada persalinan dengan SC, pengeluaran dua kali lipatnya. Perubahan terdiri dari volume darah dan kadar Hmt (*haematokrit*) .

Setelah persalinan, *shunt* akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menyebabkan beban pada jantung dan akan menimbulkan *decompensatio cordis* pada pasien dengan *vitum cardio*. Keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan tumbuhnya haemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala. Umumnya, ini terjadi pada 3-5 hari post partum (Ari Sulistyawati, 2009:82).

8. Perubahan sistem hematologi

Pada minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama post partum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah.

Leukositosis adalah meningkatnya jumlah sel-sel darah putih sebanyak 15.000 selama persalinan. Jumlah leukosit akan tetap tinggi selama beberapa hari pertama masa post partum. Jumlah sel darah putih akan tetap bisa naik lagi sampai 25.000 hingga 30.000 tanpa adanya kondisi patologis jiwa wanita tersebut mengalami persalinan lama.

Pada awal post partum, jumlah hemoglobin, hematokrit dan eritrosit sangat bervariasi. Hal ini disebabkan volume darah yang berubah-ubah. Tingkatan ini dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi dari wanita tersebut. Jika hematokrit pada hari pertama atau kedua lebih rendah dari titik 2 persen atau lebih tinggi daripada saat memasuki persalinan awal, maka pasien dianggap telah kehilangan darah yang cukup banyak. Titik 2 persen kurang lebih sama dengan kehilangan darah 500 ml darah.

Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke 3-7 post partum dan akan normal dalam 4-5 minggu post partum. Jumlah kehilangan darah selama masa persalinan kurang lebih 200-500 ml, minggu pertama post partum berkisar 500-800 ml dan selama sisa masa nifas berkisar 500 ml(Pitriani,dkk 2014:73-74)

E. Adaptasi Psikologi Masa Nifas

1. Tahapan adaptasi masa nifas

Setelah proses kelahiran tanggung jawab keluarga bertambah dengan adanya seorang bayi baru lahir. Dorongan serta perhatian anggota keluarga merupakan dukungan positif untuk ibu. dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan ibu akan melalui fase-fase sebagai berikut :

a) *Taking in*

Ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat ini fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakannya. Hal ini membuat cenderung ibu menjadi pasif terhadap lingkungannya.

b) *Taking hold*

Fase/periode ini berlangsung hari antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Pada fase ini ibu memiliki rasa yang sangat sensitive sehingga mudah tersinggung dan gampang marah, sehingga kita perlu berhati-hati menjaga komunikasi yang baik dengan ibu.

c) *Letting go*

Fase ini merupakan menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri dan bayinya serta kepercayaan dirinya sudah meningkat. Dukungan dari suami dan keluarga masih sangat diperlukan ibu. Suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi, mengerjakan urusan rumah tangga sehingga ibu tidak terlalu terbebani. Ibu memerlukan istirahat yang cukup sehingga mendapatkan kondisi fisik yang bagus untuk dapat merawat bayinya (Rini,dkk 2016:90-92).

2. Post Partum Blues

Merupakan keadaan di mana ibu merasa sedih berkaitan dengan bayinya disebut *baby blues*. Penyebabnya antara lain : perubahan perasaan saat hamil, perubahan fisik dan emosional.

Perubahan yang ibu alami akan kembali secara perlahan setelah beradaptasi dengan peran barunya.

a) Gejala baby blues antara lain :

- 1) Menangis
- 2) Perubahan perasaan
- 3) Cemas
- 4) Kesepian
- 5) Khawatir dengan bayinya
- 6) Penurunan libido
- 7) Kurang percaya diri

b) Hal-hal yang disarankan pada ibu adalah sebagai berikut :

- 1) Minta bantuan suami atau keluarga jika ibu ingin istirahat
- 2) Beritahu suami tentang apa yang dirasakan oleh ibu
- 3) Buang rasa cemas dan khawatir akan kemampuan merawat bayi
- 4) Meluangkan waktu dan cari hiburan untuk diri sendiri

(Nugroho, dkk 2014:117-118).

Ada kalanya ibu merasa kesedihan karena kebebasan, otonomi, interaksi sosial, kemandiriannya berkurang. Hal ini akan mengakibatkan depresi pasca persalinan. Berikut adalah gejalanya :

- 1) Sulit tidur, bahkan ketika bayi sudah tidur
- 2) Nafsu makan hilang
- 3) Perasaan tidak berdaya atau kehilangan kontrol
- 4) Terlalu cemas atau tidak perhatian terhadap penampilan pribadi
- 5) Gejala fisik seperti banyak wanita sulit bernafas atau perasaan berdebar-debar

Jika ibu mengalami gejala-gejala tersebut sebaiknya ibu memberitahu suami, bidan, dokter. Penyakit ini dapat disembuhkan dengan obat-obatan dan konsultasi dengan psikiater (Ambarwati, 2010:91).

3. Kesedihan dan Duka Cita

Kehilangan maternitas termasuk hal yang dialami oleh wanita yang mengalami infertilitas (wanita yang tidak mampu hamil atau yang tidak mampu mempertahankan kehamilannya), yang mendapatkan bayinya hidup, tapi kemudian kehilangan harapan (prematuritas atau kecacatan *conginetal*), dan kehilangan yang dibahas sebagai penyebab *post partum blues* (kehilangan keintiman internal dengan bayinya dan hilangnya perhatian). Kehilangan lain yang penting, tapi sering dilupakan adalah perubahan hubungan eksklusif antara suami dan istri menjadi kelompok tiga orang, ayah-ibu-anak.

Berduka dibagi dalam 3 tahapan diantaranya :

a) Tahap syok

Tahap ini merupakan tahap awal dari kehilangan

b) Tahap penderitaan (fase realitas)

Merupakan penerimaan terhadap fakta kehilangan dan upaya penyesuaian terhadap realitas yang harus ia lakukan terjadi selama periode ini

c) Tahap resolusi (fase menentukan hubungan yang bermakna)

Selama periode ini, orang yang berduka menerima kehilangan, penyesuaian telah komplet, dan individu kembali pada fungsinya secara penuh
(Ari Sulistyawati, 2009:91-93).

F. Penyulit dan Komplikasi Masa Nifas

1. Infeksi pada vulva, vagina, dan serviks

a) Vulvitis

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

b) Vaginitis

Infeksi vagina dapat terjadi secara langsung pada luka vagina atau melalui perineum. Permukaan mukosa membengkak dan kemerahan, terjadi *ulkus*, serta getah

mengandung nanah dan keluar dari daerah *ulkus*. Penyebaran dapat terjadi, tetapi pada umumnya infeksi tinggal terbatas.

c) Servisititis

Infeksi serviks sering juga terjadi, akan tetapi biasanya tidak menimbulkan banyak gejala. Luka serviks yang dalam, luas, dan langsung dasar *ligamentum latum* dapat menyebabkan infeksi yang menjalar ke *parametrium*.

(Ari Sulistyowati, 2009:182-183).

2. Perdarahan Pervaginam

Perdarahan pervaginam yang melebihi 500 ml setelah bersalin didefinisikan sebagai perdarahan pasca persalinan. Terdapat beberapa masalah mengenai definisi ini :

- a) Perkiraan kehilangan darah biasanya tidak sebanyak yang sebenarnya, kadang-kadang hanya setengah biasanya. Darah tersebut bercampur dengan cairan amnion atau dengan urine, darah juga tersebar spon, handuk dan kain di dalam ember dan dilantai.
- b) Volume darah yang hilang juga bervariasi akibatnya sesuai dengan kadar haemoglobin ibu. Seorang ibu dengan kadar Hb normal akan dapat menyesuaikan diri terhadap kehilangan darah yang akan berakibat fatal pada anemia.

Seorang ibu yang sehat dan tidak anemia pun dapat mengalami akibat fatal dari kehilangan darah.

- c) Perdarahan dapat terjadi dengan lambat untuk jangka waktu beberapa jam dan kondisi ini dapat tidak dikenali sampai terjadi syok. Penilaian resiko pada saat antenatal tidak dapat memperkirakan akan terjadinya perdarahan pasca persalinan. Penanganan aktif kala III sebaiknya dilakukan pada semua wanita yang bersalin karena hal ini dapat menurunkan insiden perdarahan pasca bersalin akibat antonia uteri.

Semua ibu pasca bersalin harus dipantau dengan ketat untuk mendiagnosa perdarahan fase persalinan

(Reni Heryani,2012:111-112).

3. Endometritis

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

Pada batas antara daerah yang meradang dan daerah yang tidak mengalami peradangan terdapat lapisan terdiri atas leukosit. Leukosit akan membuat pagar pertahanan yang diantaranya dengan mengeluarkan serum yang mengandung zat anti.

Manifestasi klinik atau gejala yang timbul pada ibu nifas yang mengalami endometritis tergantung dari jenis dan virulensi mikroorganisme, daya tahan tubuh penderita dan derajat trauma pada jalan lahir. Adakalanya lochea tertahan oleh darah, sisa-sisa plasenta dan selaput ketuban. Keadaan ini disebut dengan lokeometra dan dapat menyebabkan terjadinya peningkatan suhu tubuh.

Pada endometritis yang tidak terlalu parah, di hari pertama penderita akan merasa kurang sehat dan mengalami nyeri perut. Mulai hari ke-3 terjadi peningkatan suhu tubuh, frekuensi nadi dan pernafasan cepat. Namun dalam kurun waktu 1 minggu biasanya keadaan ini akan kembali normal bila tubuh mampu melawan mikroorganisme penyebab infeksi tersebut (Dewi Matrhalia, 2012:58).

4. Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan atau infeksi yang terjadi pada peritoneum (selaput dinding perut). Pada masa nifas peritonitis terjadi akibat menyebarnya atau meluasnya infeksi yang terjadi pada uterus melalui pembuluh limfe. Berbeda dengan peritonitis umum, peritonitis ini biasanya hanya terbatas pada daerah pelvis sehingga gejalanya tidak seberat pada peritonitis umum.

Manifestasi klinik atau gejala pada ibu nifas yang mengalami peritonitis diantaranya adalah terjadi peningkatan

suhu tubuh dan nyeri perut bagian bawah. Sedangkan pada peritonitis umum, selain kedua gejala tersebut diatas juga ditambah dengan nadi cepat dan kecil, perut kembung, muka pucat, mata cekung, kulit muka dan akral dingin (Dewi Marthalia, 2012:59).

5. Mastitis

Pada masa nifas terjadi infeksi pada payudara, terutama pada primipara. Infeksi terjadi melalui luka pada puting susu, tetapi mungkin juga melalui peredaran darah.

Tanda-tandanya, antara lain :

- a) Rasa panas-dingin disertai dengan kenaikan suhu.
- b) Penderita merasa lesu
- c) Tidak ada nafsu makan

Infeksi yang biasanya terjadi ada *Staphylococcus Aureus*, dengan tanda-tanda sebagai berikut :

- a) Payudara membesar
- b) Nyeri
- c) Kulit merah pada suatu tempat
- d) Membengkak sedikit
- e) Nyeri pada perabaan

Jika hal tersebut tidak lekas diberi pengobatan maka dapat terjadi abses.

Pencegahan :

- a) Perawatan puting susu pada masa laktasi merupakan usaha penting untuk mencegah mastitis
- b) Perawan dengan cara membersihkan puting dengan minyak dan air hangat sebelum dan sesudah menyusui untuk menghilangkan kerak dan susu yang sudah mengering
- c) Bila ada retak atau luka puting, sebaiknya bayi jangan menyusui pada bagian payudara yang sakit sampai luka sembuh. ASI dikeluarkan dengan pemijatan.

Pengobatan :

- a) Segera setelah mastitis ditemukan, pemberian susu kepada bayi dari payudara yang sakit dihentikan dan diberi antibiotik
- b) Dengan tindakan-tindakan ini, terjadinya abses dapat dicegah karena biasanya infeksi disebabkan oleh *Staphylococcus Aureus*. Penisilin dalam dosis tinggi dapat diberikan
- c) Sebelum pemberian Penisilin, dapat diadakan pembiakan ASI supaya penyebab mastitis dapat benar-benar diketahui
- d) Bila ada abses, nanah perlu dikeluarkan dengan sayatan sedikit, mungkin pada abses. Untuk mencegah kerusakan pada *duktus laktiferus*, sayatan dibuat sejajar

(Ari Sulistyowati, 2009:191-192).

G. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

1. Nutrisi dan Cairan

Ibu nifas harus mengonsumsi makanan yang mengandung zat-zat yang berguna bagi tubuh ibu pasca melahirkan dan untuk persiapan produksi ASI, bervariasi dan seimbang, terpenuhi kebutuhan karbohidrat, protein, zat besi, vitamin dan mineral untuk mengatasi anemia, cairan, dan serat untuk memperlancar ekskresi.

Nutrisi yang dikonsumsi harus bermutu tinggi, bergizi dan mengandung cukup kalori yang berfungsi untuk proses metabolisme tubuh. Kebutuhan kalori wanita dewasa yang sehat dengan berat badan 47 kg diperkirakan sekitar 2.200 kalori/hari. Ibu yang berada dalam masa nifas dan menyusui membutuhkan kalori yang sama dengan wanita dewasa, ditambah 700 kalori pada 6 bulan pertama untuk memberikan ASI eksklusif dan 500 kalori pada bulan ke tujuh dan selanjutnya.

Ibu juga dianjurkan untuk minum setiap kali menyusui dan menjaga kebutuhan hidrasi sedikitnya 3 liter setiap hari. Tablet besi masih tetap diminum untuk mencegah anemia, minimal sampai 40 hari post partum. Vitamin A (200.000 IU) dianjurkan untuk mempercepat proses penyembuhan pasca salin dan mentransfernya ke bayi melalui ASI.

Ibu nifas yang membatasi asupan kalori secara berlebihan sehingga menyebabkan terjadinya penurunan berat badan lebih dari setengah kg/minggu, akan mempengaruhi produksi ASI (Dewi Maritalia, 2012:47).

2. Ambulasi

Ambulasi setelah bersalin, ibu akan merasa lelah. Oleh karena itu, ibu harus istirahat. Mobilisasi yang dilakukan tergantung pada komplikasi persalinan, nifas dan sembuh luka. Ambulasi dini (*early ambulation*) adalah mobilisasi segera setelah ibu melahirkan dengan membimbing ibu untuk bangun dari tempat tidurnya 24-48 jam setelah melahirkan. Anjurkan ibu untuk memulai mobilisasi dengan miring kanan/kiri, duduk kemudian berjalan.

Keuntungan ambulasi dini :

- a) Ibu merasa lebih sehat dan kuat
- b) Fungsi usus, sirkulasi, paru-paru dan perkemihan lebih baik
- c) Memungkinkan untuk mengajarkan perawatan bayi pada ibu
- d) Mencegah trombosis pada pembuluh tungkai
- e) Sesuai dengan keadaan Indonesia (sosial ekonomis)

Menurut penelitian mobilisasi dini tidak berpengaruh buruk, tidak menyebabkan perdarahan abnormal, tidak mempengaruhi penyembuhan luka episiotomi maupun luka di

perut, serta tidak memperbesar kemungkinan prolapsus uteri. *Early ambulation* tidak dianjurkan pada ibu post partum dengan penyulit, seperti anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, demam, dan sebagainya (Nugroho, dkk 2014:139-140).

3. Eliminasi : Buang Air Kecil dan Besar

Dalam 6 jam pertama post partum, pasien sudah harus bisa buang air kecil. Semakin lama urin tertahan dalam kandung kemih maka dapat mengakibatkan kesulitan pada organ perkemihan, misalnya infeksi. Biasanya, pasien menahan kencing karena takut akan merasakan sakit pada luka jalan lahir. Bidan harus dapat meyakinkan pada pasien bahwa kencing sesegera mungkin setelah melahirkan akan mengurangi komplikasi *post partum*. Berikan dukungan mental pada pasien bahwa ia mampu menahan sakit pada luka jalan lahir akibat terkena air kencing karena ia pun sudah berhasil berjuang untuk melahirkan bayinya.

Dalam 24 jam pertama, pasien juga harus dapat buang air besar karena semakin lama feses tertahan dalam usus maka akan semakin sulit baginya untuk buang air besar secara lancar. Feses yang tertahan dalam usus semakin lama akan mengeras karena cairan yang terkandung dalam feses akan selalu terserap oleh usus. Untuk meningkatkan volume feses, anjurkan pasien untuk

makan tinggi serat dan banyak minum air putih (Ari Sulistyawati, 2009:101).

4. Kebersihan Diri

Mandi di tempat tidur dilakukan sampai ibu dapat mandi sendiri di kamar mandi, yang terutama dibersihkan adalah puting susu dan mammae dilanjutkan perawatan perineum.

a) Perawatan perineum

Apabila setelah buang air besar atau buang air kecil perineum dibersihkan secara rutin. Caranya dibersihkan dengan sabun yang lembut minimal sekali sehari. Biasanya ibu merasa takut sehingga perineum tidak dibersihkan atau dicuci. Cairan sabun atau sejenisnya sebaiknya dipakai setelah buang air kecil atau buang air besar.

Membersihkan dimulai dari simpisis sampai anal sehingga tidak terjadi infeksi. Ibu diberitahu caranya mengganti pembalut yaitu bagian dalam jangan sampai terkontaminasi oleh tangan. Pembalut yang sudah kotor harus diganti paling sedikit 4 kali sehari. Diberitahu tentang jumlah, warna, dan bau lochea sehingga apabila ada kelainan dapat diketahui secara dini. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya. Apabila ibu mempunyai luka episiotomi atau

laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah luka.

b) Perawatan payudara

1) Menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama puting susu dengan menggunakan BH yang menyokong payudara.

2) Apabila puting susu lecet oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap selesai menyusui. Menyusui tetap dilakukan dimulai dari puting yang tidak lecet

3) Apabila lecet sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam, ASI dikeluarkan dan diminumkan dengan menggunakan sendok

4) Untuk menghilangkan nyeri ibu dapat diberikan paracetamol 1 tablet setiap 4-6 jam (Ambarwati, dkk 2010:106-107).

5. Istirahat

Kebutuhan istirahat sangat diperlukan ibu beberapa jam setelah melahirkan. Proses persalinan yang lama dan melelahkan dapat membuat ibu frustrasi bahkan depresi apabila kebutuhan istirahatnya tidak terpenuhi. Bila ibu mengalami kesulitan untuk tidur pada malam hari, satu atau dua pertama setelah melahirkan, dapat diberikan bantuan obat tidur dengan

mengkonsultasikannya terlebih dahulu dengan dokter. Insomnia pada ibu nifas merupakan salah satu tanda peringatan untuk psikologis ibu nifas.

Masa nifas sangat erat kaitannya dengan gangguan pola tidur yang dialami ibu, terutama segera setelah melahirkan. Pada tiga hari pertama dapat merupakan hari yang sulit bagi ibu akibat menumpuknya kelelahan karena proses persalinan dan nyeri yang timbul pada luka perineum. Secara teoritis, pola tidur akan kembali mendekati normal dalam 2 sampai 3 minggu setelah persalinan.

Kebutuhan tidur rata-rata pada orang dewasa sekitar 7-8 jam per 24 jam. Semakin bertambahnya usia, maka kebutuhan tidur juga akan semakin berkurang. Pada ibu nifas, kurang istirahat akan mengakibatkan :

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

6. Seksual

Dinding vagina kembali ke keadaan sebelum hamil dalam 6-8 minggu. Setelah fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti, dan ibu dapat memasukkan 1

atau 2 jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu darah merah berhenti dan dia tidak merasakan ketidaknyamanan, aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap.

Banyak budaya yang mempunyai tradisi memulai hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 60 minggu setelah persalinan. Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan.

Hubungan seksual dapat dilakukan dengan aman ketika luka episiotomi telah sembuh dan lochea telah berhenti. Hendaknya pula hubungan seksual dapat ditunda sedapat mungkin sampai 40 hari setelah persalinan, karena pada waktu itu diharapkan organ-organ tubuh telah pulih kembali. Ibu mengalami ovulasi dan mungkin mengalami kehamilan sebelum haid yang pertama timbul setelah persalinan. Untuk itu bila senggama tidak mungkin menunggu sampai hari ke-40, suami/istri perlu melakukan usaha mencegah kehamilan. Pada saat inilah waktu yang tepat untuk memberikan konseling tentang pelayanan KB (Rini, dkk 2016:104-105).

7. Latihan/Senam Nifas

Organ-organ tubuh wanita akan kembali seperti semula sekitar 6 minggu. Oleh karena itu, bila ibu akan berusaha memulihkan dan mengencangkan bentuk tubuhnya, hal tersebut dapat dilakukan dengan cara latihan senam nifas. Senam nifas

adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan sampai dengan hari ke sepuluh.

Beberapa faktor yang menentukan kesiapan ibu untuk memulai senam nifas antara lain :

- a) Tingkat kebugaran tubuh ibu
- b) Riwayat persalinan
- c) Kemudahan bayi dalam pemberian asuhan
- d) Kesulitan adaptasi post partum

Tujuan senam nifas adalah sebagai berikut :

- a) Membantu mempercepat pemulihan kondisi ibu
- b) Mempercepat proses involusi uteri
- c) Membantu memulihkan dan mengencangkan otot panggul, perut, dan perineum
- d) Memperlancar pengeluaran lochea
- e) Membantu mengurangi rasa sakit
- f) Merelaksasikan otot-otot yang menunjang proses kehamilan dan persalinan
- g) Mengurangi kelainan dan komplikasi masa nifas

Manfaat senam hamil antara lain :

- a) Membantu memperbaiki sirkulasi darah
- b) Memperbaiki sikap tubuh dan punggung pasca persalinan
- c) Memperbaiki otot tonus, pelvis dan peregangan otot abdomen

- d) Memperbaiki dan memperkuat otot panggul
- e) Membantu ibu lebih relaks dan segar pasca melahirkan

Senam nifas dilakukan pada saat ibu benar-benar pulih dan tidak ada komplikasi atau penyulit masa nifas atau diantara waktu makan. Sebelum melakukan senam nifas, persiapan yang dapat dilakukan adalah :

- a) Mengenakan baju yang nyaman untuk olahraga
- b) Minum banyak air putih
- c) Dapat dilakukan ditempat tidur
- d) Dapat diiringi musik
- e) Perhatikan keadaan ibu (Nugroho, dkk 2014:143-144).

H. Cara Menyusui Yang Benar

Menyusui merupakan cara pemberian makan yang diberikan secara langsung oleh ibu kepada anaknya, namun seringkali ibu menyusui kurang memahami dan kurang mendapatkan informasi, bahkan seringkali ibu-ibu mendapatkan suatu informasi yang salah tentang manfaat ASI Eksklusif itu sendiri, tentang bagaimana cara menyusui atau langkah-langkah menyusui yang benar kepada bayinya, dan kurangnya informasi yang diberikan tentang dampak apabila ASI Eksklusif itu tidak diberikan dan apa yang harus dilakukan bila timbul kesukaran dalam menyusui secara eksklusif kepada bayinya (Nugroho, dkk. 2014:46).

1. Posisi menyusui

Posisi pada saat menyusui hendaknya disesuaikan dengan kondisi dan kenyamanan ibu. Bila ibu masih merasa badan pegal-pegal setelah melahirkan dan belum terlalu nyaman untuk duduk, maka menyusui dapat dilakukan dalam posisi berbaring. Bila ibu tidak mampu duduk dengan baik dan merasa nyaman melakukannya, maka menyusui dapat dilakukan dengan duduk di kursi atau di tempat tidur.

Posisi saat menyusui sangat penting. Lecet pada puting susu dan payudara merupakan kondisi tidak normal dalam menyusui, tetapi penyebab lecet yang paling umum adalah posisi dan perlekatan yang tidak benar pada payudara.

Posisi ibu harus adekuat diatas kursi atau tempat tidur . tidak ada satupun posisi yang paling benar dalam menyusui. Akan tetapi, tidak perlu menyesuaikan posisi jika ibu dan bayi nyaman, dan jika transfer air susu adekuat.

Sebagian besar ibu baru berlatih menyusui untuk pertama kalinya dengan duduk di tempat tidur rumah sakit, dengan bayi ditopang oleh bantal yang diletakkan dipangkuan mereka dan menimang bayinya. Jika ibu memilih posisi ini, bersandarlah di sandaran tempat tidur sedekat mungkin dan letakkan bantal dibelakang ibu hingga punggung ibu terasa nyaman. Tempatkan bayi di atas sebuah bantal yang ada dipangkuan ibu (cara ini

baik dilakukan setelah ibu menjalani operasi caesar) sehingga posisinya tepat dihadapan payudara.

Baik duduk di atas tempat tidur maupun diatas kursi berlengan, jagalah punggung ibu tetap lurus tetapi santai pada menyusui. Mungkin bayi akan lebih mengalami kesulitan untuk menetek dengan benar jika tubuh ibu bersandar atau membungkuk, karena ini mengubah sudut dimana dia menerima susu, mungkin punggung ibu juga akan segera terasa lelah. Jika payudara ibu besar, ibu mungkin perlu meletakkan handuk atau selimut yang dilipat dibawah payudara ibu untuk mulut bayi tetap lurus dengan puting susu ibu, disamping menopang payudara dengan lengan ibu (Nugroho, dkk. 2014:47).

2. Langkah-langkah pemberian ASI

b) Posisi duduk

Langkah-langkah yang benar adalah :

- 1) Sebelum menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu, areola dan sekitarnya. Cara ini mempunyai manfaat sebagai desinfektan dan menjaga kelembapan puting susu.

- 2) Bayi diletakkan menghadap perut ibu atau payudara

- (a) Ibu duduk menggunakan kursi yang rendah agar kaki ibu tidak tergantung dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi.

- (b) Bayi dipegang dengan satu tangan, kepala bayi terletak pada lengkung siku ibu dan bokong bayi terletak pada lengan. Kepala bayi tidak boleh tertengadah dan bokong bayi ditahan dengan telapak tangan ibu.
 - (c) Satu tangan bayi diletakkan dibelakang badan ibu dan yang lain di depan.
 - (d) Perut bayi menempel badan ibu, kepala bayi menghadap payudara (tidak hanya membelokkan kepala bayi).
 - (e) Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus.
 - (f) Ibu menatap bayi dengan penuh kasih sayang.
- 3) Payudara dipegang dengan ibu jari diatas dan jari yang lain menopang dibawah. Jangan menekan puting susu atau areolanya saja.
- 4) Bayi diberikan rangsangan untuk membuka mulut (rooting reflek) dengan cara :
- (a) Menyentuh pipi dengan puting susu atau
 - (b) Menyentuh sisi mulut bayi
- 5) Setelah bayi membuka mulut dengan cepat kepala bayi diletakkan ke payudara ibu dengan puting serta susu berada di bawah langit-langit dan lidah bayi akan

menekan ASI keluar dari tempat penampungan ASI yang terletak dibawah areola. Setelah bayi mulai menghisap, payudara tak perlu dipegang atau disangga lagi.

- 6) Bayi disusui secara bergantian dari susu sebelah kiri lalu sebelah kanan sampai bayi kenyang.
- 7) Setelah selesai menyusui mulut bayi dan kedua pipi dibersihkan dengan kapas yang telah direndam dengan air hangat.
- 8) Sebelum ditidurkan, bayi disendawakan terlebih dahulu supaya udara yang terhisap bisa keluar (Nugroho, dkk. 2014:48).

c) Posisi berbaring

Pada posisi berbaring miring, ibu dan bayi berbaring miring saling berhadapan. Posisi ini merupakan posisi paling nyaman bagi ibu yang menjalani penyembuhan dari kelahiran melalui pembedahan.

Langkah-langkah untuk menyusui dengan baik :

Sebelum menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan areola sekitarnya.

- 1) Bayi harus mencari puting dan areola ibu dengan mulut terbuka lebar.
- 2) Agar dapat menganga lebar, hidung bayi harus sejajar dengan puting susu ibu.

- 3) Ibu menyangga kepala dan leher bayi dengan lembut, dengan meletakkan tangannya pada tulang oksipital bayi, dan membuat kepala bayi bergerak ke belakang dengan posisi seperti mecium bunga.
- 4) Saat rahang bawah membuka, ibu menggerakkan bayi mendekati payudara dengan perlahan, mengarahkan bibir bawah bayi ke lingkaran luar areola.
- 5) Payudara harus benar-benar memenuhi mulut bayi.
- 6) Setelah bayi mulai menghisap, usahakan agar mulutnya tidak hanya menghisap puting susu ibu, melainkan harus menghisap seluruh areola (yakni daerah sekitar puting yang berwarna lebih gelap daripada kulit). Selain mempermudah bayi menghisap, hal ini akan mengurangi kemungkinan bayi menelan udara pada saat menyusui, karena areola dan puting susu akan memenuhi rongga mulutnya.
- 7) Setelah selesai menyusui mulut bayi dan kedua pipi dibersihkan dengan kapas yang telah direndam dengan air hangat.
- 8) Sebelum ditidurkan, bayi disendawakan terlebih dahulu supaya udara yang terhisap bisa keluar (Nugroho, dkk. 2014:49).

3. Menyendawakan Bayi

Pada akhir menyusu bayi hendaknya dipeluk tegak pada bahu atau dipangkuan ibu, sambil ditepuk perlahan punggungnya, untuk mengeluarkan udara yang ditelan oleh bayi (sendawa) selama ia menyusu. Kadang tindakan ini perlu dilakukan beberapa kali selama bayi menyusu, bahkan juga 5-10 menit setelah bayi selesai menyusu. Tindakan ini perlu dilakukan dalam bulan-bulan pertama, namun janganlah dilakukan secara berlebihan.

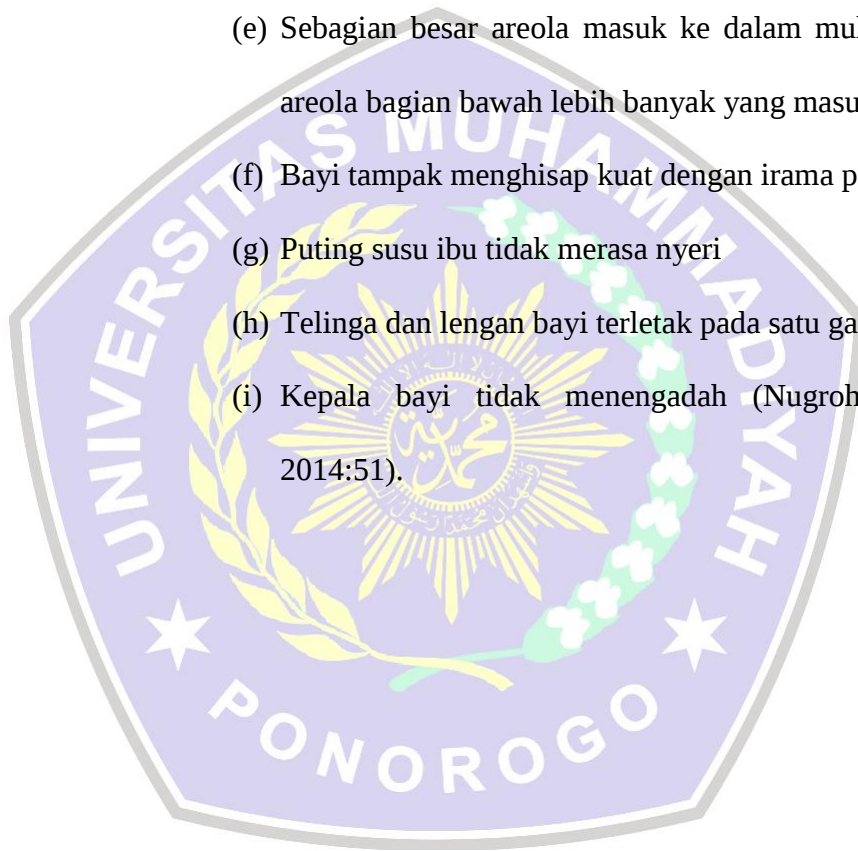
Setelah dibuat sendawa, bayi hendaknya diletakkan lagi ditempat tidur dalam posisi miring pada sisi kanan, untuk mengurangi kemungkinan “gumoh”. Posisi ini juga dapat membantu kelancaran perjalanan air susu dari lambung ke dalam usus. Pada umumnya membuat bayi sendawa ini tidak diperlukan lagi setelah bayi berusia 6 bulan, oleh karena refleksnya telah matang dan berfungsi baik sehingga kemungkinan untuk menelan udara selama menyusu telah berkurang (Nugroho, dkk. 2014:50).

a) Cara Pengamatan Teknik Menyusui Yang Benar

- 1) Menyusui dengan teknik yang tidak benar dapat mengakibatkan puting susu menjadi lecet, ASI yang tidak keluar secara optimal sehingga mempengaruhi produksi ASI selanjutnya atau bayi enggan menyusui. Untuk

mengetahui bayi telah menyusui dengan teknik yang benar perhatikan :

- (a) Bayi tampak tenang
- (b) Badan bayi menempel pada perut ibu
- (c) Mulut bayi terbuka, lebar
- (d) Dagunya menempel pada payudara ibu
- (e) Sebagian besar areola masuk ke dalam mulut bayi, areola bagian bawah lebih banyak yang masuk
- (f) Bayi tampak menghisap kuat dengan irama perlahan
- (g) Puting susu ibu tidak merasa nyeri
- (h) Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus
- (i) Kepala bayi tidak menengadah (Nugroho, dkk. 2014:51).



2.1.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

A. Pengertian Bayi Baru Lahir

Yang dimaksud dengan bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai Apgar > 7 dan tanpa cacat bawaan (Rukiyah, dkk 2010:2).

Neonatus adalah bayi baru lahir yang berusia 0 hingga 28 hari atau berusia 0 hingga 4 minggu pertama sejak dia dilahirkan (Kemnterian Kesehatan RI,2015).

B. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal

1. Berat badan bayi 2500-4000 gram
2. Panjang badan antara 48-52 cm
3. Lingkar kepala bayi 33-35 cm
4. Lingkar dada 30-38 cm
5. Detak jantung 120-140x/menit
6. Frekuensi pernafasan 40-60x/menit
7. Rambut lanugo (bulu badan yang halus) sudah tidak terlihat
8. Rambut kepala sudah muncul
9. Warna kulit badan merah muda dan licin
10. Memiliki kuku yang agak panjang dan lemas
11. Reflek menghisap dan menelan sudah baik ketika diberi Inisiasi

Menyusu Dini (IMD)

12. Reflek gerak memeluk dan menggenggam sudah baik

13. Mekonium keluar dalam waktu 24 jam setelah lahir

(Putranto, dkk 2016:47).

C. Klasifikasi Bayi Baru Lahir

a. Berdasarkan usia kehamilan

1) Neonatus kurang bulan (preterm infant) : kurang dari 259 hari (37 minggu).

2) Neonatus cukup bulan (term infant) : 259 sampai 294 hari (37-42 minggu).

3) Neonatus lebih bulan (postterm infant) : lebih dari 294 (42 minggu) atau lebih.

b. Berdasarkan berat lahir

1) Neonatus berat lahir rendah yang kurang dari 2500 gram

2) Neonatus berat lahir cukup yaitu antara 2500 sampai 4000 gram

3) Neonatus berat lahir lebih yaitu berat lahir lebih dari 4000 gram

c. Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi

dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan) :

1) Neonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)

2) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK)

(Muslihatun, 2010:27).

D. Tahapan Bayi Baru Lahir

1. Tahap I terjadi segera lahir, selama menit-menit pertama kelahiran. Pada tahap ini digunakan sistem *scoring apgar* untuk fisik dan *scoring gray* untuk interaksi bayi dan ibu
2. Tahap II disebut tahap transisional rektivitas. Pada tahap II dilakukan pengkajian selama 24 jam pertama terhadap adanya perubahan perilaku
3. Tahap III disebut tahap periodik, pengkajian dilakukan setelah 24 jam pertama yang meliputi pemeriksaan seluruh tubuh.
(Dwiendra, dkk 2014:7).

E. Adaptasi Bayi Baru Lahir Terhadap Kehidupan Di Luar Uterus

1. Sistem pernapasan

Berikut adalah tabel mengenai perkembangan sistem pulmonial sesuai dengan usia kehamilan

Tabel 2.14
Perkembangan Sistem Pulmonial

Usia Kehamilan	Perkembangan
24 hari	Bakal paru-paru terbentuk
26-28 hari	Kedua bronkus membesar
8 minggu	Segmen bronkus terbentuk
12 minggu	Lobus terdiferensiasi
24 minggu	Alveolus terbentuk
28 minggu	Surfaktan terbentuk
34-38 minggu	Struktur paru matang

Sumber : (Julina Br Sembiring, 2017:4).

Ketika struktur matang, dinding paru-paru sudah bisa mengembangkan sistem alveoli. Selama dalam uterus, janin

mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta dan setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi.

Rangsangan gerakan pernapasan pertama terjadi karena beberapa hal berikut :

- a) Tekanan mekanik dari torak sewaktu melalui jalan keluar lahir stimulasi mekanik
- b) Penurunan PaO dan peningkatan $PaCO$ merangsang kemorosepton yang terletak di sinus karotikes (stimulasi kimiawi)
- c) Rangsangan dengan di daerah muka dan perubahan suhu di dalam uterus stimulasi
- d) Refleks deflasi. *Hering Breur*.

Pernapasan pertama pada bayi normal terjadi pada waktu 30 menit pertama sesudah lahir. Usia bayi pertama kali untuk mempertahankan tekanan alveoli selain karena adanya surfaktan, yang adanya tarikan napas dan pengeluaran napas dengan merintis sehingga udara bisa bertahan di dalam. Cara neonatus bernapas dengan cara bernapas difrakmatik dan abdominal sedangkan untuk frekuensi dan di 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 aerobik. Atau karakteristik sirkulasi janin merupakan sistem tekanan rendah, karena paru-paru masih tertutup dan berisi cairan, organ tersebut memerlukan darah dalam jumlah minimal. Pemasangan klem tali pusat akan menutup sistem tekanan darah dari plasenta janin. Aliran darah dari plasenta berhenti, sistem sirkulasi bayi baru lahir akan mandiri, tertutup dan bertekanan tinggi. Efek yang muncul segera akibat tindakan pemasangan klem tali pusat adalah kenaikan resistensi vaskular sistemik. Kenaikan resistensi vaskular sistemik ini bersamaan dengan pernapasan pertama bayi baru lahir (Julina Br Sembiring, 2017 :4-5).

2. Suhu tubuh

Terdapat empat mekanisme kemungkinan kehilangan panas pada tubuh bayi baru lahir ke lingkungannya, yaitu :

a) Evaporasi

Adalah cara kehilangan panas karena menguapkan cairan ketuban pada permukaan tubuh setelah bayi lahir karena tubuh tidak segera dikeringkan

Contoh : bayi baru lahir yang tidak dikeringkan dari cairan amnion

Pencegahan kehilangan panas : segera mengeringkan badan bayi dari cairan amnion.

b) Konduksi

Adalah kehilangan panas melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin

Contoh : bayi diletakkan di atas meja, timbangan atau tempat tidur

Pencegahan kehilangan panas : menempatkan bayi pada tempat yang hangat dan jangan menggunakan stetoskop dingin untuk memeriksa bayi.

c) Konveksi

Adalah kehilangan panas yang terjadi pada saat bayi terpapar dengan udara sekitar yang lebih dingin

Contoh : membiarkan bayi terlentang di ruang yang relatif dingin, adanya tiupan kipas angin, penyejuk ruangan bersalin

Pencegahan kehilangan panas : menyelimuti bayi.

d) Radiasi

Adalah kehilangan panas yang terjadi pada saat bayi ditempatkan dekat benda yang mempunyai temperatur tubuh lebih rendah dari temperatur tubuh bayi

Contoh : bayi baru lahir dibiarkan dalam keadaan telanjang, bayi ditempatkan dekat jendela yang terbuka.

(Anik Maryunani, 2014:9-10).

3. Peredaran Darah

Setelah lahir darah bayi harus melewati paru untuk mengambil O₂ dan mengantarkannya ke jaringan. Untuk membuat sirkulasi yang baik guna mendukung kehidupan luar rahim harus terjadi 2 perubahan besar. Penutupan foramen ovale pada atrium jantung. Penutupan duktus arteriosus antara arteri paru-paru dan aorta. Perubahan sirkulasi ini terjadi akibat perubahan tekanan pada seluruh sistem pembuluh darah. Oksigen menyebabkan sistem pembuluh darah mengubah tekanan dengan cara mengurangi dan meningkatkan resistensinya hingga mengubah aliran darah.

Dua peristiwa yang mengubah tekanan dalam sistem pembuluh darah :

- a) Pada saat tali pusat dipotong. Tekanan atrium kanan menurun karena berkurangnya aliran darah ke atrium kanan. Hal ini menyebabkan penurunan volume dan tekanan atrium kanan. Kedua hal ini membantu darah dengan kandungan O₂ sedikit mengalir ke paru-paru untuk oksigen ulang.
- b) Pernapasan pertama menurunkan resistensi pembuluh darah paru-paru dan meningkatkan tekanan atrium kanan. O₂ pada pernapasan pertama menimbulkan relaksasi dan terbukanya sistem pembuluh darah paru-paru. Peningkatan sirkulasi ke paru-paru mengakibatkan peningkatan volume darah dan

tekanan pada atrium kanan. Dengan peningkatan tekanan atrium kanan dan penurunan tekanan atrium kiri, foramen ovale secara fungsional akan menutup. Dengan pernapasan, kadar O₂ dalam darah akan meningkat, mengakibatkan ductus venosus dan arteri hipogastrika dari tali pusat menutup dalam beberapa menit setelah lahir dan setelah tali pusat diklem. Penutupan anatomi jaringan fibrosa berlangsung 2-3 bulan (Rukiyah, 2010:38-39).

4. Keseimbangan Air dan Fungsi Ginjal

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

- a) Jumlah nefron masih belum sebanyak orang dewasa
- b) Ketidakseimbangan luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal
- c) Renal blood flow relative kurang baik dibandingkan dengan orang dewasa (Julina Br Sembiring, 2017:10)

5. Immunoglobulin

Pada neonatus tidak terdapat sel plasma pada sumsum tulang, lamina propria ilium serta apendiks. Plasenta merupakan sawar sehingga fetus bebas dari antigen dan stress imunologis. Pada bayi baru lahir terdapat gamma globulin G, sehingga

imunologi dari ibu dapat melalui plasenta karena berat molekulnya kecil. Tetapi bila ada infeksi yang dapat melalui plasenta (lues, toksoplasma, herpes simplek dan lain-lain), reaksi imunologi dapat terjadi dengan pembentukan sel plasma dan anti body gama A, G dan M. (Muslihatun, 2010:160).

6. Traktus Digestivus

Traktus digestivus relative lebih berat dan lebih panjang dibandingkan dengan orang dewasa. Pada neonatus, traktus digestivus mengandung zat berwarna hitam kehijauan yang terdiri atas mukopolisakarida atau disebut juga dengan mekonium. Pengeluaran mekonium biasanya pada 10 jam pertama kehidupan dan dalam 4 hari setelah kelahiran biasanya feses sudah berbentuk dan berwarna biasa. Enzim dalam traktus digestivus biasanya sudah terdapat pada neonatus, kecuali enzim amylase pancreas (Julina Br Sembiring, 2017:10).

7. Hati

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

dari 500 mg/kg BBL/hari dapat menimbulkan grey baby syndrome (Julina Br Sembiring, 2017:11).

8. Keseimbangan Asam Basa

Tingkat keasaman (pH) darah pada waktu lahir umumnya rendah karena glikolisis anaerobic. Namun dalam waktu 24 jam, neonatus telah mengkompensasi asidosis ini (Julina Br Sembiring, 2017:11).

9. Metabolisme

Luas permukaan tubuh neonatus relative lebih 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 dihari keenam energi diperoleh dari lemak dan karbohidrat yang masing-masing sebesar 60 dan 40% (Dewi, 2011:160).

F. Mempertahankan Suhu Tubuh Bayi

1. Keringkan bayi segera setelah bayi lahir untuk mencegah terjadinya evaporasi dengan menggunakan handuk atau kain
2. Selimuti tubuh bayi dengan kain bersih dan hangat segera setelah mengeringkan tubuh bayi dan memotong tali pusat

3. Selimuti bagian kepala karena kepala merupakan permukaan tubuh yang relatif luas dan bayi akan dengan cepat kehilangan panas jika tidak ditutupi
4. Tempatkan bayi pada lingkungan yang hangat, yang paling ideal adalah bersama dengan ibunya agar menjaga kehangatan tubuh bayi
5. Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir (Rukiyah, 2010:10).

G. Asuhan Kebidanan Pada BBL Normal

Menurut (Rukiyah, 2010:16) adalah sebagai berikut :

1. Memotong tali pusat

Cara :

- a) Menjepit tali dengan klem dengan jarak 3 cm dari pusat, lalu mengurut tali pusat ke arah ibu dan memasang klem ke-2 dengan jarak 2 cm dari klem.
- b) Memegang tali pusat diantara 2 klem dengan menggunakan tangan kiri (jari tengah melindungi tubuh bayi) lalu memotong tali pusat diantara 2 klem.
- c) Mengikat tali pusat dengan jarak ± 1 cm dari umbilicus dengan simpul mati lalu mengikat tali pusat dengan simpul mati. Untuk kedua kalinya bungkus dengan kasa steril, lepaskan klem pada tali pusat, lalu

memasukkannya dalam wadah yang berisi larutan klorin 0,5%.

2. Membersihkan jalan nafas

Bayi normal akan segera menangis spontan segera sesudah lahir. Apabila bayi tidak langsung menangis, penolong segera membersihkan jalan nafas dengan cara :

- a) Meletakkan bayi pada posisi terlentang di tempat yang keras dan hangat.
- b) Gulung sepotong kain dan letakkan di bawah bahu sehingga leher bayi lurus dan kepala tidak menekuk, posisi kepala diatur lurus sedikit tengadah ke belakang.
- c) Bersihkan hidung, mulut dan tenggorokan bayi dengan jari tangan yang dibungkus dengan kassa steril.
- d) Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2-3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain kering dan kasar, dengan rangsangan ini biasanya bayi akan segera menangis.

Kekurangan zat asam pada bayi baru lahir akan menyebabkan kerusakan otak. Sangat penting membersihkan jalan nafas, sehingga upaya bernafas tidak akan menyebabkan aspirasi lendir (masuknya lendir ke paru-paru).

- a. Alat penghisap lendir mulut atau penghisap lainnya yang steril, tabung oksigen dan selangnya harus selalu siap di tempat
 - b. Segera lakukan usaha penghisap mulut dan hidung
 - c. Petugas harus memantau dan mencatat usaha nafas yang pertama, warna kulit, adanya cairan atau mekonium dalam hidung atau mulut harus diperhatikan.
3. Membungkus bayi dengan kain bersih dan memberikannya kepada ibu.
 4. Mempertahankan suhu tubuh bayi
Pada waktu bayi lahir, bayi mampu mengatur suhu tubuhnya, dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat, bayi baru lahir harus dibungkus dengan kain hangat karena suhu tubuh bayi merupakan tolak ukur kebutuhan akan tempat tidur yang hangat sampai suhu tubuhnya stabil. Mekanisme kehilangan panas meliputi : evaporasi, konveksi, konduksi dan radiasi.

Cara pencegahan kehilangan panas diantaranya :

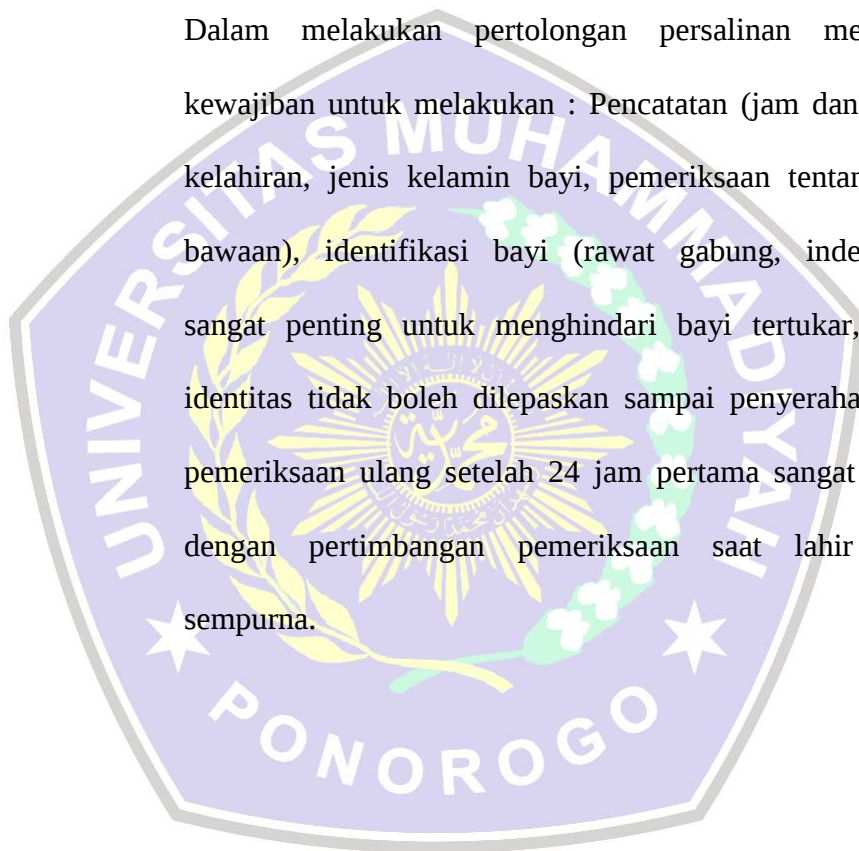
- a) Keringkan bayi secara seksama
- b) Selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih kering dan hangat
- c) Tutup bagian kepala bayi

- d) Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya
- e) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi
- f) Tempatkan bayi di lingkungan yang hangat.

5. Penilaian Apgar Score

Menurut Manuaba (2010:429), penilaian bayi baru lahir dilakukan dengan menggunakan sistem penilaian Apgar.

Dalam melakukan pertolongan persalinan merupakan kewajiban untuk melakukan : Pencatatan (jam dan tanggal kelahiran, jenis kelamin bayi, pemeriksaan tentang cacat bawaan), identifikasi bayi (rawat gabung, indentifikasi sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepaskan sampai penyerahan bayi), pemeriksaan ulang setelah 24 jam pertama sangat penting dengan pertimbangan pemeriksaan saat lahir belum sempurna.



Tabel 2.15
Apgar Score

Tanda	Nilai:0	Nilai : 1	Nilai : 2
Appereance (warna kulit)	Pucat/biru seluruh tubuh	Tubuh merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse (denyut)	Tidak ada	<100/menit	>100/menit
Grimace (tonus otot)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimik	Menangis, batuk/bersin
Activity (aktivitas)	Lumpuh	Ekstremitas dalam fleksi sedikit	Gerakan aktif
Respiration (pernafasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis kuat

Sumber : Nanny Lia Dewi, Vivian.2010:23

Keterangan :

Asfiksia berat : Jumlah nilai 0-3

Asfiksia sedang : Jumlah nilai 4-6

Vigerious baby: Jumlah nilai 7-10

H. Penanganan dan Perilaku Bayi Baru Lahir

1. Refleks

a) Reflek moro

Jika bayi dikagetkan oleh suara keras, gerakan mendadak atau seperti memeluk bila ada rangsangan, cahaya atau posisi secara mendadak, seluruh tubuhnya bereaksi dengan gerakan kaget, yaitu gerakan mengayunkan/merentangkan lengan dan kaki seolah ia akan meraih sesuatu dan menariknya dengan cepat

kearah dada dengan posisi tubuh meringkuk seperti berpegangan dengan erat, mendorong kepala ke belakang, membuka mata dan mungkin menangis. Terjadi pada usia 1-2 minggu dan akan menghilang ketika berusia 6 bulan.

b) Reflek rooting

Jika seseorang mengusapkan sesuatu ke pipi bayi, ia akan memutar kepala ke arah benda itu dan membuka mulutnya, reflek ini terus berlangsung selama bayi menyusu.

c) Reflek menghisap (sucking)

Bayi akan melakukan gerakan menghisap ketika anda menyentuhkan puting susu ke ujung mulut bayi.

d) Reflek swallowing

Muncul ketika benda-benda yang dimasukkan ke dalam mulut, seperti puting susu ibu dan bayi berusaha menghisap lalu menelan. Proses menelan ini yang disebut reflek swallowing. Reflek ini tidak akan hilang.

e) Reflek berkedip (reflek corneal)

Bayi berkedip pada pemunculan sinar yang tiba-tiba atau pada pandel atau obyek ke arah kornea, harus menetap sepanjang hidup, jika tidak ada maka menunjukkan adanya kerusakan pada saraf cranial.

f) Reflek pupil

Pupil konstriksi jika sinar terang diarahkan padanya, reflek ini ada sepanjang hidup.

g) Reflek glabella

Ketukan halus pada glabella (bagian dahi antara 2 alis mata) menyebabkan mata menutup dengan rapat.

h) Reflek tonic neck

Ketika kedua tangan diangkat, bayi akan berusaha mengangkat kepalanya. Jika bayi baru lahir mampu untuk melakukan posisi ini, atau jika reflek ini terus menetap hingga lewat usia 6 bulan, kemungkinan bayi mengalami gangguan pada neuron motorik atas. Berdasarkan penelitian, reflek tonic neck merupakan suatu tanda awal koordinasi mata dan kepala bayi yang kan menyiapkan untuk mencapai gerak sadar.

i) Reflek tonic labyrinthine/labirin

Pada posisi telentang, reflek ini dapat diamati dengan mengangkat tungkai bayi beberapa saat lalu dilepaskan. Tungkai yang diangkat akan bertahan sesaat, kemudian jatuh. Reflek ini akan hilang pada usia 6 bulan.

j) Reflek palmar grasping

Bayi baru lahir menggenggam atau merenggut jari ibu jika ibu menyentuh telapak tangannya. Genggaman ini sangat kuat hingga ia bisa menopang seluruh berat badan jika ibu mengangkatnya dengan satu jari genggaman dalam setiap tangannya. Gerakan reflek ini juga terdapat di telapak kaki yang melengkung saat disentuh.

k) Reflek crawling

Jika bayi ditelungkupkan maka ia akan membentuk posisi merangkak karena saat di rahim kakinya tertekuk ke arah tubuhnya.

l) Reflek stepping (berjalan dan melangkah)

Jika bayi digendong dengan posisi berdiri dan telapak kakinya menyentuh permukaan yang keras, akan ada reflek berjalan, yaitu gerakan kaki seperti melangkah ke depan. Jika tulang keringnya menyentuh sesuatu, ia akan mengangkat kakinya seperti akan melangkahi benda tersebut.

m) Reflek babinski

Jari-jari mencengkram/hyperekstensi ketika bagian bawah kaki diusap, inidikasi saraf berkembang dengan normal.

n) Reflek blinking

Jika bayi terkena sinar atau hembusan angin matanya akan menutup dan bayi akan mengerjapkan matanya.

o) Reflek yawning

Yakni reflek menjerit pada bayi ketika ia merasa lapar kemudian disertai dengan tangisan.

p) Reflek plantar

Muncul sejak lahir dan berlangsung hingga sekitar satu tahun kelahiran. Reflek plantar ini dapat diperiksa dengan menggosokkan sesuatu di telapak kakinya, maka jari-jari kakinya akan menekuk secara erat.

q) Reflek ekstruksi

Bila lidah bayi disentuh atau ditekan, bayi merespon dengan mendorongnya keluar.

r) Reflek starle

Suara keras yang tiba-tiba menyebabkan abduksi lengan dengan fleksi siku tangan tetap terenggam.

s) Reflek gallant

Sentuhan pada punggung bayi sepanjang tulang belakang menyebabkan panggul bergerak ke arah sisi yang terstimulasi (Anik Maryunani, 2014:17-19).

I. Neonatus Bayi dengan Penyakit yang Lazim Terjadi

1. Bercak Mongol

Merupakan bercak berwarna biru yang biasanya terlihat di bagian atau daerah sakra, walaupun kadang terlihat di bagian tubuh lainnya.

2. Hemangioma

Merupakan jenis kelainan pembuluh darah.

3. Ikterik

Terjadi apabila terdapat bilirubin dalam darah.

Derajat ikterik menurut rumus Kremer adalah :

- a. Derajat I : kepala sampai leher
- b. Derajat II : kepala, badan sampai umbilicus
- c. Derajat III : kepala, badan, paha sampai dengan lutut
- d. Derajat IV : kepala, badan, paha sampai dengan lutut
- e. Derajat V : kepala, badan, semua ekstremitas sampai ujung kaki

4. Oral Trush

Adalah lapisan atau bercak-bercak putih kekuningan yang timbul di lidah yang mungkin dikelilingi oleh daerah kemerahan.

5. Diaper Rash (Ruam popok)

Dapat berupa ruam yang terjadi di dalam area popok.

6. Seborrhea

Merupakan kelainan kulit berupa peradangan superfisial dengan papuloskuamosa yang kronik dengan tempat predileksi di daerah-daerah seboroik yakni daerah yang kaya akan kelenjar sebacea, seperti pada kulit kepala, alis, kelopak mata, naso labial, bibir, telinga, dada, axilla, umbilikus, selangkangan, dan glutea.

7. Muntah dan Gumoh

Merupakan keadaan fisiologis yang normal pada bayi berusia di bawah satu tahun dan akan hilang seiring pertumbuhan.

8. Bisul Pada Bayi

Adalah radang kecil bernanah dekat sekali dengan permukaan kulit disebut pustul (Rukiyah, dkk. 2010:126-145).

J. Kebutuhan Dasar Neonatus

1. Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Kemudian hari kedua energi berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6 (Marmi, 2012 :313). Kemudian Menurut Rukiyah (2010:379) kebutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan pertama adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum,

selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energi sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari.

2. Eliminasi

Menurut Marmi (2012:314) pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa. Kemudian menurut Fraser (2009: 711) 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 warna kuning kecoklatan. Urine pertama dikeluarkan dalam 24 jam pertama dan setelahnya dengan frekuensi yang semakin sering meningkatnya asupan cairan. Urine encer, berwarna kuning dan tidak berbau.

3. Istirahat dan tidur

Menurut Sulistyawati (2010:78) dalam 2 minggu pertama setelah lahir, bayi normalnya sering tidur. Bayi baru lahir sampai usia 3 bulan rata-rata tidur selama 16 jam. Pada umumnya bayi bangun sampai malam hari pada usia 3 bulan. Sebaliknya ibu selalu menyediakan selimut dan ruangan yang hangat, serta memastikan bayi tidak terlalu panas atau terlalu dingin. Jumlah waktu tidur bayi akan berkurang seiring dengan bertambahnya usia bayi.

4. Personal Hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mengering. Pemakain popok yang dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urine dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah (Walsh, 2007: 337-378).

5. Aktivitas

Menurut Dewi (2013:79) bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut. Kemudian menurut Walsh (2007:378) bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari, bergantung pola tempramen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok basah, suhu ekstrim, dan stimulasi berlebihan.

6. Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga di dapat pola tidur yang lebih baik (Saifuddin,

2010:369). Kemudian menurut Fraser (2009:712) jauh dari pasif, bayi bereaksi terhadap rangsang dan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya.

K. Kunjungan Neonatus

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

1. KN 1 adalah kunjungan ke 1 dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah kelahiran. Hal yang harus dilakukan :
 - a) Jaga kehangatan tubuh bayi
 - b) Berikan Asi Eksklusif
 - c) Rawat tali pusat
2. Kunjungan ke 2 dilakukan pada kurun waktu 3-7 hari setelah kelahiran. Hal yang harus dilakukan :
 - a) Jaga kehangatan tubuh bayi
 - b) Berikan Asi Eksklusif
 - c) Cegah infeksi
 - d) Rawat tali pusat
3. KN 2/lengkap adalah kunjungan ke 3 dilakukan pada kurun waktu 8-28 hari setelah kelahiran. Hal yang harus dilakukan:
 - a) Periksa ada/tidak tanda bahaya dan atau gejala sakit

- b) Lakukan jaga kehangatan tubuh
- c) Beri Asi Eksklusif
- d) Rawat tali pusat

(Kepmenkes RI, buku KIA 2015).

L. Penyuluhan Sebelum Bayi Baru Lahir Pulang

f. Perawatan Tali Puser

Saat bayi dilahirkan, tali puser (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 bernafas sendiri melalui hidung. Karena itulah, tali puser tersebut harus dipotong meski tidak semuanya. Tali puser 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 sampai bersih dengan sabun
- 2) Ambil kapas bulat atau kapas bertangkai yang telah dibubuhi alkohol 70% lalu bersihkan sisa tali puser terutama bagian pangkalnya (yang menempel pada perut bayi).

- 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.

g. Pemberian ASI

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

(proses masuknya sebagian besar 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 mencapai payudara ibu dan menyusu dengan baik dalam kurun waktu kurang dari 50 menit.

h. 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 membedong bayi rapat-rapat dan kepalanya ditutup agar membantunya merasa aman dan hangat. Hal ini membuat bayi tidak lebih nyenyak dan lama jika mereka dibungkus. Bayi yang mengalami kehilangan panas (hipotermi) beresiko 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

i. Tanda-Tanda Bahaya

- 1) Tidak manyusu atau memuntahkan semua yang diminum.
Ini tanda bayi terkena infeksi berat.
- 2) Bayi kejang. Kejang pada bayi baru lahir kadang sulit dibedakan dengan gerakan normal. Jika melihat gejala-gerakan yang tidak biasa dan terjadi secara berulang-ulang (menguap, mengunyah, mengisap, mata berkedip-kedip, mata mendelik, bola mata berputar-putar, kaki seperti mengayuh sepeda) yang tidak berhenti jika bayi disentuh atau dielus, kemungkinan bayi kejang.
- 3) Bayi lemah, bergerak hanya jika dipegang.
- 4) Sesak nafas (60 kali permenit atau lebih) atau nafas 30 kali per menit atau kurang.
- 5) Bayi merintih.
- 6) Pusing kemerahan sampai dinding perut. Jika kemerahan sudah sampai dinding perut, tandanya sudah infeksi berat.
- 7) Demam (suhu tubuh bayi lebih dari $37,5^{\circ}\text{C}$) atau tubuh teraba dingin (suhu tubuh bayi kurang dari $36,5^{\circ}\text{C}$).
- 8) Mata berranah banyak.
- 9) Bayi diare, mata cekung, tidak sadar, jika kulit perut dicubit akan kembali lambat. Ini tandanya bayi kekurangan cairan yang berat, bisa menyebabkan kematian.
- 10) Kulit bayi terlihat kuning. Kuning pada bayi berbahaya jika muncul pada :

- (a) Hari pertama (kurang dari 24 jam) setelah lahir.
- (b) Ditemukan pada umur lebih dari 14 hari.
- (c) Kuning sampai ke telapak tangan atau kaki. Bila ditemukan salah satu dari tanda-tanda bahaya tersebut di atas sebaiknya orangtua segera membawa bayi ke petugas kesehatan baik dokter maupun bidan.

j. Imunisasi

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

1) Hepatitis B

Mencegah penyakit hepatitis B yang menyerang hati (liver); berakhir menjadi sirosis (hati menciut) dan kanker hati. Segera setelah lahir, diupayakan dalam 12 jam pertama. Diberikan minimal 3 kali dalam rentang waktu 6 bulan. Disuntikkan di paha. Diberikan tanpa memandang status ibu (pernah terinfeksi atau belum).

2) Polio

Mencegah terkena polio (poliomyelitis) yang menyebabkan anak lumpuh (kebanyakan mengenai satu kaki tetapi bisa

juga terkena kedua kakinya). Menjelang pulang, ditetaskan di mulut. Diberikan 3 kali dalam selang waktu 6-8 minggu. Penyakit ini sangat menular dan tidak ada obat.

3) BCG

Mencegah penyakit TB (tuberculosis). Menjelang pulang, disuntikkan di lengan atas. Umumnya menyerang paru-paru. Tapi pada anak-anak, penyakit ini dapat “menjalar” misalnya ke otak, kelenjar, dan tulang, dan menimbulkan komplikasi.

k. Perawatan Harian atau Rutin

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

- 1) Beri ASI sesuai dengan kebutuhan setiap 2-3 jam (paling sedikit setiap 4 jam), mulai dari pertama.
- 2) Pertahankan agar bayi selalu dengan ibu.
- 3) Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat, dan kering, dengan mengganti popok dan selimut sesuai dengan keperluan. Pastikan bayi tidak terlalu panas atau terlalu dingin (dapat menyebabkan dehidrasi, ingat bahwa pengaturan suhu bayi masih dalam perkembangan). Apa saja yang dimasukkan ke dalam mulut bayi harus selalu bersih.
- 4) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering.
- 5) Peganglah, sayangi dan nikmati kehidupan bersama bayi.

- 6) Awasi masalah dan kesulitan pada bayi, dan minta bantuan jika perlu.
- 7) Jaga keamanan bayi terhadap trauma dan penyakit/infeksi.
- 8) Ukur suhu tubuh bayi, jika bayi tampak sakit atau menyusui kurang.

1. Pencegahan Infeksi

1) Infeksi

Infeksi yang terjadi pada bayi baru lahir ada dua yaitu : *early infection* (infeksi dini) dan *late infection* (infeksi lambat).

Disebut infeksi dini karena infeksi diperoleh dari si ibu saat masih dalam kandungan sementara infeksi lambat adalah infeksi yang diperoleh dari lingkungan luar, bisa lewat udara atau tertular dari orang lain. Beragam infeksi bisa terjadi pada bayi baru lahir seperti herpes, toksoplasma, rubella, CMV, hepatitis, eksim, infeksi saluran kemih, infeksi telinga, infeksi kulit, infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) dan HIV/AIDS.

Cara mengatasinya, infeksi herpes simpleks pada bayi yang baru lahir memang sangat mengkhawatirkan dan memberikan prediksi akibat yang buruk bila tidak segera diobati. Untungnya pengobatan selama ini mampu menurunkan angka kematian demikian juga mengah progresivitas penyakit berupa infeksi herpes pada susunan

saraf pusat atau infeksi diseminata (penyebaran tubuh kebagian tubuh lain). Tindakan terhadap bayi dari ibu penderita herpes genetalia dilakukan secara beragam, diantaranya ada rumah sakit yang menganjurkan isolasi. Selanjutnya pada bayi yang dilakukan pemeriksaan kultur virus, fungsi hati dan cairan serebrospinalis (otak). Selain pengawasan ketat selama bulan pertama kehidupannya.

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

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

penelitian bayi yang mendapat terapi ARV akan mempunyai kesempatan hidup lebih lama.

m. Kecelakaan

Pada bayi, umumnya kecelakaan terjadi karena jatuh, tergores benda tajam, tersedak, tercekik, atau tanpa sengaja menelan obat-obatan dan bahan kimia yang ditaruh di sembarang tempat. Bisa ditebak, umumnya kecelakaan seperti itu disebabkan kelalaian orang dewasa di sekitarnya (Mueser, 2007:42-43).



2.1.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana

A. Pengertian Keluarga Berencana

Menurut UU no.52 tahun 2009, Keluarga Berencana (KB) adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, pengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan dan bantuan sesuai hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas (UUD RI, 2009).

Keluarga Berencana (KB) memungkinkan pasangan usia subur untuk mengantisipasi kelahiran, mencapai jumlah anak yang mereka inginkan, dan mengatur jarak dan waktu kelahiran mereka. Hal ini dapat dicapai melalui penggunaan metode kontrasepsi dan tindakan infertilitas (WHO,2016).

B. Tujuan Keluarga Berencana (KB)

1. Terkendalinya tingkat kelahiran dan pertumbuhan penduduk
2. Meningkatnya jumlah peserta KB atas dasar kesadaran, sukarela dengan dasar pertimbangan moral dan agama
3. Berkembangnya usaha-usaha yang membantu peningkatan kesejahteraan ibu dan anak, serta menurunnya kematian ibu pada masa kehamilan dan persalinan (Imelda Fitri, 2018:18).

C. Syarat Kontrasepsi

Syarat kontrasepsi adalah :

1. Aman pemakaiannya dan dipercaya
2. Tidak ada efek samping yang merugikan

3. Lama kerjanya dapat diatur menurut keinginan
4. Tidak mengganggu hubungan persetubuhan
5. Tidak memerlukan bantuan media tau control yang ketat selama pemakaian
6. Cara penggunaannya sederhana atau tidak rumit
7. Harga murah dan dapat dijangkau oleh semua kalangan masyarakat
8. Dapat diterima oleh pasangan suami istri (Proverawati, 2010:64).

D. Ruang Lingkup Program Keluarga Berencana (KB)

1. Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE)
2. Konseling
3. Pelayanan Kontrasepsi
4. Pelayanan Infertilitas
5. Pendidikan seks (*sex education*)
6. Konsultasi pra perkawinan dan konsultasi perkawinan
7. Konsultasi genetik
8. Tes keganasan
9. Adopsi (Imelda Fitri, 2018:18-19).

E. Efektivitas Kontrasepsi

1. Efektivitas relatif (*relative effectiveness*) dari berbagai metode kontrasepsi yang tersedia.

2. Efek negatif kehamilan yang tidak diinginkan pada kesehatan dan risiko kesehatan potensial pada kehamilan dengan kondisi medis tertentu (Affandi, 2012:U-25).

F. Pembagian Kerja Kontrasepsi

1. Metode Kontrasepsi Sederhana Tanpa Alat

a) Metode Amenorea Laktasi (MAL)

Adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apapun lainnya (Arum,dkk. 2011:68).

1) Syarat MAL :

- (a) Menyusu secara penuh (*Full Breast Feeding*); lebih efektif bila pemberian >8x sehari
- (b) Belum haid
- (c) Umur bayi kurang dari 6 bulan (Arum,dkk. 2011:69).

2) Cara Kerja :

Menunda atau menekan terjadinya ovulasi. Pada saat laktasi/menyusui, hormon yang berperan adalah prolaktin dan oksitosin. Semakin sering menyusui, maka kadar prolaktin akan meningkat dan hormon gonadotrophin melepaskan hormon penghambat (inhibitor). Hormon penghambat akan mengurangi

kadar esterogen, sehingga tidak terjadi ovulasi (Imelda Fitri, 2018:101).

3) Keuntungan

- (a) Efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pasca persalinan)
- (b) Segera efektif
- (c) Tidak mengganggu senggama
- (d) Tidak ada efek samping secara sistemik
- (e) Tidak perlu pengawasan medis
- (f) Tidak perlu obat atau alat
- (g) Tanpa biaya (KKB,2012:MK-2).

4) Keterbatasan

- (a) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan
- (b) Mungkin sulit dilakukan karena kondisi sosial
- (c) Efektivitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan
- (d) Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/HBV dan HIV/AIDS (KKB,2012:MK2).

b) Coitus Interruptus (Metode Withdrawal/Senggama Terputus)

Merupakan suatu metode kontrasepsi dimana senggama diakhiri sebelum terjadi ejakulasi intra vagina. Ejakulasi terjadi jauh dari genetalia eksterna wanita

(Imelda Fitri,2018:106)

1) Keuntungan

- (a) Tidak memerlukan alat/murah
- (b) Tidak menggunakan zat-zat kimiawi
- (c) Selalu tersedia setiap saat
- (d) Tidak mempunyai efek samping

(Imelda Fitri,2018:106).

2) Keterbatasan

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

- (b) Efektivitas akan jauh menurun apabila sperma dalam 24 jam sejak ejakulasi masih melekat pada penis

- (c) Memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual

(KBB,2012:MK16).

2. Metode Kontrasepsi Sederhana Menggunakan Alat

a) Kondom

Kondom merupakan selubung/sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil) atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual. Kondom tersebut dari karet sintetis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal yang bila digelung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu (Arum,dkk. 2011:76).

1) Cara kerja kondom

(a) Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam reproduksi perempuan

(b) Mencegah penularan kepada pasangan yang lain (khusus kondom yang terbuat dari lateks dan vinil)
(Arum,dkk.2011:78).

2) Efektivitas

(a) 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 kegagalan kondom yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun (Arum,dkk.2011:78).

3) Keterbatasan

- (a) Efektivitas tidak terlalu tinggi
- (b) Cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi
- (c) Agak mengganggu hubungan seksual (mengurangi sentuhan langsung)
- (d) Pada beberapa klien bisa menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan ereksi
- (e) Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual
- (f) Beberapa klien malu untuk membeli kondom di tempat umum
- (g) Pembuangan kondom bekas mungkin menimbulkan masalah dalam hal limbah (KKB,2012:MK19).

3. Metode Kontrasepsi Hormon

a) Pil progestin

Minipil adalah pil yang hanya mengandung hormon progesteron dalam dosis rendah (Hartanto, 2015:155).

1) Mekanisme kerja

Menekan sekresi gonadotrophin dan sintesis steroid seks di ovarium (tidak begitu kuat), endometrium

mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit, mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma, mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu (Dewi, 2013:175).

2) Keuntungan

Keuntungan secara kontrasepsi:

- (a) Sangat efektif bila digunakan secara benar
- (b) Tidak mengganggu hubungan seksual
- (c) Tidak mempengaruhi ASI
- (d) Kesuburan cepat kembali
- (e) Nyaman dan mudah digunakan
- (f) Sedikit efek samping
- (g) Dapat dihentikan setiap saat
- (h) Tidak mengandung esterogen

Keuntungan secara non kontrasepsi:

- (a) Mengurangi nyeri haid
- (b) Mengurangi jumlah darah haid
- (c) Menurunkan tingkat anemia
- (d) Mencegah kanker endometrium
- (e) Melindungi dari penyakit radang panggul
- (f) Tidak meningkatkan pembekuan darah
- (g) Dapat diberikan pada penderita endometriosis

- (h) Kurang menyebabkan peningkatan tekanan darah, nyeri kepala dan depresi
- (i) Dapat mengurangi keluhan premenstrual syndrome (sakit kepala, perut kembung, nyeri payudara, nyeri pada betis, lekas marah)
- (j) Sedikit sekali mengganggu metabolisme karbohidrat sehingga relatif aman diberikan pada perempuan pengidap DM yang belum mengalami komplikasi (Dewi, 2013:175).

b) Pil Kombinasi

Adalah pil yang mengandung hormon progesteron dan esterogen (Dewi, 2013:176).

1) Mekanisme kerja

Menekan ovulasi, mencegah implantasi, lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui sperma, pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendiri menjadikan efektivitas tinggi (Dewi, 2013:176).

2) Efek samping

Amenorea (tidak ada perdarahan atau *spotting*), mual, muntah atau pusing, perdarahan pervaginam (Dewi, 2013:177).

4. Suntikan KB

a) Suntikan 1 bulan

Kontrasepsi suntik adalah kontrasepsi berupa cairan yang berisi hormon esterogen yang disuntikkan ke dalam tubuh wanita secara periodik (Koes, 2012:36).

1) Jenis KB suntik

Jenis suntikan adalah 25 mg Depo Medroksiprogesteron Asetat dan 5 mg Estrogen Sipionat yang diberikan injeksi IM seulan sekali (Cyclofem) dan 50 Noretindron Enantat dan 5 mg Estrodiol Valerat yang diberikan injeksi IM sebulan sekali (Arum, 2011:116).

(a) 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 (Arum, dkk 2011:145)

(b) Efektivitas

Sangat efektif (0,1-0,4) kehamilan per 100 perempuan) sebelum tahun pertama penggunaan

(c) Keuntungan kontrasepsi :

(1) Risiko terhadap kesehatan kecil

(2) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri

(3) Tidak diperlukan pemeriksaan dalam

(4) Jangka panjang

(5) Efek samping sangat kecil

(d) Kerugian

(1) Terjadi perubahan pada pola haid, seperti tidak teratur, perdarahan bercak/*spotting*, atau perdarahan selama 10 hari

(2) Mual sakit kepala, nyeri payudara ringan, dan keluhan seperti ini akan hilang setelah suntikan kedua atau ketiga

(3) Ketergantungan klien terhadap pelayanan kesehatan. Klien harus kembali setiap 30 hari untuk mendapatkan suntikan

(4) Efektivitasnya berkurang bila digunakan bersamaan dengan obat-obat epilepsy (Fenitoin dan berbiturat) atau obat tuberculosis (Rifampisin)

(5) Dapat terjadi efek samping ang serius, seperti : serangan jantung, stroke, bekuan darah pada paru atau otak dan kemungkinan timbulnya tumor hati

(6) Penambahan berat badan

(7) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B virus, atau infeksi virus HIV

(8) Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian

(Imelda Fitri, 2018:65).

(e) Indikasi

Usia reproduksi, telah memiliki anak ataupun yang belum memiliki anak, ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektivitas tinggi, menyusui ASI pasca persalinan > 6 bulan, pasca persalinan dan tidak menyusui, anemia, nyeri haid hebat, haid teratur, riwayat kehamilan ektopik, sering lupa menggunakan pil kontrasepsi (Imelda Fitri, 2010:67).

(f) Kontraindikasi

Hamil atau diduga hamil, menyusui dibawah umur 6 minggu pasca persalinan, perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya, penyakit hati akut (Virus hepatitis), umur >35 tahun yang merokok, riwayat penyakit jantung, stroke atau dengan tekanan darah tinggi (<180/110 mmHg), riwayat kelainan tromboemboli atau dengan kencing manis >20 tahun, kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit

kepala atau migrain, keganasan pada payudara (Imelda Fitri, 2018:69).

b) Suntikan 3 bulan

Kontrasepsi suntik adalah alat kontrasepsi berupa cairan yang berisi hormon progesteron yang disuntikkan ke tubuh wanita secara periodik (Koes,2012:46).

1) Jenis KB Suntik

DMPA (Depot medroxy progesterone acetate) atau Depo Provera yang diberikan tiap tiga bulan dengan dosis 150 miligram yang disuntik secara IM, Depo Noristerat diberikan setiap 2 bulan dengan dosis 200 mg Nore-tindron Enantat (Mulyani,2013:106).

2) Efek samping

Gangguan haid, penambahan berat badan, kekeringan vagina, menurunkan libido, gangguan emosi, sakit kepala, nervotaksis dan jerawat, gangguan haid yang sering ditemukan berupa siklus haid yang memendek atau memanjang, perdarahan banyak atau sedikit, perdarahan yang tidak teratur atau perdarahan bercak (*spotting*), tidak haid sama sekali (*amenore*) (Susilowati, 2011:227).

3) Indikasi

a) Usia reproduksi

- b) Nulipara dan yang telah memiliki anak
- c) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi
- d) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai
- e) Setelah melahirkan dan tidak menyusui
- f) Setelah abortus atau keguguran
- g) Telah banyak anak, tetapi belum menghendaki tubektomi
- h) Tekanan darah $<180/80$ mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit
- i) Menggunakan obat untuk epilepsy (fenitoin dan barbiturate) atau obat tuberculosis (rifampisin)
- j) Tidak dapat memakai kontrasepsi yang mengandung esterogen
- k) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi
- l) Anemia defisiensi besi
- m) Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi

(Kurnia, 2013:188).

4) Kontraindikasi

- a) Hamil atau dicurigai hamil
- b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya

- c) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenorea
 - d) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara
 - e) DM disertai komplikasi (Kurnia, 2013:188).
- 5) Waktu mulai menggunakan
- a) Setiap saat selama siklus haid, asal ibu tersebut tidak hamil
 - b) Mulai hari pertama sampai hari ke 7 siklus haid
 - c) Pada ibu yang tidak haid, injeksi pertama dapat diberikan setiap saat, asalkan saja ibu tersebut tidak hamil. Selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual
 - d) Ibu yang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan. Bila ibu telah menggunakan kontrasepsi hormonal sebelumnya secara benar, dan ibu tersebut tidak hamil, suntikan pertama dapat segera diberikan. Tidak perlu menunggu sampai haid berikutnya datang
 - e) Bila ibu sedang menggunakan metode kontrasepsi jenis lain dan ingin menggantinya dengan jenis kontrasepsi suntikan yang lain lagi, kontrasepsi

suntikan yang akan diberikan dimulai pada saat jadwal kontrasepsi suntikan yang sebelumnya

- f) Ibu yang menggunakan kontrasepsi non hormonal dan ingin menggantinya dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama kontrasepsi hormonal yang akan diberikan dapat segera diberikan, asal saja ibu tersebut tidak hamil. Dan pemberiannya tidak perlu menunggu haid berikutnya datang. Bila ibu disuntik setelah hari ke 7 haid maka ibu tersebut selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual
- g) Ibu ingin menggantikan AKDR dengan kontrasepsi hormonal. Suntikan pertama dapat diberikan pada hari pertama sampai hari ke 7 siklus haid, atau dapat diberikan setiap saat setelah hari ke 7 siklus haid, asal saja yakin ibu tersebut tidak hamil
- h) Ibu tidak haid atau ibu sedang perdarahan tidak teratur. Suntikkan pertama dapat diberikan setiap saat, asal saja ibu tersebut tidak hamil, dan selama 7 hari setelah suntikkan tidak boleh melakukan hubungan seksual (Marmi, 2016:221-222).

6) Cara penyuntikkan

- a) Mempersiapkan pasien, alat, dan petugas

- b) Menginformasikan pada pasien tindakan yang akan dilakukan
- c) Menimbang berat badan dan mengukur tekanan darah pasien
- d) Memeriksa kebersihan daerah suntikan dan posisi pasien
- e) Masukkan obat dan mengeluarkan udara yang ada pada spuit

Melakukan penyuntikan

- a) Melakukan tindakan antisepsis
- b) Memasukkan jarum
- c) Melakukan aspirasi
- d) Memasukkan obat dan mencabut jarum suntikan

Pasca penyuntikan

- a) Merapikan pasien, lingkungan, dan alat
- b) Mencuci tangan di bawah air mengalir
- c) Merencanakan tanggal kunjungan ulang
- d) Menjelaskan kemungkinan yang akan dialami

(Hidayat, 2009 :22-27).

5. Susuk KB/Implan (AKBK)

Implan adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga hingga lima tahun (KKB,2012:MK55).

1) Mekanisme kerja

- (a) Lendir serviks menjadi kental
- (b) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi
- (c) Mengurangi transportasi sperma
- (d) Menekan ovulasi (Imelda Fitri, 2018:154).

2) Indikasi

- (a) Usia reproduksi
- (b) Telah memiliki anak taupun belum
- (c) Menghendaki kontrasepsi yang memiliki efektivitas tinggi dan menghendaki pencegahan kehamilan jangka panjang
- (d) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi
- (e) Pasca persalinan dan tidak menyusui
- (f) Pasca keguguran
- (g) Tidak menginginkan anak lagi tetapi menolak sterilisasi
- (h) Riwayat kehamilan ektopik
- (i) Tekanan darah $<180/110$ mmHg, dengan masalah pembekuan darah atau anemia sel sabit
- (j) Tidak boleh menggunakan alat kontrasepsi hormonal yang mengandung esterogen
- (k) Sering lupa menggunakan pil

(Imelda Fitri, 2018:155).

3) Kontraindikasi

Hamil atau di duga hamil, perdarahan per vaginam yang belum jelas penyebabnya, benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara, tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi, mioma uterus atau kanker payudara, gangguan toleransi glukosa, tromboflebitis aktif atau penyakit trombo emboli, penyakit hati, jantung (Imelda Fitri, 2018:155).

4) Keuntungan

Daya guna tinggi, perlindungan jangka panjang (sampai lima tahun), pengembalian kesuburan yang cepat, tidak memerlukan pemeriksaan dalam, bebas dari pengaruh esterogen, tidak mengganggu kegiatan senggama, tidak mengganggu ASI, pasien hanya kembali ke klinik bila ada keluhan, dapat dicabut setiap saat, mengurangi jumlah darah mentruasi, mengurangi atau memperbaiki anemia (Kumalasari, 2015:281).

5) Kerugian

Gangguan menstruasi, berat badan bertambah, liang senggama terasa kering, menimbulkan jerawat dan keregangan payudara (Purwaningsih,dkk. 2010:79).

6) Efek samping

Amenorea, perdarahan bercak/spotting ringan, ekspulsi, infeksi pada daerah insersi, berat badan naik/turun (Dewi,2013:191).

7) Melakukan pemasangan implant

a) Cuci daerah insersi, lakukan tindakan steril dan tutup daerah insersi dengan kain steril

b) Lakukan anastesi lokal lidokain 1% pada daerah insersi, mula-mula disuntikkan sejumlah kecil anastesi pada daerah insisi, kemudian anastesi diperluas sepanjang 4-4,4 cm

c) Dengan pisau scalpel dibuat insisi 2 mm sejajar dengan lengan siku

d) Masukkan ujung trokar melalui insisi

e) Masukkan implant ke dalam trokarnya

f) Ubah arah trokar sehingga implant berikutnya berada 15 derajat dari implant sebelumnya

g) Setelah semua implant terpasang, lakukan penekanan pada luka insisi dengan kasa steril untuk mengurangi perdarahan

h) Luka insisi ditutup dengan kompres kering, lalu lengan dibalut dengan kasa. Daerah insersi dibiarkan

kering dan tetap bersih selama 4 hari (Kurnia, 2013:193).

8) Indikasi pencabutan

- a) Setelah lima tahun insersi implant (norplant)
- b) Atas permintaan pasien (seperti adanya keluhan atau pasien ingin hamil)
- c) Keadaan yang tergolong sebagai perhatian khusus bagi insersi implant (norplant), sehingga sebaiknya mengganti dengan caranon hormonal yang lain (Hidayati, 2009:84).

9) Melakukan pencabutan implant

- a) Jelaskan pada pasien mengenai prosedur yang akan dilakukan
- b) Persilahkan pasien untuk mencuci seluruh lengan dan tangan
- c) Atur lengan pasien tempat implant terpasang
- d) Raba kapsul implant
- e) Raba ujung kapsul dekat lipatan siku

f) Pastikan posisi setiap kapsul

g) Siapkan tempat alat

h) Buka bungkus steril

Tindakan pencabutan implant dengan metode standart

- a) Tentukan lokasi insisi

- b) Buat insisi melintang (± 4 mm)
- c) Lakukan pencabutan kapsul
- d) Dorong ujung kapsul ke arah insisi dengan jari tangan
- e) Jepit ujung kapsul
- f) Bersihkan dan buka jaringan ikat yang mengelilingi kapsul

- g) Jepit kapsul
- h) Lepaskan klem pertama
- i) Cabut kapsul
- j) Cabut kapsul berikutnya
- k) Pastikan bahwa semua kapsul sudah dicabut
- l) Tunjukkan kapsul tersebut pada pasien

Tindakan pasca pelepasan

- a) Bersihkan daerah di sekitar insisi
- b) Pegang dan dekatkan kedua tepi luka insisi
- c) Tutup luka
- d) Periksa perdarahan
- e) Tutup daerah insisi (Hidayati, 2009:86-92).

6. AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)

AKDR adalah alat kontrasepsi yang dimasukkan ke dalam rahim yang bentuknya bermacam-macam terdiri dari plastik (polyethylene), ada yang dililiti tembaga (Cu), ada pula yang

tidak, ada yang dililiti tembaga bercampur perak (Ag), selain itu ada pula yang batangnya berisi hormon progesteron (Suratun,2008).

a) Jenis

1) AKDR CuT-380A

Kecil, kerangka dari plastik yang fleksibel, berbentuk huruf T, diselubungi oleh kawat halus yang terbuat dari tembaga (Cu).

2) AKDR yang lain beredar di Indonesia adalah NOVA T (Schering) (Dewi, 2013:194).

b) Mekanisme kerja AKDR

1) Timbulnya reaksi radang lokal yang non-spesifik di dalam cavum uteri sehingga implantasi sel telur yang telah dibuahi terganggu

2) Produksi lokal prostaglandin yang meninggi, yang menyebabkan terhambatnya implantasi

3) Gangguan/terlepasnya *blastocyst* yang telah berimplantasi di dalam endometrium

4) Pergerakan ovum yang bertambah cepat di dalam tuba fallopi

5) Immobilitas spermatozoa saat melewati cavum uteri

- 6) Dari penelitian terakhir, disangka bahwa AKDR juga mencegah spermatozoa membuahi sel telur (mencegah fertilisasi) (Imelda Fitri, 2018:162).

c) Kerugian

Efek samping yang umum terjadi :

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

- 2) Haid lebih lama dan banyak

- 3) Perdarahan (*spotting*) antar menstruasi

- 4) Saat haid lebih sakit

Komplikasi lain :

- 1) Merasakan sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan

- 2) Perdarahan berat pada waktu haid atau di antaranya yang memungkinkan penyebab anemia

- 3) Perforasi dinding uterus (sangat jarang apabila pemasangan benar)

- 4) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS

- 5) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan

- 6) Penyakit Radang Panggul terjadi sesudah perempuan dengan IMS memakai AKDR. PRP dapat memicu infertilitas

- 7) Prosedur medis, termasuk pemeriksaan pelvik diperlukan dalam pemasangan AKDR. Seringkali perempuan takut selama pemasangan
- 8) Sedikit nyeri dan perdarahan (*spotting*) terjadi segera setelah pemasangan AKDR. Biasanya menghilang dalam 1-2 hari.
- 9) Klien tidak dapat melepas AKDR oleh dirinya sendiri, petugas kesehatan terlatih yang harus melepaskan AKDR
- 10) Mungkin AKDR keluar dari uterus tanpa diketahui (sering terjadi apabila AKDR dipasang segera setelah melahirkan)
- 11) Tidak mencegah terjadinya kehamilan ektopik karena fungsi AKDR untuk mencegah kehamilan normal
 - (a) Perempuan harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu. Untuk melakukan ini perempuan harus memasukkan jarinya ke dalam vagina, sebagian perempuan tidak mau melakukan ini (KKB,2012:MK-82).

d) Keuntungan

- 1) Sebagai kontrasepsi, efektivitasnya tinggi

- (a) Sangat efektif 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan)
 - (b) AKDR dapat aktif segera setelah pemasangan
 - (c) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi diri dari CuT-380A dan tidak perlu di ganti)
 - (d) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat ingat
 - (e) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
 - (f) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil
 - (g) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (CuT-380A)
 - (h) Tidak memengaruhi kualitas dan volume ASI
 - (i) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)
 - (j) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir)
 - (k) Tidak ada interaksi dengan obat-obat
 - (l) Membantu mencegah kehamilan ektopik
- (KKB, 2012:MK-81).

e) Efek Samping

1) Amenorea

- 2) Kejang
- 3) Perdarahan vagina yang hebat dan tidak teratur
- 4) Benang yang hilang
- 5) Adanya pengeluaran cairan dari vagina dicurigai adanya PRP (KKB, 2012: MK-87).

f) Indikasi

- 1) Usia reproduktif
- 2) Keadaan nulipara
- 3) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang
- 4) Menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi
- 5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui bayinya
- 6) Setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi
- 7) Risiko rendah dari IMS
- 8) Tidak menghendaki metode hormonal
- 9) Tidak menyukai untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari
- 10) Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari senggama (Kumalasari, 2015:306).

Pada umumnya ibu dapat menggunakan AKDR Cu dengan aman dan efektif. AKDR dapat digunakan pada ibu dalam segala kemungkinan keadaan misalnya :

- 1) Perokok

- 2) Pasca keguguran atau kegagalan kehamilan apabila tidak terlihat adanya infeksi
- 3) Sedang memakai anti biotika atau anti kejang
- 4) Gemuk ataupun yang kurus
- 5) Sedang menyusui

Begitu juga ibu dalam keadaan seperti dibawah ini dapat menggunakan AKDR

- 1) Penderita tumor jinak payudara
- 2) Penderita kanker payudara
- 3) Pusing-pusing, sakit kepala
- 4) Tekanan darah tinggi
- 5) Varises di tungkai atau di vulva
- 6) Penderita penyakit jantung (termasuk penyakit jantung katup dapat diberi anti biotika sebelum pemasangan AKDR)
- 7) Pernah menderita stroke
- 8) Penderita diabetes
- 9) Penderita penyakit hati atau empedu
- 10) Malaria
- 11) Skistosomiasis (tanpa anemia)
- 12) Penyakit Tiroid
- 13) Epilepsi
- 14) Nonpelvik TBC

15) Setelah kehamilan ektopik

16) Setelah pembedahan pelvik (Saifuddin, 2010:45).

g) Kontraindikasi

- 1) Sedang hamil (diketahui hamil atau kemungkinan hamil)
- 2) Perdarahan vagina yang tidak diketahui (sampai dapat dievaluasi)
- 3) Sedang menderita infeksi alat genital (vaginitis, servisititis)
- 4) Tiga bula terakhir sedang mengalami atau sering menderita PRP atau abortus septic
- 5) Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri
- 6) Penyakit trofoblas yang ganas
- 7) Diketahui menderita TBC pelvic
- 8) Kanker alat genital
- 9) Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm (Saifuddin, 2010:46).

h) Waktu penggunaan

- 1) Setiap waktu dalam siklus haid, yang dapat dipastikan klien tidak hamil
- 2) Hari pertama sampai ke 7 siklus haid
- 3) Segera setelah melahirkan, selama 48 jam pertama atau setelah 4 minggu pasca persalinan, setelah 6 bulan

apabila menggunakan metode amenore laktasi. Perlu diingat angka ekspulsi tinggi pada pemasangan segera atau selama 48 jam pasca persalinan

- 4) Setelah abortus atau keguguran
- 5) Selama 1 sampai 5 hari setelah senggama yang tidak dilindungi (Kurnia, 2013:196).

i) 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 sterilitynya

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).

j) 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 Oitu 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).

7. Metode Kontap Dengan Cara Operasi (Kontrasepsi Mantap)

a) MOW

Merupakan metode keluarga berencana dengan Metode Operasi Wanita (MOW)

Tubektomi adalah prosedur bedah sukarela untuk menghentikan fertilitas (kesuburan) seorang perempuan secara permanen (Saifuddin, 2006).

1) Mekanisme kerja

Dengan mengkoklusi tuba fallopi (mengikat dan memotong/memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum (Affandi, 2010).

(a) Efek samping

(1) Infeksi luka

(2) Demam pasca operasi

(3) Luka pada kandung kemih

(4) Hematoma

(5) Emboli gas yang diakibatkan laparaskopi (jarang terjadi)

(6) Rasa sakit pada lokasi pembedahan

(7) Perdarahan supervisial (tepi kulit/subkutan)

(Dewi, 2011: 87).

2) Keterbatasan

Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini

- (a) Klien dapat menyesal di kemudian hari
- (b) Resiko komplikasi kecil
- (c) Rasa sakit/ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan
- (d) Dilakukan oleh dokter terlatih
- (e) Tidak melindungi dari PMS (Anwar, 2011:88).

b) MOP

Merupakan metode kontrasepsi untuk laki-laki yang tidak ingin memiliki anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi (Affandi, 2011:56).

1) 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, 2006:98).

2) Manfaat kontrasepsi

- (a) Sangat efektif
- (b) Permanen

- (c) Tidak mengganggu hubungan seksual
- (d) Baik untuk pasangan jika kehamilan akan menyebabkan risiko kesehatan bagi wanita tersebut
- (e) Pembedahan sederhana di bawah anestesi local
- (f) Tidak ada efek samping jangka panjang
- (g) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual.

3) Indikasi

- (a) Pria usia reproduksi <50 tahun
- (b) Yang menginginkan metode sangat efektif
- (c) Istri yang bermasalah usia, paritas atau kesehatan yang mungkin akan menimbulkan risiko
- (d) Yang memahami dan sukarela memberi izin untuk pemasangan prosedur tersebut
- (e) Yang merasa yakin bahwa mereka telah mendapatkan jumlah keluarga yang diinginkan.

4) Kontraindikasi

- (a) Infeksi kulit lokal
- (b) Infeksi traktus genetalia
- (c) Kelainan skrotum dan sekitarnya
- (d) Penyakit sistemik : penyakit perdarahan, DM, jantung koroner

(e) Riwayat perkawinan, psikologi atau seksual tidak

s



Gambar 2.23

Jenis dan Macam-Macam Alat Kontrasepsi

Sumber : <http://tugaskuliahkebidanan.blogspot.com/2015/11/macam-macam-alat-kontrasepsi.html>



2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Trimester III

1. Pengkajian Data

A. Data Subyektif

1) Biodata

a) Nama

Untuk menetapkan identitas pasti pasien karena mungkin memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomor telepon yang berbeda (Manuaba, 2007:159).

b) Umur

Dalam kurun waktu reproduksi sehat, dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun (Romauli, 2011:162). Banyak terjadi penyulit pada kehamilan dini (kurang dari 20 tahun), seperti keguguran, persalinan prematur, anemia bahkan kematian ibu. hal ini disebabkan belum matangnya alat reproduksi untuk hamil. Sehingga dapat merugikan kesehatan ibu maupun janin

(Manuaba, 2010:235-236).

c) Pendidikan

Tingkat pendidikan yang rendah terutama jika berhubungan dengan usia yang muda, berhubungan erat

dengan perawatan prenatal yang tidak adekuat (Walsh, 2012:122).

d) Pekerjaan

Pekerjaan rutin (pekerjaan rumah tangga) dapat dilaksanakan. Bekerja sesuai dengan kemampuan, dan makin dikurangi dengan semakin tua kehamilan (Manuaba, 2010:117)

e) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas sehingga kelangsungan kehamilan dapat menimbulkan berbagai masalah kebidanan (Manuaba, 2010:235).

2) Keluhan Utama

Menurut Varney (2007:538-543), untuk mengetahui yang mendorong pasien datang ke petugas. Pada ibu hamil trimester III keluhan-keluhan yang sering dijumpai yaitu :

a) Edema Dependen

Edema dependen pada kaki timbul akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah karena tekanan uterus yang membesar pada vena-vena panggul saat wanita tersebut duduk atau berdiri pada vena kava inferior saat terlentang (Varney, 2007:539).

b) Nokturia

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

c) Konstipasi

Konstipasi diduga terjadi akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron (Varney,2007:541).

d) Sesak nafas

Uterus telah mengalami pembesaran hingga terjadi penekanan diafragma. Selain itu diafragma akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan (Morgan,2009:289).

e) Nyeri ulu hati

Nyeri ulu hati (pirosis, ketidakmampuan mencerna asam) merupakan akibat regurgitasi gastroesofageal pada hampir 10% dari seluruh ibu hamil. Pada kehamilan lanjut, keadaan ini dapat diperberat oleh pergeseran lambung dan duodenum oleh fundus fundus uterus. Nyeri ulu hati

paling sering muncul jika pasien berbaring terlentang atau membungkuk (Benson *et al*, 2013:237).

f) Kram tungkai

Uterus yang membesar memberi tekanan pada pembuluh dasar panggul, sehingga mengganggu sirkulasi atau pada saraf, sementara saraf ini melewati foramen obturator dalam perjalanan menuju ekstremitas bagian bawah (Morgan, 2009:289).

g) Nyeri punggung bawah

Nyeri punggung bawah merupakan nyeri punggung yang terjadi pada area lumbosakal. Nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi dan terjadi perubahan yang disebabkan karena berat uterus yang semakin membesar (Varney, 2007:542).

3) Riwayat Kesehatan

a) Penyakit yang pernah dialami (yang lalu)

Wanita yang mempunyai riwayat kesehatan buruk atau wanita dengan komplikasi kehamilan sebelumnya, membutuhkan pengawasan yang lebih tinggi pada saat kehamilan karena hal ini akan dapat memperberat kehamilan bila ada penyakit yang telah diderita ibu sebelum hamil. Penyakit yang diderita ibu dapat mempengaruhi kehamilannya. Sebagai contoh penyakit

yang akan mempengaruhi dan dapat dipicu dengan adanya kehamilan adalah hipertensi, penyakit jantung, diabetes melitus, anemia dan penyakit menular seksual (Marmi,2014:108-109).

b) Penyakit yang pernah dialami (Sekarang)

(1) Diabetes militus-tergantung insulin (IDDM)

Wanita muda dengan diabetes tipe I secara umum tampak dengan keluhan jelas poliuria, termasuk keinginan untuk berkemih selama malam hari, meningkatnya haus, lapar dengan penurunan berat badan yang berhubungan, dan kelemahan atau keletihan. Mereka dengan diabetes tipe II mungkin juga mengeluh haus, sering berkemih, dan kelemahan, tetapi yang lebih tampak adalah adanya infeksi jamur vagina berulang, gatal, infeksi kulit, penglihatan kabur, atau bahkan neuropati ferifer. Wanita dengan riwayat janin besar dan kehilangan janin yang tidak dapat dijelaskan sebaiknya dipertimbangkan berada pada keadaan beresiko (Varney dkk, 2007:140).

(2) Hipertensi

Hipertensi dalam kehamilan dikaitkan dengan morbiditas dan mortalitas janin/neonatus dan maternal. Komplikasi yang dikaitkan dengan

preeklampsia berat meliputi gangguan plasenta, gagal ginjal akut, abrupsio retina, gagal janin, hemoragi serebral, IUGR, dan kematian maternal dan janin (Walsh,2012:416).

(3) Penyakit tiroid

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

(4) Sifilis

Sifilis mudah ditularkan ke janin melalui plasenta. Sifilis yang tidak diobati dikaitkan dengan absorpsi spontan, kematian janin intrauterin, kematian neonatus, dan sifilis konginetal. Sampai 80% ibu hamil dengan sifilis yang tidak diobati mengalami mortalitas dan morbiditas (Walsh, 2012:438).

(5) Gonore

Gonore dapat menyebabkan vulvoganitis dalam kehamilan dengan keluhan fluor albus dan disuria.

(6) Hepatitis B

Penularan HBV ke bayi baru lahir terjadi 10% sampai 85% dari ibu terinfeksi. Risiko penularan pada bayi dikaitkan dengan status antigen Hbe ibu. ibu yang

seropositif untuk baik HbsAG dan HbeAF mengalami risiko tinggi penularan ke neonatus mereka (Walsh, 2012:433)

(7) Infeksi Ginjal dan saluran kemih

Pengaruh infeksi ginjal dan saluran perkemihan terhadap kehamilan terutama karena demam yang tinggi dan menyebabkan terjadi terjadi kontraksi otot rahim sehingga dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas dan memudahkan infeksi pada neonatus. Kehamilan dapat menurunkan daya tahan tubuh sehingga makin meningkatkan infeksi menjadi sepsis yang menyebabkan kematian ibu dan janin (Manuaba, 2010:345).

(8) Infeksi virus herpes simpleks

Infeksi ini pada kehamilan tidak menembus plasenta tetapi menimbulkan gangguan pada plasenta dengan akibat abortus dan *missed abortion* atau prematuritas sampai lahir mati (Manuaba, 2010:344).

(9) Infeksi TORCH

Semua infeksi TORCH meliputi komponen toksoplasmosis, rubella, setomegalovirus, dan herpes simpleks dapat menimbulkan kelainan konginetal dalam bentuk yang hampir sama yaitu mikrosefalus,

ketulian, kebutaan, abortus, prematuritas dan pertumbuhan janin terhambat (Manuaba, 2010:340).

(10) Penyakit jantung

Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan, dan nifas diperlukan konseling prakonsepsi dengan memperhatikan risiko masing-masing penyakit. Pasien dengan kelainan jantung derajat 3 dan 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilih cara konsepsi AKDR, tubektomi, atau vasektomi pada suami (Saifuddin, 2009:275).

(11) Gangguan hematologi

Anemia sel sabit, penyakit Hb C-sel sabit, dan talasemia sel sabit B (talasemia S-B) berkelanjutan ke kondisi yang dikaitkan dengan peningkatan mortalitas dan morbiditas pada maternal dan perinatal (Walsh, 2012:414).

(12) HIV/AIDS

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

obat belum diketahui dampak buruknya terhadap kehamilan (Winkjosastro, 2005:556-557).

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Diabetes, meskipun tidak diturunkan secara genetik, memiliki kecenderungan terjadi pada anggota keluarga yang lain, terutama jika mereka hamil atau obesitas. Hipertensi juga memiliki komponen familial, dan kehamilan kembar juga memiliki insiden yang lebih tinggi pada keluarga tertentu. Beberapa kondisi, seperti anemia sel sabit, lebih banyak terjadi pada ras tertentu (*Fraser et al*, 2009 :254). Kejadian kehamilan ganda dipengaruhi salah satunya oleh faktor genetik atau keturunan (Saifuddin, 2009:311).

5) Riwayat Kebidanan

a) Menstruasi

Menurut *Fraser et al*(2009:251) riwayat menstruasi dikaji untuk menentukan tanggal taksiran partus. Taksiran partus dihitung dengan menambahkan 9 bulan dan 7 hari pada tanggal hari pertama haid terakhir yang dialami ibu.

Metode ini mengansumsikan bahwa :

Ibu memiliki menstruasi dan jarak antarmenstruasi yang teratur.

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

Gambaran riwayat haid klien yang akurat biasanya membantu penetapan tanggal perkiraan kelahiran. Dengan menggunakan rumus Neagele $h+7 \ b-3 \ th+1$ untuk siklus 28 hari. Sedangkan untuk siklus 35 hari dengan menggunakan rumus $h+14 \ b-3 \ th+1$. Informasi tambahan tentang siklus menstruasi yang harus diperoleh mencakup frekuensi haid dan lama perdarahan. Jika menstruasi lebih pendek atau lebih panjang dari normal, kemungkinan wanita tersebut telah hamil saat terjadi perdarahan, dan tentang haid meliputi menarche, banyaknya darah, haid teratur atau tidak, siklusnya, lamanya haid, sifat darah (cair atau beku-bekuan, warnanya, baunya) serta nyeri haid atau tidak dan kapan haid terakhirnya.

b) Riwayat Obstetri

Riwayat kebidanan yang lalu, meliputi :

(1) Jumlah kelahiran, anak yang lahir hidup, persalinan aterm, persalinan prematur, keguguran, persalinan dengan tindakan.

(2) Riwayat perdarahan pada kehamilan, persalinan, atau nifas yang sebelumnya.

(3) Hipertensi disebabkan kehamilan pada kehamilan sebelumnya.

(4) Berat bayi kurang dari 2500 gram atau lebih dari 4000 gram.

(5) Masalah lain yang dialami (Sulistyawati, 2010:98).

c) Riwayat Nifas yang lalu

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C. Bila terjadi peningkatan terus menerus selama 2 hari, kemungkinan terjadi infeksi (Manuaba, 2010:201).

d) Kehamilan Sekarang

Menurut Saifuddin (2009:90) jadwal pemeriksaan hamil dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan yaitu; satu kali pada triwulan pertama, satu kali pada triwulan kedua, dua kali pada triwulan ketiga. Pelayanan asuhan kehamilan standar minimal 7T yaitu; timbang, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, pemberian imunisasi TT lengkap (5x TT yaitu TT5), pemberian tablet

zat besi minimal 90 tablet kehamilan, tes terhadap penyakit menular seksual, dan temu wicara dalam rangka persiapan rujukan.

e) Riwayat KB

Jenis kontrasepsi yang pernah dipakai, efek samping, alasan berhentinya alat kontrasepsi dan lama penggunaan kontrasepsi (Rohani, 2011:58).

f) Riwayat Psikososial dan Budaya

Status perkawinan : beberapa pertanyaan yang dapat diajukan antara lain usia nikah pertama kali, status pernikahan sah/tidak, lama pernikahan, perkawinan sekarang adalah suami yang seberapa (Sulistyawati, 2010: 97).

g) Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Nutrisi merupakan perhatian utama dalam perawatan prenatal. Wanita memerlukan aspek-aspek kebutuhan nutrisi seperti jumlah kalori, protein, zat besi, asam folat, dan vitamin C (Varney *et al*, 2007:546). Nutrisi yang perlu ditambahkan pada saat kehamilan :

(a) Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2.500 kalori.

Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas dan hal ini merupakan faktor presdiposisi untuk terjadinya preeklampsia. Jumlah pertambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil (Saifuddin, 2010:286).

(b) Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari. Sumber protein tersebut dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewani (ikan, ayam, keju, susu, telur). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran prematur, anemia, dan oedema (Varney *et al*, 2007:543).

(c) Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram per hari. Kalsium untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otak dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, keju, youghurt, dan kalsium bikarbonat. Defisiensi kalsium dapat menyebabkan riketsia pada bayi atau osteomalsia pada ibu (Saifuddin, 2010:92).

(d) Zat besi

Pemberian zat besi dimulai dengan memberikan satu tablet sehari segera mungkin setelah rasa mual hilang. Tiap tablet mengandung FeSO_4 320 mg (zat besi 60 mg) dan asam folat 500 μg , minimal masing-masing 90 tablet. Tablet besi sebaiknya tidak diminum bersama teh atau kopi, karena akan mengganggu penyerapan. Metabolisme yang tinggi pada ibu hamil memerlukan kecukupan oksigenasi jaringan yang diperoleh dari pengikatan dan pengantaran oksigen melalui hemoglobin di dalam sel-sel darah merah. Untuk menjaga konsentrasi hemoglobin normal, diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg/hari terutama setelah trimester kedua. Sumber zat besi terdapat dalam sayuran hijau, daging yang berwarna merah dan kacang-kacangan. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi (Lalengga, 2013:98).

(e) 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 perhari. Sumber makanan yang mengandung asam folat diantaranya produk sereal dan biji-bijian misalnya roti, nasi dan pasta. Kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil (Lalengga, 2013:99).

2) Eliminasi

(a) Buang Air Kecil (BAK)

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

(b) Buang Air Besar (BAB)

Konstipasi diduga akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan hormon progesteron. Konstipasi juga dapat terjadi sebagai akibat dari efek samping penggunaan zat besi, hal ini akan memperberat masalah pada wanita hamil (Marmi, 2014:137).

3) Istirahat

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

4) Aktivitas

Senam hamil bertujuan mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat dimanfaatkan untuk berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Senam hamil dimulai pada usia kehamilan sekitar 24-25 minggu. Beberapa aktivitas yang dapat dianggap sebagai senam hamil yaitu jalan-jalan saat hamil terutama opagi hari (Manuaba, 2010:132). Jangan melakukan pekerjaan rumah tangga yang berat dan hindari kerja fisik yang dapat menimbulkan kelelahan yang berlenihan (Saifuddin, 2010:287).

5) Personal Hygiene

Kebersihan yang perlu diperhatikan selama kehamilan meliputi :

- (a) Pakaian yang baik untuk wanita hamil ialah pakaian yang enak dipakai tidak boleh menekan

badan. Pakaian yang mudah disesuaikan dan longgar (Lalengga, 2013: 102).

(b) Sepatu atau sandal hak tinggi, akan menambah lordosis sehingga sakit pinggang akan bertambah (Lalengga, 2013:102).

(c) Perawatan gigi

Paling tidak dibutuhkan dua kali pemeriksaan gigi selama kehamilan. Pada trimester pertama terkait dengan hiperemesis dan ptialisme (hipersalivasi atau produksi liur yang berlebihan) sehingga kebersihan rongga mulut harus tetap terjaga. Sementara pada trimester tiga terkait dengan adanya kebutuhan kalsium untuk pertumbuhan janin. Maka dianjurkan untuk selalu menyikat gigi setelah makan karena ibu hamil sangat rentan dengan caries dan gingivitis (Saifuddin, 2010:287).

(d) Pemeliharaan payudara

Membersihkan payudara dengan air hangat dan handuk yang lembut lalu mengeringkan hati-hati. Menggunakan bra penyokong untuk mencegah dan mengurangi nyeri punggung bagian atas serta dapat menyamankan nyeri tekan akibat payudara membesar (Lalengga, 2013:104).

(e) Kebersihan genetalia

Kebersihan vulva harus dijaga betul-betul dengan lebih sering membersihkannya, mengganti rutin celana dalam, membersihkan dengan arah dari depan ke belakang setelah buang air (Lalengga, 2013:105).

h) Riwayat Seksual

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

Pada umumnya koitus diperbolehkan pada masa kehamilan jika dilakukan dengan hati-hati. Pada akhir kehamilan jika kepala sudah masuk rongga panggul, koitus sebaiknya dihentikan karena dapat menimbulkan perasaan sakit dan perdarahan.

i) Riwayat Ketergantungan

1) Merokok

Merokok selama kehamilan berkaitan dengan keguguran, perdarahan pervagina, kelainan prematur, dan BBLR (2500 gram lebih ringan dari bayi yang tidak merokok). Jika usia ibu di atas 35 tahun ada juga kenaikan berarti dalam resiko bayi menderita malformasi minor dan BBLR, dengan segala bahaya yang menyertainya, sebanyak 5 kali lipat dari perokok muda (Romauli, 2011:112).

2) Alkohol

Alkohol adalah teratogen, dan sindrom alkohol janin *Fetal alcohol syndrome* (FAS), digunakan untuk menggambarkan malformasi konginetal yang berhubungan dengan asupan alkohol yang berlebihan saat hamil (Fraser *et al*, 2009:168).

3) Obat terlarang

Penggunaan obat seperti heroin, kemudian metadon, kanabis, kokain, dan amfetamin bila digunakan secara berlebihan pada kehamilan berkaitan dengan keguguran, persalinan prematur, Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), lahir mati, dan abnormalitas (Fraster *et al*, 2009:167).

j) Dukungan situasional

Dukungan selama masa kehamilan sangat dibutuhkan bagi wanita hamil, terutama dari orang terdekat apalagi ibu yang baru pertama kali hamil. Seorang wanita akan merasa tenang dan nyaman dengan adanya dukungan dan perhatian dari orang-orang terdekat (Marmi, 2014:145).

k) Latar belakang sosial budaya

Hal penting yang biasanya berkaitan dengan masa hamil yaitu menu untuk ibu hamil, misalnya ibu hamil harus pantang terhadap makanan yang berasal dari daging, ikan, telur dan gorengan-gorengan karena kepercayaan akan menyebabkan kelainan pada janin. Adat ini akan sangat merugikan pasien dan janin karena hal tersebut akan membuat pertumbuhan janin tidak optimal dan pemulihan kesehatannya akan lambat. Dengan banyaknya jenis makanan yang harus ia pantangi, maka akan mengurangi juga nafsu makannya, sehingga asupan makanan malah jadi semakin berkurang, produksi ASI juga akan berkurang (Romauli, 2011:169-170).

l) Psikososial dan spiritual ibu hamil trimester III

Trimester ketiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Ibu hamil tidak sabar

menantikan kelahiran bayi, berjaga-jaga dan menunggu tanda dan gejala persalinan, merasa cemas dengan kehidupan bayi dan dirinya sendiri, merasa canggung, jelek, berantakan, dan memerlukan dukungan yang sangat besar dan konsisten dari pasangannya, mengalami proses duka lain ketika mengantisipasi hilangnya perhatian dan hak intimewa khusus selama hamil, dan hasrat untuk melakukan hubungan seksual akan menghilang seiring dengan membesarnya abdomen yang menjadi penghalang (Marmi, 2014:95-96).

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum ibu baik, keadaan emosional stabil, kesadaran komposmentis. Pada saat ini diperhatikan pula bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan. Ibu cenderung bersikap lordosis. Apabila ibu berjalan dengan sikap kifosis, skoliosis atau pincang maka kemungkinan ada kelainan panggul (Romauli, 2011:172).

Lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi anterior, lordosis menggeser

pusat daya berat ke belakang ke arah 2 tungkai
(Saifuddin, 2010: 186)

2. Tanda-tanda vital

a. Tekanan darah

Tekanan darah dalam batas normal, yaitu 100/70-130/90 mmHg. Wanita yang tekanan darahnya sedikit meningkat di awal pertengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika wanita nulipara dengan sistolik > 120 mmHg, beresiko mengalami preeklampsia (Marmi, 2014:265).

b. Nadi

Denyut nadi sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100 denyut per menit (dpm). Curigai hipotiroidisme jika denyut nadi > 100 dpm. Periksa adanya eksoftalmia dan hiperrefleksia yang menyertai (Marmi, 2014:163).

c. Suhu

Suhu tubuh yang normal 36-37,5°C. Bila suhu tubuh lebih dari 37°C perlu diwaspadai adanya infeksi (Romauli, 2011:173).

d. Pernafasan

Untuk mengetahui sistem pernafasan, normalnya 16-24 kali per menit (Romauli, 2011:173).

3. Antropometri

a. Tinggi badan

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

b. Berat badan

Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5 sampai 15 kilogram selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar 0,5kg/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 masa tubuh yaitu dapat dilihat dalam tabel 2.16

Tabel 2.16
Rekomendasi Penambahan Berat Badan Berdasarkan
Indeks Masa Tubuh

Kategori	IMT	Rekomendasi (kg)
Rendah	< 19,8	12,5-18
Normal	19,8-26	11,5-16
Tinggi	26-29	7-11,5
Obesitas	>29	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 lebih 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 risiko hipertensi tetapi menaikkan risiko berat badan bayi rendah (Saifuddin, 2010:532).

c. Lingkar Lengan Atas (LILA)

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronis (KEK) (Jannah, 2012:136).

Selain itu merupakan indikator kuat status gizi ibu yang kurang/buruk, sehingga beresiko untuk melahirkan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR). Dengan demikian bila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan, petugas dapat memotivasi ibu agar lebih memperhatikan kesehatannya serta jumlah dan kualitas makanannya (Romauli, 2011:173).

4. Pemeriksaan fisik

a. Kepala

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

b. Muka

Tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, tidak sembab. Bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romauli, 2011:174). Edema pada muka atau edema seluruh tubuh merupakan salah satu tanda gejala adanya pre eklampsia (Saifuddin, 2010:543).

c. Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal

berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre eklampsia (Romauli, 2011:174).

d. Mulut

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah, maka perlu perawatan mulut agar selalu bersih (Romauli, 2011:174).

e. Gigi

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

f. Leher

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

g. Dada

Normal bila tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada wheezing dan ronkhi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa abnormal (Romauli, 2011:174).

h. Payudara

Adanya hiperpigmentasi areola, puting susu bersih dan menonjol. Pada minggu ke-12 kolostrum mulai keluar dari papila mammae pada pasien multigravida yang tidak mantap menyusui pada masa kehamilan sebelumnya. Wanita primigravida baru akan memproduksi kolostrum pada masa akhir kehamilan (Romauli, 2011:174).

i. Abdomen

Ukuran uterus dapat dikaji melalui observasi kandung kemih yang penuh, kolon yang terdistensi, atau obesitas, dapat memberi kesan yang salah tentang ukuran janin. Pada sebagian besar kasus, bentuk uterus lebih panjang ketika janin berada pada posisi longitudinal. Jika janin berada pada posisi transversal, uterus berbentuk melebar dan terletak lebih rendah. Umbilikus menjadi kurang cekung sejalan dengan perkembangan kehamilan dan cepat sedikit menonjol pada minggu-minggu terakhir. Ketika ibu sedang

berdiri, abdomen dapat tampak lebih tipis. Otot abdomen yang lemah pada ibu multipara dapat menyebabkan uterus condong ke depan. Linea nigra dapat terlihat sebagai garis berwarna gelap akibat pigmentasi yang terletak memanjang di bagian tengah abdomen di bawah dan terkadang di atas umbilikus.

BSC (*Bekas Sectio Caesarea*) dapat mengidentifikasi adanya operasi abdomen atau obstetrik yang pernah dilakukan sebelumnya (Fraser dkk, 2009:258).

j. Genetalia

Pemeriksaan alat genetalia eksterna terdiri dari inspeksi vulva untuk mengetahui pengeluaran cairan atau darah dari liang senggama, perlukaan pada vulva/labium mayus, dan pertumbuhan abnormal (kondiloma akuminata-lata, kista bartholini, abses bartholini, fibroma labium mayus). Pada palpasi vulva akan teraba tumor pada vulva, teraba benjolan atau penebalan labium mayus, dan teraba pembengkakan kelenjar Bartholini (Manuaba, 2010:537).

Pemeriksaan genetalia dilakukan dengan mencari adanya lesi, eritema, perubahan warna, pembengkakan, ekskloriasi dan memar. Bila ada lesi

kemungkinan menunjukkan sifilis atau herpes (Marmi, 2014:170).

k. Anus

Hemorroid sering didahului oleh konstipasi. Oleh karena itu, semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Selain itu, pembesaran uterus mengakibatkan peningkatan tekanan, secara spesifik juga secara umum pada vena hemorroid (Varney dkk 2007:539).

l. Ekstremitas

Pada ibu hamil trimester III sering terjadi edema dependen, yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas kapiler, tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena kava inferior ketika berbaring. Jika edema muncul pada muka, tangan, dan disertai proteinuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya pre eklampsia (Marmi, 2014:136). Bila tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon ditekuk. Bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungkin merupakan tanda pre eklampsia. Bila efek patella negatif kemungkinan

pasien mengalami kekurangan B1 (Romauli, 2011:137).

5. Pemeriksaan Khusus

a. Palpasi

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

1. Leopold I

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

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

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

(d) Tinggi fundus uteri ditentukan

(e) Temukan bagian apa dari bayi yang terdapat pada fundus. Sifat kepala ialah keras, bundar dan melenting. Sifat bokong lunak, kurang bulat dan kurang melenting. Pada letak lintang fundus uteri kosong. Pemeriksaan tuanya kehamilan dari tingginya fundus uteri.

Menurut Manuaba (2010:118), variasi Knebel digunakan untuk menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan yang lain di atas simfisis

Posisi Leopold I dapat dilihat pada gambar 2.24



Gambar 2.24

Posisi Leopold I

Sumber : Manuaba, 2010: Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB, halaman 118

2. Leopold II

Leopold II digunakan untuk menentukan bagian janin yang berada pada kedua sisi uterus,

pada letak lintang tentukan di mana kepala janin (Rachmawati dkk, 2008:65).

Menurut Marmi (2014:167-168) langkah-langkah pemeriksaan Leopold II yaitu :

- (a) Kedua tangan pindah di samping
- (b) Tentukan dimana punggung anak. Punggung

anak terdapat di pihak yang meberikan rintangan yang terbesar, carilah bagian-bagian terkecil yang biasanya terletak bertentangan dengan pihak yang memberi rintangan terbesar

- (c) Kadang-kadang disamping terdapat kepala atau bokong ialah letak sungsang

Variasi Budin : menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus, tangan yang lain meraba pinggang janin (Manuaba, 2010:118).

Variasi Ahfeld : menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di lengan perut (Manuaba, 2010:119).

Posisi Leopold II dapat dilihat di gambar 2.25



Gambar 2.25
Posisi Leopold II

Sumber : Manuaba, 2010: Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB, halaman 119

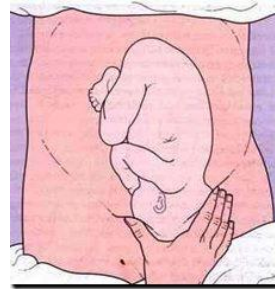
3. Leopold III

Menurut Marmi (2014:168) langkah-langkah pemeriksaan Leopold III yaitu :

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

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

Posisi Leopold III dapat dilihat pada gambar 2.26



Gambar 2.26
Posisi Leopold III

Sumber : Manuaba, 2010: Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB, halaman 119

4. Leopold IV

Menurut Marmi (2014:168) langkah-langkah pemeriksaan Leopold IV yaitu :

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

Jadi, leopold IV untuk menentukan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul. Jika kita rapatkan kedua tangan pada

permukaan dan bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar dan :

(1) Kedua tangan itu konvergen, hanya bagian kecil dari kepala turun ke dalam rongga

(2) Jika kedua tangan divergen, maka bagian terbesar dari kepala masuk ke dalam rongga panggul dan ukuran terbesar dari kepala sudah melewati pintu atas panggul.

Posisi Leopold IV dapat dilihat pada gambar 2.27



Gambar 2.27

Posisi Leopold IV

Sumber : Manuaba, 2010: Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB, halaman 168

Tabel 2.17
Tabel Perlimaan

Perlimaan	Hodge	Keterangan
5/5 		Kepala di atas PAP mudah digerakkan
4/5 	HI-HII	Sulit di gerakan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
3/5 	HII-HIII	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
2/5 	HIII +	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
1/5 	H IV	Kepala di dasar panggul
0/5 	H IV	Di Perineum

Sumber : (Saifuddin, Abdul Bari, 2008:125).

b. Osborn Test

Menurut Winkjosastro (2007:231) tujuan Osborn ini adalah untuk mengetahui adanya DKP (Dispersi Kepala Panggul) pada ibu hamil. Prosedur pemeriksaan test Osborn adalah sebagai berikut :

1. Dilakukan pada umur kehamilan 36 minggu
2. Tangan kiri mendorong janin masuk ke arah PAP
Apabila kepala mudah masuk tanpa halangan, maka test Osborn adalah negatif (-). Apabila kepala tidak bisa masuk dan teraba tonjolan di ukur dengan 2 jari telunjuk dan jari tengah

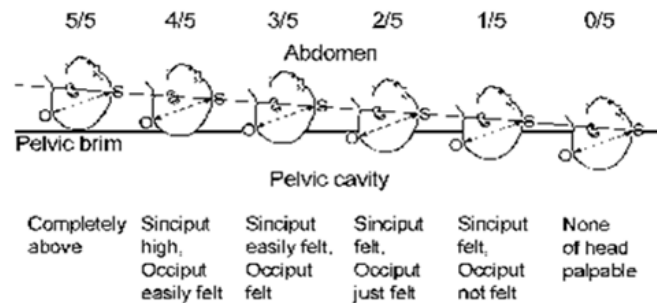
tangan. Apabila lebar tonjolan lebih dari dua jari, maka hasil test Osborn adalah positi (+). Apabila lebar tonjolan kurang dari 2 jari, maka hasil test Osborn adalah ragu-ragu ($\pm$). Dengan pertambahan usia kehamilan, ukuran kepala diharapkan bisa menyesuaikan dengan ukuran panggul (Mooulase).

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

c. Penurunan bagian terbawah janin menurut

Winkjosastro (2008:84) :

Penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan (perlimaan). Dapat dilihat pada gambar 2.28



Gambar 2.28

Proses penurunan kepala berdasarkan sistem perlima

Sumber : Winkjosastro, 2008. Ilmu Kebidanan. Halaman 84

d. Rumus Mc. Donald

Fundus uteri diukur dengan pita/metlin. Tinggi fundus dikalikan 2 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam bulan obstetric dan bila dikalikan 8 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam minggu (Winkjosastro, 2008:171).

e. Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Berikut disajikan tabel 2.18 mengenai perkiraan usia kehamilan dalam minggu dan cm :

Tabel 2.18
Perkiraan Usia Kehamilan Dalam Minggu dan TFU
dalam cm

Usia kehamilan	Tinggi Fundus	
	Dalam cm	Menggunakan penunjuk- penunjuk badan
12 minggu	-	Teraba diatas simfisis pubis
16 minggu	-	Di tengah, antara simfisis pubis dan umbilicus
20 minggu	20 cm (± 2 cm)	Pada umbilicus
22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
28 minggu	28 cm (± 2 cm)	Di tengah, antara umbilicus dan prosessus sifoideus
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
36 minggu	36 cm (± 2 cm)	Pada prosessus sifoideus

Sumber : (Saifuddin, 2009:93)

f. Tafsiran Berat Janin (TBJ)

Tafsiran ini bila berlaku untuk janin presentasi kepala.

Rumusnya adalah sebagai berikut :

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

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

Bila kepala di bawah spina iskiadika maka n=11

(Romauli, 2011:71).

g. Auskultasi

Jumlah denyut jantung janin normal adalah 120

sampai 140 denyut per menit. Bila bunyi jantung

kurang dari 120 per menit atau lebih dari 160 kali per

menit atau tidak teratur, maka janin dalam keadaan

asfiksia (kekurangan oksigen). Cara menghitung bunyi jantung ialah dengan mendengarkan 3 kali 5 detik. Kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan empat, misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga, dan 5 detik kelima dalam satu menit adalah :

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

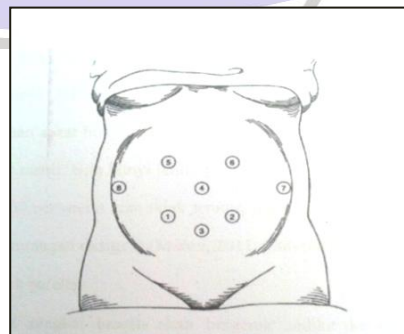
2) (10-14-9) kesimpulannya teratur, frekuensi 132 per menit, janin dalam keadaan asfiksia.

3) (8-7-9) kesimpulannya teratur, frekuensi 92 per menit, janin dalam keadaan asfiksia.

Jadi, kesimpulannya interval DJJ antara 5 detik pertama, ketiga, dan kelima dalam 1 menit tidak boleh lebih dari 2 (Manuaba, 2010:116).

Letak Punctum Maksimum Setelah Minggu ke-26 gestasi dapat dilihat pada tabel 2.29

Keterangan :



Gambar 2.29
Letak Punctum Maksimum
Sumber: Wheeler, 2007: 148

Gambar ini untuk mencari letak DJJ, posisi umbilikus berada dipertengahan angka 3 dan 4. Posisi 1 dan 2 mula-mula dengarkan di pertengahan kuadran bawah abdomen. Posisi 3 jika DJJ tidak ditemukan, dengarkan dipertengahan garis imajiner 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. Jika presentasi kepala DJJ terdengar di sebelah kiri/kanan dibawah pusat. Jika sungsang DJJ terdengar disebelah kiri/kanan diatas pusat. Pada lintang terdengar setinggi pusat kanan/kiri

h. Pemeriksaan panggul

Menurut Marmi (2014:171-172) persalinan dapat berlangsung dengan baik atau tidak antara lain tergantung pada luasnya jalan lahir yang terutama ditentukan oleh bentuk dan ukuran-ukuran panggul.

Maka untuk meramalkan apakah persalinan dapat berlangsung biasa, pengukuran panggul diperlukan.

Pemeriksaan panggul dibagi menjadi 2, yaitu :

1) Pemeriksaan panggul luar

a) Distansia spinarum, jarak antara spina iliaca anterior superior kiri dan kanan (normalnya $\pm 23-16$ cm).

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

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

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

2) Pemeriksaan panggul dalam

Pemeriksaan dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu. Dengan pemeriksaan dalam kita dapat kesan mengenai bentuk panggul. Didapatkan hasil normal bila promotorium tidak teraba, tidak ada tumor (exostose), linea innominata teraba sebagian, spina ischiadica tidak teraba, os sacrum

mempunyai inklinasi ke belakang dan sudut arkus pubis $>90^\circ$.

i. Pemeriksaan penunjang

1) Pemeriksaan darah

(b) *Haemoglobin*

Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat *Sahli*. Hasil pemeriksaan Hb dengan *Sahli* dapat digolongkan sebagai berikut : Tidak anemia jika Hb 11 gr%, anemia ringan jika Hb 9-10 gr%, anemia sedang jika Hb 7-8 gr%, anemia berat jika Hb <7 gr% (Manuaba, 2010:239).

(c) Golongan darah

Golongan darah ABO adalah faktor Rhesus (Rh). Ibu dengan rhesus negatif beresiko mengalami keguguran, amniosentesis, atau trauma uterus, harus diberi anti-gammaglobulin D dalam beberapa hari setelah pemeriksaan. Jika titrasi menunjukkan peningkatan respons antibodi, harus dilakukan pemeriksaan yang lebih sering dalam rangka

merencanakan penatalaksanaan pengobatan oleh spesialis Rhesus (Fraser *et al*, 2009:255).

2) Pemeriksaan urin

Menurut Fraser dan Cooper (2009) urinalisis dilakukan pada setiap kunjungan untuk memastikan tidak adanya abnormalitas. Hal lain yang dapat ditemukan pada urinalisis rutin antara

lain :

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

3) Ultrasonografi (USG)

Menurut Romauli (2011:72) penentuan usia kehamilan dengan USG menggunakan 3 cara :

(a) Dengan mengukur diameter kantung kehamilan (GS= Gestationalsac) untuk kehamilan 0-12 minggu.

(b) Dengan mengukur jarak kepala-bokong (GRI= Groun Rum Length) untuk umur kehamilan 7-14 minggu.

(c) Dengan mengukur diameter biparetal (BPD) untuk kehamilan lebih dari 12 minggu.

4) *Non Stress Test (NST)*

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

5) Kartu Skor Poedji Rochyati (terlampir)

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, 2014:12a).

6. Diagnosa Kebidanan

Menurut Permenkes RI No 938/Menkes/VIII/2007 Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengakjian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

Diagnosa : G1/>1PAPIAH, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup tunggal, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi bokong/kepala, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan jani baik (Manuaba, 2012:123).

Dengan kemungkinan masalah : edema dependen, nokturia, hemoroid, konstipasi, kram pada tungkai, sesak nafas, pusing, nyeri pinggang, varices, panas dan nyeri di uluh hati (*heart burn*) dan kecemasan menghadapi persalinan (Varney, Kriebs and Gegor, 2007:538-543).

7. Perencanaan

Diagnosa kebidanan : G1/>1PAPIAH, 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, 2012 :126).

Tujuan : Ibu dan janin sehat, sejahtera sampai melahirkan.

Kriteria :

- a) Keadaan umum baik
- b) Kesadaran composmentis
- c) Tanda-tanda vital normal :
 - 1) Tekanan Darah : 100/70-130/90 mmHg
 - 2) Nadi : 76-88 x/menit
 - 3) Suhu : 36,5-37,5 °C
 - 4) Respirasi Rate : 16-24x/menit
- d) Pemeriksaan laboratorium
 - 1) $Hb \leq 11$ gr%, protein urine (-), reduksi urine (-)
 - 2) DJJ 120-160 x/menit, kuat, irama teratur
 - 3) TFU sesuai dengan usia kehamilan
 - 4) Situs bujur dan presentasi belakang kepala

Intervensi menurut Varney, Kriebs dan Gegor (2007:554-556) :

- a) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan .

R/ : Bila ibu mengerti keadaannya, ibu bisa kooperatif dengan tindakan yang diberikan.
- b) Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin timbul pada ibu hamil trimester III

meliputi perdarahan pervaginam, demam, sakit kepala hebat, odema, ketuban pecah dini.

R/ : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya.

- c) Diskusikan dengan ibu tentang kebutuhan dasar ibu hamil meliputi nutrisi, eliminasi, istirahat dan tidur, personal hygiene, aktivitas, hubungan seksual, perawatan payudara, senam hamil, rekreasi, dan obat-obatan.

R/ : Dengan memenuhi kebutuhan dasar ibu hamil, maka kehamilan dapat berlangsung dengan aman dan lancar.

- d) Jelaskan pada ibu tentang tanda bahaya kehamilan trimester III meliputi : hipertensi, pre-eklampsia, ketuban pecah dini, dll 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.

- e) Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan.

R/ : Dengan adanya rencana persalinan akan mengurangi kebingungan dan kekacauan pada saat

persalinan serta meningkatkan kemungkinan bahwa ibu akan menerima asuhan yang sesuai dan tepat waktu (Marmi, 2011:128).

f) Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan.

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

g) 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) Konstipasi

Konstipasi sehubungan dengan peningkatan progesteron

a) Tujuan : Setelah dilakukan penyuluhan, masalah konstipasi bisa teratasi.

b) Kriteria : Ibu bisa BAB 1-2X/sehari, konsistensi lunak

c) Intervensi menurut Sulistyawati (2009:107) :

(1) Jelaskan fisiologi konstipasi pada akhir kehamilan

R/ Ibu memahami konstipasi dan hal yang normal dialami oleh ibu hamil dan ibu tidak cemas lagi

- (2) Anjurkan ibu untuk minum air putih minimal 8 gelas/hari

R/ Cairan dapat memperlancar kerja peristaltic usus

- (3) Anjurkan ibu minum air hangat dan makan makanan yang berserat

R/ Air hangat dan makanan yang berserat dapat menstimulasi gerak peristaltik usus

- (4) Sarankan pada ibu untuk melakukan latihan ringan

R/ kegiatan latihan ringan dapat memfasilitasi sirkulasi vena sehingga mencegah kongesti pada usus besar.

2) Nokturia

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

b) Kriteria :

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

- (2) Infeksi saluran kencing tidak terjadi

c) Intervensi menurut Marjiati (2010:42) :

- (1) KIE tentang penyebab sering BAK

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

- (2) Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih ketika ada dorongan untuk BAK

R/ Agar tidak terjadi infeksi saluran kemih

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

R/ Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih

- (4) Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK

R/ Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

- (5) Anjurkan ibu banyak minum pada siang hari dan mengurangi setelah makan sore, serta sebelum tidur buang air kencing dahulu.

R/ Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari

3) Kram pada kaki

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

b) Kriteria : Kram pada kaki berkurang dan ibu mampu mengatasi bila kram tungkai berkurang

c) Intervensi menurut Walyani (2015:117) :

(1) Jelaskan penyebab kram tungkai

R/ Ibu mengerti penyebab kram pada kaki yaitu ketidakseimbangan rasio kalium

(2) Anjurkan ibu untuk senam hamil teratur

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

(3) Anjurkan ibu untuk menghangatkan kaki dan betis dengan massage

R/ Sirkulasi darah ke jaringan lancar

(4) Minta ibu untuk tidak berdiri lama

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

(5) Anjurkan ibu untuk menghindari aktivitas yang berat dan cukup istirahat

R/ Otot-otot bisa relaksasi sehingga kram berkurang

(6) Anjurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor

R/ Konsumsi kalsium dan fosfor baik untuk kesehatan tulang

4) Edema Dependen

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

b) Kriteria : Setelah tidur/istirahat edema berkurang

c) Intervensi menurut Marjati (2010:43) :

(1) Anjurkan ibu menghindari posisi tegak lurus dalam waktu yang lama

R/ Mengurangi terjadinya edema

(2) Anjurkan ibu menghindari pemakaian sandal atau hak tinggi

R/ Menekan peredaran darah sehingga darah tidak mengalir lancar

(3) Anjurkan ibu tidur miring ke kiri dan kaki agak ditinggikan

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

(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 olahraga senam hamil

R/ Memperlancar sirkulasi peredaran darah

5) Nyeri pinggang

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

b) Kriteria : Nyeri pinggang berkurang

c) Intervensi menurut *Varney et al* (2007:542) :

(1) Jelaskan pada ibu tentang fisiologis nyeri pinggang

R/ Penjelasan fisiologis tentang nyeri pinggang membuat kecemasan ibu berkurang

(2) Ajarkan pada ibu body mekanik

R/ Menghindari sikap yang salah pada body mekanik ibu untuk mengurangi ketegangan otot sehingga nyeri pinggang berkurang

(3) Anjurkan ibu untuk tidak memakai sandal atau sepatu tinggi

R/ hak yang tinggi menyebabkan hiperdosis sehingga nyeri pinggang bertambah

(4) Anjurkan pada ibu untuk melakukan kompres hangat pada pinggang

R/ Meningkatkan vaskularisasi daerah pinggang sehingga spasme otot berkurang dan rasa nyeri akan berkurang

(5) Motivasi ibu untuk senam hamil yang sesuai dengan usia kehamilan

R/ senam hamil meningkatkan relaksasi dan kenyamanan ibu

(6) Menggunakan penopang abdomen

R/ mengurangi tekanan pada vena cava inferior

(7) Anjurkan ibu untuk tidur dengan diganjal bantal

R/ mengurangi nyeri pada otot pinggang

6) Varises

a) Tujuan : Tidak terjadi varises dan varises tidak bertambah parah

b) Kriteria : Tidak terdapat virus

c) Intervensi menurut Manuaba (2010:245) :

(1) Kenakan kaos kaki penyokong

R/ Penggunaan kaos kaki penyokong dapat meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan resiko 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 resiko terjadinya varises

(4) Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur

R/ Latihan ringan dan berjalan teratur dapat memfasilitasi peningkatan sirkulasi

- (5) Kenakan penyokong abdomen maternal atau korset

R/ Penggunaan korset dapat mengurangi tekanan pada vena panggul

7) Kecemasan menghadapi persalinan

a) Tujuan : Kecemasan berkurang

b) Kriteria : Ibu tampak tenang dan rileks

c) Intervensi menurut Varney *et al* (2007:503-504) :

- (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

8) Hemorroid

a) Tujuan : Hemorroid tidak terjadi atau tidak bertambah parah

b) Kriteria :

- (1) BAB 1-2x/hari, konsistensi lunak, bau khas feses
- (2) BAB tidak berdarah dan tidak nyeri
- (3) Tidak terdapat Hemorroid derajat I (tidak terjadi prolaps), derajat II Hemorroid (terdapat prolaps hemorroid yang masuk sendiri/reposisi spontan), derajat III (terdapat prolaps hemorroid yang tidak dapat masuk sendiri/reposisi manual), derajat IV (terdapat prolaps hemorroid yang tidak dapat didorong masuk, meskipun sudah reposisi manual akan keluar lagi).

c) Intervensi menurut Eny (2009:35) :

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

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

- (2) Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat BAB

R/ Mengejan yang terlalu sering akan memicu terjadinya hemorroid

- (3) 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

- (4) Anjurkan ibu untuk mandi berendam dengan air hangat

R/ Hangatnya air tidak hanya memberikan kenyamanan tapi juga meningkatkan sirkulasi darah.

9) Panas dan Nyeri Uluh Hati (Pirosis)

- a) Tujuan : Setelah dilakukan penyuluhan, masalah nyeri uluh hati bisa teratasi
- b) Kriteria : Uluh hati tidak terasa nyeri
- c) Intervensi menurut Varney *et al* (2007:542) :

- (1) Jelaskan penyebab nyeri uluh hati pada akhir kehamilan

R/ Ibu mengetahui bila nyeri uluh hati sering terjadi pada ibu hamil dengan mengerti penyebabnya

- (2) Anjurkan ibu menghindari makanan penstimulus (kopi, alkohol, coklat, dan lemak)

R/ Menekan motilitas lambung dan sekresi asam lambung

- (3) Anjurkan ibu menghindari makanan-makanan yang dingin dan minum bersamaan makan

R/ Menghambat sekresi asam lambung

- (4) Hindari makanan atau berbaring selama tiga jam sebelum tidur

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

- (5) Anjurkan ibu makan dalam porsi kecil tapi sering untuk menghindari lambung terlalu penuh

R/ Lambung yang terlalu penuh merupakan sebab dari nyeri uluh hati.

8. Implementasi

Menurut Kepmenkes RI No.938/Menkes/SK/VIII/2007,

Bidan melakukan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Kriterianya adalah :

- 1) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
- 2) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien atau keluarganya (inform consent)
- 3) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based
- 4) Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan
- 5) Menjaga privasi klien/pasien
- 6) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- 7) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
- 8) Menggunakan sumber daya, sarana, dan fasilitas yang ada dan sesuai
- 9) Melaksanakan tindakan sesuai standart.
- 10) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

9. Evaluasi

Menurut Kepmenkes RI (2007:7) Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

Evaluasi dan penilaian dilakukan segera setelah selesai melakukan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga. Hasil evaluasi harus ditindak lanjuti sesuai kondisi klien/pasien.

10. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria :

- 1) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA)
- 2) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu sebagai berikut :

S : adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesis

O : adalah data objektivif, mencatat hasil pemeriksaan

A : adalah hasil analisis, mencatat diagnose dan masalah kebidanan

P : adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan 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, bersalina, nifas, neonatus, dan keluarga berencana.



2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan

1. Pengkajian data

A. Data Subyektif

1) Biodata

a) Nama

Menetapkan identitas yang pasti pada pasien karena kemungkinan memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomor telepon yang berbeda (Manuaba, 2007:159)

b) Umur

Untuk mengetahui apakah ibu termasuk resiko tinggi atau tidak. Usia dibawah 16 tahun dan diatas 35 tahun mempredisposisikan wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di bawah 16 tahun meningkatkan insiden preeklampsia dan di atas usia 35 tahun meningkatkan insiden diabetes, hipertensi kronis, persalinana lama dan kematian janin (Varney, 2008).

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

Peneliti menunjukkan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin baik pula

pengetahuannya tentang sesuatu. Pada ibu hamil dengan pendidikan rendah, kadang ketika tidak mendapatkan cukup informasi mengenai bagaimana cara melakukan perawatan kehamilan yang baik (Romauli, 2011:124).

e) Pekerjaan

Mengetahui pekerjaan klien penting untuk mengkaji pasien berada dalam keadaan utuh dan untuk mengkaji potensi kelainan prematur dan paparan terhadap bahaya lingkungan kerja yang dapat merusak janin (Marmi, 2011:155). Sedangkan menurut Manuaba (2010:117-120) pekerjaan rutin (pekerjaan rumah tangga) dapat dilaksanakan. Bekerja sesuai dengan kemampuan, dan makin dikurangi dengan semakin tuannya kehamilan. Wanita karier yang hamil berhak mendapatkan cuti selama 3 bulan, diambil 1 bulan sebelum persalinan dan 2 bulan setelah persalinan.

f) Alamat

Untuk mengetahui ibu tinggal dimana, menjaga kemungkinan bila ada ibu dengan nama yang sama. Ditanyakan alamat agar dapat dipastikan ibu yang mana yang hendak ditolong. Alamat juga diperlukan bila bidan akan melakukan kunjungan kepada ibu (roumali, 2011:163).

2) Keluhan utama

Menurut Manuaba dkk, (2010:173) tanda-tanda persalinan yaitu:

- 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.
- d) Gejala utama pada kala II (pengusiran) menurut Manuaba (2012:173) adalah:

- (a) His semakin kua, dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik.
- (b) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- (c) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya pleksus frankenhauser.

3) Riwayat kesehatan

Kondisi medis tertentu berpotensi mempengaruhi ibu atau bayi atau bahkan keduanya. Calon ibu mengetahui bahwa penyakitnya dapat memperburuk dan berpulang menyebabkan bayi sakit atau meninggal. Berikut ini adalah beberapa kondisi medis pada kategori ini:

a) Penyakit jantung

Perubahan fisiologi terjadinya peningkatan volume darah dan peningkatan frekuensi denyut jantung menyebabkan peningkatan serambi kiri jantung yang mengakibatkan edema pada paru. Edema paru merupakan gejala pertama dari mitral stenosis, terutama terjadi pada pasien yang telah mengalami antrial 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).

b) Asma

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

c) Anemia

Bahaya saat persalinan adalah gangguan his (kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio plasenta dan perdarahan postpartum karena atonia uteri, kala 4 dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri (Manuaba dkk, 2012:240).

d) Gonorea

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

e) Diabetes militus

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

4) Riwayat menstruasi

a) Menarche

Adalah terjadinya haid yang pertama kali. Menarche terjadi pada usia pubertas, yaitu 12 – 16 tahun, rata-rata 12,5 tahun.

b) Siklus haid

Siklus haid yang klasik adalah 28 hari ± 2 hari, sedangkan pola haid dan lamanya perdarahan tergantung pada tipe wanita dan biasanya 3-8 hari .

c) Hari pertama haid terakhir

HPHT dapat dijabarkan untuk memperhitungkan tanggal tafsiran persalinan. Bila siklus haid ± 28 hari, rumus yang dipakai adalah rumus neagele yaitu hari + 7, bulan -3, tahun + 1 (Marmi, 2011 : 123).

5) Riwayat kebidanan

a) Kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

Riwayat melahirkan preterm meningkatkan risiko ibu sebesar 30% untuk melahirkan preterm lagi. Risiko tersebut meningkat seiring peningkatan jumlah kelahiran preterm dan menurun seiring peningkatan jumlah kelahiran cukup bulan. Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C. Bila terjadi peningkatan melebihi 38°C berturut-turut selama dua hari, kemungkinan terjadi infeksi. Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya, akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga terdapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri disebut “nyeri ikutan” (after pain) terutama pada multipara (Manuaba dkk, 2012:201).

b) Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang

Menurut Saifuddin (2009:90-91) jadwal pemeriksaan hamil yaitu, kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan yaitu: satu kali pada saat trimester I, satu kali pada saat trimester dua, dan dua kali pada trimester III. Pelayanan asuhan kehamilan standar minimal 7T yaitu:

timbang, ukur tekanan darah, ukur tinggi dan fundus uteri, pemberian imunisasi TT lengkap (5x TT yaitu TT₅), pemberian tablet zat besi minimum 90 tablet selama kehamilan, tes terhadap penyakit menular seksual, dan temu wicara dalam rangka persiapan rujukan. lama kala I primigravida 12 jam, multigravida 8 jam. Pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Lama kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit. Kala III untuk primigravida 30 menit dan multigravida 15 menit. Lama kala IV 2 jam (manuaba dkk, 2010:173-174).

c) Riwayat Keluarga Berencana

Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi *Estimated Date of Delivery (EDD)* dan karena penggunaan metode lain dapat membantu “menanggali kehamilan”. Riwayat penggunaan IUD terdahulu meningkatkan risiko kehamilan ektopik, dan tanyakan kepada klien lamanya pemakaian alat kontrasepsi dan jenis kontrasepsi yang digunakan serta keluhan yang dirasakan (Marmi, 2011:158).

6) Pola fungsi kesehatan

a) Nutrisi

Ibu diperbolehkan mengonsumsi makan rendah lemak dan rensah residu sesuai selera untuk memberinya energy. Namun makan dan minum selama persalinan menyebabkan ibu mengalami peningkatan risiko regurgitasi dan aspirasi isi lambung (Fraser dan Cooper, 2009:451). Selama persalinan, metabolisme karbohidrat baik aerob maupun anaerob meingkat dengan kecepatan tetap. Peningkatan ini terutama disebabkan oleh anesietas dan aktivitas otot rangka. Mortalitas dan absorbs lambung terhadap makanan padat jauh berkurang. Apabila kondisi ini diperbruk oleh penurunan lebih lanjut sekresi asam lambung selama persalinan, maka saluran cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Cairan tidak di pengaruh dan waktu yang dibutuhkan untuk pencernaan dalam lambung tetap seperti biasa (Varney, Kriebs dan Gegor, 2008:686-687).

b) Eleminasi

Saat janin mulai turun ke pelvis, kandung kemih rentan terhadap kerusakan akibat tekanan kepala. Dasar

kandung kemih dapat terkompresik diantara gelang pelvic dan kepala janin. Risiko trauma semakin besar jika kandung kemih mengalami distensi. Ibu harus dianjurkan untuk berkemih diawal kala II (Fraser, *et.al*, 2009:485). Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih secara rutin selama persalinan, ibu harus berkemih sedikitnya setiap 2 jam, atau lebih sering jika ibu merasa ingin berkemih atau jika kandung kemih terasa penuh. Periksa kandung kemih sebelum memeriksa denyut jantung janin (Wiknjosastro, 2008:55). Anjurkan ibu untuk buang air besar jika perlu. Jika ibu ingin buang besar saat fase aktif, lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa apa yang dirasakan ibu bukan disebabkan oleh tekanan bayi pada rektum (Wiknjosastro, 2008:56).

c) Personal hygiene

Bagi ibu yang sedang berada 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 dan cooper, 2009:442).

d) Istirahat dan tidur

Umumnya wanita lebih suka berbaring karena sakit ketika his (Yuliananingsih, 2016).

e) Aktivitas

Dalam kala I apabila ketuban belum pecah wanita inpartu boleh duduk atau berjalan-jalan, jika berbaring sebaiknya kesisi letaknya punggung janin, jika ketuban sudah pecah wanita tersebut dilarang berjalan-jalan harus berbaring (Mochtar,2012:77).

f) Riwayat psikososial dan budaya

Kebiasaan adat yang dianut dalam menghadapi persalinan selama tidak membahayakan pasien sebaiknya tetap difasilitasi karena ada efek psikologis yang positif untuk pasien dan keluarganya (Sulistyawati, 2010).

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

Keadaan umum baik, kesadaran komposmentis, postur tubuh, pada saat ini diperhatikan bagaimana seikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan (cenderung membungkuk, terdapat lordosis, kifosis, skoliosis, atau berjalan pincang (Roumauli, 2011:172).

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran pasien dapat dilakukan dengan penkajian derajat kesadaran dari keadaan *Composmentis* (kesadaran penuh) sampai *Coma* (pasien tidak sadar) (Sulistyawati, 2010:122).

c) Tanda-tanda vital

(1) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama koordinasi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolic rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diantara kontraksi, tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan. Nyeri, rasa takut dan kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah (Varney, 2008:686).

(2) Nadi

Perubahan nadi yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan (Varney, 2008:687).

(3) Suhu

Suhu tubuh sedikit meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Dianggap normal ialah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5-1°C. mencerminkan

peningkatan metabolisme persalinan (Varney, 2008:687).

(4) Pernafasan

Menurut Manuaba (2010:207), peningkatan frekuensi pernafasan masih normal selama persalinan, dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi.

2. Pemeriksaan fisik

1) Kepala

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

2) Muka

Pada muka perlu dilakukan pemeriksaan edema yang merupakan tanda klasik preeklamsia (Varney, 2007:693).

3) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sclera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, nila merah kemungkinan ada

konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeklampsia (Romauli, 200:174).

4) Hidung

Hidung normal apabila tidak ada pengeluaran mucus, tidak ada polip, tidak ada sekret yang berlebihan, dan tidak ada pernafasan cuping hidung, serta bentuknya simetris

(Romauli, 2011:174).

5) Mulut dan gigi

Pada triwulan pertama kehamilan mengalami mual dan muntah. Keadaan ini menyebabkan perawatan gigi tidak diperhatikan dengan baik, sehingga timbul karies, gingivitis, dan sebagainya. Bila kerusakan-kerusakan gigi ini tidak diperhatikan dengan baik, hal ini dapat mengakibatkan komplikasi seperti sepsis puerperalis karena infeksi di rongga mulut (Wiknjosastro, 2009).

6) Telinga

Telinga normal apabila tidak ada serumen yang berlebihan dan tidak berbau, bentuk simetris

(Romauli, 2011:174).

7) 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, 2012:340).

8) Dada

Adanya hiperpigmentasi aerola, puting susu bersih dan menonjol. Pada minggu ke-12 kolostrum mulai keluar dari papilla mammae pada pasien multigravida yang telah mantap menyusui pada masa kehamilan sebelumnya. Wanita primigravida baru akan memproduksi kolostrum pada masa akhir kehamilan, BJ 1 BJ 2 terdengar tunggal, ada tidaknya suara tambahan wheezing dan ronkhi (Romauli, 2011:175).

9) Abdomen

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

terendah janin juga perlu dilakukan pemeriksaan. Sebelum melakukan pemeriksaan abdomen, anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih (Wiknjosastro, 2008:42-43). Perlu dikaji juga mengenai luka bekas operasi SC sebagai informasi tambahan untuk melakukan tindakan selanjutnya (Saifuddin, 2008:106). Kandung kemih harus sering diperiksa setiap 2 jam untuk mengetahui adanya distensi juga harus dikosongkan untuk mencegah obstruksi persalinan akibat kandung kemih yang penuh, yang akan mencegah penurunan bagian presentasi janin dan trauma pada kandung kemih akibat penekanan yang lama akan menyebabkan hipotonia kandung kemih dan retensi urin selama periode pascapertum awal (Varney et al, 2007:687).

10) Genetalia

Pengeluaran cairan, pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan (Manuaba, =2010:173). Pada genetalia dilakukan pemeriksaan adanya luka atau masa termasuk kondiloma, varikosis vulva atau rectum, adanya perdarahan pervaginam, cairan ketuban dan adanya luka parut di vagina. Luka parut di vagina mengindikasikan

adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomy sebelumnya, sementara pada kala II terdapat perineum menonjol dan vulva membuka (Wiknjosastro,2008:45).

11) Anus

Perenium mulai menonjol dan anus mulai membuka. Tanda ini akan tampak bila betul-betul kepala sudah di dasar panggul dan mulai membuka pintu (Wiknjosastro,2008:46).

12) Ekstremitas

Edema merupakan tanda klasik preeclampsia. Edema pada kaki dan pergelangan kaki saja biasanya merupakan edema dependen yang disebabkan oleh penurunan aliran darah vena akibat penekanan yang membesar (Varney, 2008:693).

3. Pemeriksaan khusus

a) Palpasi

(1) Penurunan kepala

Penurunan kepala atau bagian terbawah janin menurut Wiknjosastro (2008:42),. Penurunan kepala janin dapat dilihat pada tabel 2.19

Tabel 2.19
Penurunan kepala janin

Periksa luar	Periksa dalam	Keterangan
5/5	-	Kepala dia atas PAP, mudah digerakkan
4/5	HI-II	Sulit digerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
3/5	HI-III	Bagian terbesar belum masuk panggul
2/5	HIII+	Bagian terbesar belum masuk panggul
1/5	HIII-IV	Kepala di dasar panggul
0/5	H IV	Di perineum

Sumber : (Saifuddin, Abdul Bari, 2008)

(2) Tinggi fundus uteri (TFU)

Perkiraan tinggi fundus uteri sesuai umur kehamilan dalam minggu adalah sebagai berikut :



Tabel 2.20

Perkiraan usia dalam minggu dan TFU dalam cm

Usia kehamilan	Tinggi fundus	
	Dalam (Cm)	Menggunakan penunjuk-penunjuk badan
12 minggu	-	Terabab diatas simfisis pubis
16 minggu	-	Ditengah antara simfisi pubis dan umbilicus
20 minggu	20 cm (± 2 cm)	Pada umbilicus
22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
28 minggu	28 cm (± 2 cm)	Di tengah anatara umbilicus dan prosessus xifoideus
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
36 minggu	36 cm (± 2 cm)	Pada prosessus xifoideus

Sumber: (Saifuddin, 2014:93).

(3) Cara menentukan TBJ (tafsiran berat janin)

Tafsiran ini berlaku untuk janin presentasi kepala. Rumusnya adala sebagai berikut:

$$(TFU \text{ (cm)} - n) \times 155 = \text{berat (gram)}.$$

Bila kepala diatas atau pada spina iskiadika maka $n = 12$, bila kepala dibawah spina iskiadika maka $n = 11$ (Romauli, 2011). Untuk lebih jelasnya mengenai taksirab berat janin dapat dilihat dalam tabel berikut:

Tabel 2.21

TBJ normal untuk usia kehamilan trimester III

Usia kehamilan (bulan)	Berat badan (gram)
7	1000
8	1800
9	2500
10	3000

Sumber: (Manuaba, 2012:89).

b) Auskultasi

Denyut jantung berbunyi ganda tetapi lebih cepat dibandingkan bunyi jantung orang biasa. DJJ normal harus berada pada rentang 110-160/menit (Fraser, 2009:261).

Lokasi punctum maksimum denyut jantung janin dapat digunakan untuk mengetahui sikap badan janin. Selama kala satu persalinan denyut jantung janin (DJJ) harus dievaluasi segera setelah sebuah kontraksi paling tidak setiap 30 menit dan setiap 15 menit selama kala dua. Untuk wanita dengan kehamilan beresiko, evaluasi auskultasi dilakukan paling tidak setiap 15 menit

selama kala satu dan 5 menit pada kala dua (Lenovo, 2009:147-148)

c) His

Menurut Saifuddin (2009:289:290) Amplitudo uterus terus meningkat sampai 60 mmHg pada akhir kala I dan frekuensi his menjadi 2-4 kontraksi tiap 10 menit. Juga durasi his meningkat dari 20 detik pada perubahan partus sampai 60-90 detik pada akhir kala I atau pada permulaan kala II. Persalinan kala II di mulai ketika pembukaa serviks suda lengkap 10 cm da berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga di sebut dengan kala pengeluaran bayi(Wikenjosastro, 2008:79). Persalinan kala III di mulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban(Wikenjosastro, 2011:70). Persalinan kala IV di mulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu (Marmi, 2011:65).

d) Pemeriksaan dalam

Menurut Cunningham (2009) perhatian cermat terhadap hal-hal berikut:

(1) Pemeriksaan serviks

Derajat pendataran serviks biasanya dinyatakan dengan panjang kanalis servisis

berbanding dengan panjang yang belum mendatar. Jika panjang serviks berkurang separuh, dikatakan 50% mendatar, bila serviks menjadi setipis segmen uterus dibawah di dekatnya, serviks dikatakan telah mendatar penuh atau 100%.

(2) Dilatasi serviks

Dilatasi serviks ditentukan dengan memperkirakan diameter rata-rata pembukaan serviks. Jari pemeriksaan disapukan dari tepi serviks di satu sisi yang berlawanan, dan diameter yang dilintasi dinyatakan dalam sentimeter.

(3) Posisi serviks

Hubungan antara os serviks dengan kepala janin dikategorikan sebagai posterior, posisi setengah, atau anterior. Posisi posterior mengesankan persalinan preterm.

(4) Deteksi pecahnya selaput ketuban

Suatu diagnosis pasti pecahnya selaput ketuban dibuat apabila cairan amnion terlihat berada di forniks posterior atau cairan jernih mengalir dari kanalis servisis

(5) Bidang hodge

Menurut manuaba (2010), bidang hodge I yaitu bidang yang sama dengan pintu atas panggul, Hodge II yaitu bidang sejajar dengan Hodge I setinggi tepi bawah simfisis, Hodge III bidang sejajar dengan Hodge I setinggi spina iskiadika, Hodge IV yaitu bidang sejajar dengan Hodge I setinggi ujung tulang kelangkang (Os sacrum).

4. Pemeriksaan penunjang

a) Urin

Urin yang dikeluarkan selama persalinan harus diperiksa untuk adanya glukosa, keton, dan protein. Keton dapat terjadi akibat kelaparan atau distress maternal jika semua energy yang ada telah terpakai. Kadar keton yang rendah sering terjadi selama persalinan dan dianggap tidak signifikan. Kecuali pada ibu non diabetic yang baru saja mengkonsumsi karbohidrat atau gula dalam jumlah besar, glukosa ditemukan dalam urine hanya setelah pemberian glukosa intravena. Jejak protein bisa jadi merupakan kontaminan setelah ketuban pecah atau tanda infeksi urinaria, tetapi proteinuria yang lebih signifikan dapat mengindikasikan adanya preeklamsia

(Fraser et al, 2009:453).

b) Darah

Yang diperiksa adalah golongan darah ibu, kadar hemoglobin dan HbsAg (Romaui, 2011:187).

2. Diagnosa Kebidanan

G_{≥1}P₀>, UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, HI-IV, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/aktif (akselerasi, dilatasi maksimal, deselerasi) atau kala II:

- a) Kala 1 fase laten dengan kemudian masalah cemas menghadapi proses persalinan (Varney, Kriebs dan Geger, 2007:718-719).
- b) Kala I aktif akselerasi/dilatasi maksimal/deselerasi dengan kemungkinan masalah kenyamanan menghadapi proses persalinan (Wiknjosastro, 2008:40).
- c) Kala II dengan kemungkinan masalah : kekurangan cairan, infeksi (Wiknjosastro, 2008:93), kram tungkai (Varney, 2007:722).
- d) Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, keadaan umum baik (Kepmenkes No.938/Menkes/SK/8/2007 tentang standar asuhan kebidanan).

e) $P \geq 1$ kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah menurut Wiknjosastro (2008:118) yaitu:

- 1.) Retensio plasenta
- 2.) Avulse tali pusat

f) $P \geq 1$ kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi menurut Wiknjosastro (2008:118) yaitu:

- 1) Atonia uteri
- 2) Robekan vagina, perenium atau serviks
- 3) Subinvolusi sehubungan dengan kandung kemih penuh

3. Perencanaan

Diagnosa $G_{\geq 1}P_0 > UK$ 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, HI-IV, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/aktif (akselerasi, dilatasi maksimal, deselerasi) atau kala II.

Tujuan :

Setelah dilakukan asuhan kebidanan diharapkan tidak terjadi komplikasi selama persalinan

Kriteria :

- a) KU baik, kesadaran composmentis
- b) TTV dalam batas normal

TD : 100/60-130/90 mmHg

S : 36-37°C

N : 80-100x/menit

R : 16-24x/menit

c) His minimal 2 kali tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik

d) Kala I pada primigravida < 13 jam, pada multigravida < 7 jam

e) Kala II pada primigravida < 2 jam, pada multigravida < 1 jam

f) Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif

g) Kala III pada primigravida < 30 menit sedangkan multigravida < 15 menit. Plasenta lahir spontan, lengkap.

h) Kala IV kontraksi uterus baik, keras dan bundar, perdarahan < 500 cc

Kala I

Intervensi :

1) Mempersiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi

R/ : Ketersediaan bahan-bahan dan sarana yang memadai untuk kelancaran proses persalinan

2) Mempersiapkan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan

R/ : Ketidakmampuan untuk menyediakan perlengkapan, bahan-bahan obat esensial pada saat diperlukan akan meningkatkan resiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi baru lahir

3) Mempersiapkan rujukan

R/ : apabila terjadi kegawatdaruratan dan perlu untuk rujukan

4) Perhatikan psikososial ibu dan berikan dukungan mental pada ibu dengan menghadirkan keluarga. Anjurkan agar ibu selama persalinan didampingi oleh keluarganya. Dukungan suami, keluarga, dan kerabat yang disukai ibu sangat diperlukan dalam menjalani proses persalinan. Ada kalanya ibu merasa khawatir dalam menjalani kala II persalinan. Berikan rasa aman dan semangat serta tentramkan hatinya selama persalinan berlangsung

R/ : ibu yakin dan tabah dalam menjalani proses persalinan

5) Anjurkan ibu untuk makan dan minum. Asupan cairan yang cukup untuk mencegah terjadinya dehidrasi pada ibu saat proses persalinan, serta untuk energi dalam persiapan mengejan

R/ : persiapan energi untuk mengejan

- 6) Bantu ibu untuk memilih posisi yang nyaman dengan miring ke kiri

R/ : Mempercepat proses penurunan kepala janin

- 7) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan jika ketuban belum pecah dan pembukaan belum lengkap

R/ : Mempercepat penurunan kepala janin

- 8) Observasi TTV

(a) DJJ setiap 30 menit sekali

(b) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap 30 menit

(c) Nadi setiap 30 menit

(d) Pembukaan serviks setiap 4 jam sekali atau jika ada tanda gejala kala II atau jika ada indikasi

(e) Penurunan terbawah janin setiap 4 jam

(f) Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam sekali

R/ : untuk mengetahui perkembangan kondisi ibu dan janin

- 9) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih setiap 2 jam

R/ : Kandung kemih yang penuh dapat menghalangi penurunan kepala janin sehingga menyebabkan nyeri pada waktu his

10) Tunggu pembukaan lengkap, jika telah memasuki kala II segera pimpin persalinan sesuai dengan standar asuhan kebidanan pada persalinan (Wiknjosastro, 2008: 79-87).

Kala II

Berikut adalah langkah-langkah asuhan persalinan normal Wiknjosastro (2008:79-97) :

1) Mengenali tanda dan gejala kala II

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

Mendengar dan melihat tanda persalinan kala II

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

2) Menyiapkan pertolongan persalinan

R/ : persiapan alat, fisik dan mental akan membantu koefisien kerja, waktu, sehingga dapat memperlancar proses pertolongan persalinan. Pastikan peralatan lengkap, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi. Untuk asfiksia, siapkan tempat datar dan

eras, 2 kain, handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 whatt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi

(a) Menggelar kain diatas perut ibu dan temapt resusitasi, serta ganjal bahu bayi

(b) Menyiapkan oksitosin 10 IU dan alat suntik steril sekali pakai dalam pertus set

3) Pakai celemek plastik

R/ : Celemek merupakan penghalang atau barier antara penolong dengan bahan-bahan yang berpotensi untuk menularkan penyakit (Wiknjosastro, 2008:80).

4) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih dan mengalir dan kemudian keringkan dengan handuk pribadi yang bersih dan kering

5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam

R/ : Penggunaan sarung tangan merupakan tindakan kewaspadaan untuk melindungi dari setiap cairan yang mungkin menular untuk darah (Varney, 2008:117).

6) Masukan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang menggunakan sarung tangan DTT dan steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik)

7) Bersihkan vulva dan perinium, menyekanya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT

(a) Jika introitus vagina, perinium atau anus (terkontaminasi) tinja, bersihkan dengan seksama dari depan kebelakang

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

(c) Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan secara terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5%)

8) Memastikan pembukaan lengkap, keadaan bayi baik

R/ : Pembukaan serviks 10 cm akan mencegah terjadinya rupture porsio dan keadaan janin yang baik bisa tertolong dengan prosedur persalinan normal

(a) Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap

(b) Bila selaput ketuban belum pecah, lakukan amniotomi

9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara menyelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%. Kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam

larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepas

10) Periksa DJJ dalam batas normal (120-16 x/menit)

(a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal

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

R/ : Persiapan keluarga dan klien yang optimal akan membuat klien dan keluarga kooperatif

11) Beritahu bahwa pembukaan sudah lengkap dan 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 air ketuban, plasenta) menekan cava inferior ibu. berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk mengejan secara efektif (Wiknjastro, 2008:87).

12) Meminta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa meneran dan terjadi kontraksi kuat, bantu ibu keposisi setenagh duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman)

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

- (a) Bimbing ibu untuk meneran dengan benar dan secara efektif
 - (b) Dukung dan beri semangat pada saat ibu meneran dan perbaiki cara meneran apabila cara meneran tidak sesuai
 - (c) Bantu ibu untuk mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya (kecuali berbaring terlentang dalam waktu yang lama)
 - (d) Anjurkan ibu istirahat dan anjurkan keluarga untuk memberikan makan dan minum disela-sela kontraksi
 - (e) Anjurkan keluarga untuk memberikan dukungan dan semangat untuk ibu
 - (f) Beri cukup asupan cairan peroral (minum)
 - (g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus mereda
 - (h) Seger rujuk apabila bayi belum atau tidak segera lahir dalam waktu 120 menit (2 jam meneran untuk primigravida) atau 60 menit (1 jam untuk multigravida)
- 14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit
- 15) Persiapkan pertolongan kelahiran janin

R/ : Mempersiapkan trmpat maupun kain handuk untuk mengeringkan tubuh bayi, serta memakai perlengkapan yang dipakai untuk menolong

- 16) Letakkan handuk bersih diatas perut ibu, jika kepala bayi sudah di vulva dengan diameter 5-6 cm
- 17) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 dibagian bawah bokong ibu
- 18) Buka tutup pertus set dan perhatikan kembali perlengkapan alat dan bahan
- 19) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan
- 20) Persiapan pertolongan kelahiran

R/ : Menolong kelahiran kepala bayi dengan tepat mencegah terjadinya robekan perenium

Kelahiran kepala

- 21) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas dengan cepat

R/ : Melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya bayi secara bertahap dan hati-hati dapat mengurangi regangan (robekan) pada vagina dan perineum (Wiknjosastro, 2008:89).

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

R/ : Perasat ini digunakan untuk mengecek adanya lilitan tali pusat disekeliling leher bayi dan nilai seberapa ketat tali pusat sebagai dasar untuk memutuskan cara mengatasi situasi tersebut (Varney, 2008:1146)

(a) Jika tali pusat melilit leher segera longgarkan, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi

(b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat dari kedua tmpat dan potong tali pusat diantara dua klem tersebut

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

Lahirnya bahu

24) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat adanya his. Dengan lembut gerakan kebawah distal hingga bahu depan muncul dibawah arcus pubis dan gerakan kearah atas distal untuk melahirkan bahu belakang

Lahirnya badan dan tungkai

25) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyangg kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas

26) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki.

Pegang kedua mata kaki masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari lainnya

Penanganan bayi baru lahir

R/ : Penanganan BBL yang benar akan mencegah terjadinya hipotermi dan mengetahui kelainan bayi sedini mungkin

27) Lakukan penilaian pada bayi baru lahir dengan pernyataan yaitu :

(a) Apakah bayi menangis kuat atau bernafas tanpa kesulitan

(b) Apakah bayi bergerak dengan aktif

(c) Apakah kulit bayi berwarna merah

28) Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala, dan tubuh bagian lainnya kecuali telapak tangan. Ganti handuk basah dengan handuk yang kering

- 29) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak adanya bayi kedua dalam uterus ibu
- 30) Beritahu ibu bahwa akan dilakukan penyuntikan oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik
- 31) Dalam 1 menit setelah bayi lahir lakukan penyuntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum melakukan penyuntikan oksitosin)
- 32) Setelah pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi, mendorong tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat kira-kira 2 cm distal dari klem pertama
- 33) Pemotongan dan ikat tali pusat
- (a) Dengan 1 tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara tali pusat tersebut
 - (b) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkar kembali benang dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya
 - (c) Lepas klem dan tempatkan pada wadah yang telah disediakan (larutan klorin)
- 34) Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu dengan kulit bayi, letakkan bayi tengkurap didada ibu. luruskan bahu

bayi sehingga bayi menempel didada/perut ibu usahakan kepala bayi berada diantar payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting ibu

35) Selimuti bayi dan ibu dengan kain yang hangat dan pasang topi di kepala bayi

Kala III

Penatalaksanaan aktif kala III (Wiknjosatro,2008:100-106)

Penanganan tali pusat

R/ untuk pengecekan dan mempercepat pengeluaran plasenta

36) Pindahkan klem pada tali pusat hingga jarak 5-10 cm dari vulva ibu

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

38) Setelah terus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain ats (dorso karnial) secara hati – hati (untuk mencegah inervia uteri). Jika plasenta tida lahir setelah 30 – 40 detik hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi dan ulangi kembali prosedur diatas.

Mengeluarkan Plasenta

39) Lakukan penegangan dan dorongan dorso karnial hingga plasenta terlepas, meminta ibu untk meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti proses jalan lahir (tetap dilakukan dorso karnial)

(a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak 5 cm dari vulva dan melahirkan plasenta

(b) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat

1. Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM.
2. Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh
3. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
4. Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya
5. Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual

40) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar hingga selaput ketuban terpilih kemudian dilahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT

atau steril untuk melakukan eksplorasi sia selaput kemudian gunakan jari- jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.

Rangsangan Taktil (Masaese Uterus)

R/Massase Uterus merangsang kontraksi

41) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir,

lakukan massage uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan massage dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik.

42) Periksa kedua sisi plasenta dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan kedalam kantong plastik atau tempat khusus.

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

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

Kala IV

Melakukan prosedur pasca salin (Wiknjosastro, 2008:114-121)

44) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam

45) Biarkan bayi melakukan kontrak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam. Sebagian bayi berhasil melakukan IMD dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama biasa berlangsung 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara. Biarkan bayi berada di dada ibu 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui

46) Lakukan pemeriksaan fisik BBL

47) Setelah satu jam lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik, profilaksi dan vitamin K₁ berikan 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral. Setelah 1 jam pemberian vitamin K₁ berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral

(a) Letakkan bayi didalam pangkuan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan

(b) Letakkan kembali bayi pada dada ibu bila belum berhasil menyusui dalam 1 jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusui

48) Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah pendarahan pervaginam.

(a) 2-3 x dalam 15 menit pertama pasca persalinan.

(b) Setiap 15 pada 1 jam pertama pasca persalinan.

(c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.

Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, lakukan asuhan yang sesuai untuk pelaksanaan atonia uteri

49) Ajarkan ibu dan keluarga cara masase uterus dan menilai kontraksi

R/informasi yang optimal akan meningkatkan fungsi mandiri klien dalam mencegah perdarahan post partum.

50) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

51) Memeriksa keadaan ibu dan kandung kemih tiap 15 menit selama 1 jam pertama post partum dan tiap 30 menit kedua post partum

(a) Memeriksa temperatur suhu tubuh ibu setiap 1 jam selama 2 jam post partum

(b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

52) periksa kembali bayi untuk memastikan bayi bernafas dengan baik (40-60s/menit) serta suhu normal (36°C – $37,5^{\circ}\text{C}$).

53) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit) lalu cuci dan bilas.

54) Buang bahan – bahan terkontaminasi ditempat sampah yang sesuai.

55) Bersihkan ibu dengan menggunakan DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir, dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih, dan kering.

56) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu membersihkan ASI. Anjurkan keluarga memberi makanan dan minuman yang diinginkan ibu.

57) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

58) Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit

59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

Dokumentasi

60) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang),
periksa tanda vital dan kala IV.

Kemungkinan masalah dalam persalinan :

1. Masalah kala I

a. Cemas menghadapi proses persalinan

Tujuan : Mengurangi rasa takut dan cemas selama proses persalinan

Kriteria : Ibu tampak tenang

Intervensi menurut Wiknjastro (2008:120) :

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. Ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan

Tujuan : Ibu merasa nyaman terhadap proses persalinan

Kriteria : 1) Nyeri punggung berkurang
2) Ibu tidak merasa cemas
3) Ibu merasa tenang

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:87) :

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.

2. Masalah kala II

- a. Kekurangan cairan (Wiknjosastro,2008:88)

Tujuan : Tidak terjadi dehidrasi

Kriteria : a) Nadi 76-100x/menit

b) Urin jernih, produksi urin 30 cc/jam

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:88):

- 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 infuse menggunakan jarum dengan diameter 16/18G berikan RL, atau NS 125cc/jam.

R/: pemberian cairan intravena akan lebih cepat diserap oleh tubuh.

- 3) Segera rujuk ke fasilitas yang mempunyai kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetrik dan bayi baru lahir.

R/: rujukan dini pada ibu dengan kurang cairan dapat meminimalkan resiko terjadinya dehidrasi.

- b. Infeksi (Wiknjosastro, 2008:90).

Tujuan : Tidak terjadi infeksi

Kriteria:

- a) Nadi dalam batas normal (76-100x/menit)
- b) Suhu 36-37,5°C
- c) KU baik
- d) Cairan ketuban/cairan vagina tidak berbau

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:90) :

- 1) Baringkan miring ke kiri.

R/: Tidur miring mempercepat penurunan kepala janin sehingga mempersingkat waktu persalinan.

2) Pasang infuse menggunakan jarum dengan diameter besar ukuran 16/18 dan berikan RL atau NS 125 ml/jam.

R/: Salah satu tanda infeksi adanya peningkatan suhu tubuh, suhu 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 penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetrik.

R/: Infeksi yang tidak segera ditangani dapat berkembang ke arah syok yang menyebabkan terjadinya kegawatdaruratan ibu dan janin.

c. Kram tungkai (Varney, Kriebs, dan Gegor, 2007:722).

Tujuan : Tidak terjadi kram tungkai

Kriteria : Sirkulasi darah lancar

Intervensi :

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.

- d. Bayi cukup bulan, sesuai masa kehamilan KU baik (Kemenkes No.938/Menkes/SK/VIII/2007) tentang standar asuhan kebidanan.

Tujuan : Dapat melewati masa transisi dengan baik

Kriteria: Bayi menangis kuat dan bergerak aktif

Intervensi :

1) Observasi tanda-tanda vital bayi.

R/: tanda-tanda vital bayi merupakan dasar untuk menentukan keadaan umum bayi.

2) Jaga suhu tubuh bayi tetap hangat.

R/: Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan atau diselimuti walaupun berada dalam ruangan yang relative hangat.

3) Bounding attachment dan lakukan IMD.

R/: Bounding attachment dapat membantu ibu mengatasi stress sehingga ibu dapat merasa lebih tenang dan tidak nyeri pada saat plasenta lahir. IMD meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dengan bayi.

4) Berikan vitamin K1 secara IM sebanyak 0,5 mg.

R/: vitamin K1 dapat mencegah perdarahan intracranial.

5) Berikan salep mata.

R/: salep mata sebagai profilaksis

3. Masalah kala III

a. Retensio 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 di dalam uterus selama 30 menit dan terjadi perdarahan hebat, pasang infuse menggunakan jaru, besar(ukuran 16 atau 18) dan berikan RL atau NS dengan 20 UI oksitosin.

(a) Coba lakukan plasenta manual dan lakukan penanganan lanjutan.

(b) Bila tidak memenuhi syarat plasenta manua ditempat atau tidak kompeten maka segera rujuk ibu ke fasilitas terdekat dengan fasilitas kegawatdaruratan obstetric.

2) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

3) Tawarkan bantuan walaupun iu telah dirujuk dan mendapat pertolongan di fasilitas kesehatan rujukan.

b. Terjadinya avulsi plasenta

Tujuan : Tidak terjadi avulsi

Kriteria : Tali pusat utuh

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:119) :

1) Palpasi uterus untuk melihat kontraksi, minta ibu meneran pada setiap kontraksi.

2) Saat plasenta terlepas, lakukan pemeriksaan dalam hati-hati. Jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso-kranial pada uterus.

3) Setelah plasenta terlepas, lakukan masase uterus dan periksa plasenta.

4) Jika plasenta belum lahir dalam 30 menit, tangani sebagai retensio plasenta.

4. Masalah kala IV

a. Terjadinya atonia uteri (Wiknjosastro, 2008:107-113)

Tujuan : Atonia uteri dapat teratasi

Kriteria : Kontraksi uterus baik, keras dan bundar serta perdarahan < 500cc.

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:107-113) :

1. Segera lakukan Kompresi Bimanual Internal (KBI) 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 mg per rectal dan gunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16-18), pasang infuse dan berikan 500 cc larutan RL yang mengandung 20 unit oksitosin.
3. Jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar ulangi KBI.
4. Jika uterus tidak berkontraksi selama 1-2 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan tindakan operasi dan tranfusi darah.
5. Dampingi ibu selama merujuk, lanjutkan tindakan KBI dan infuse cairan hingga ibu tiba ditempat rujukan.

b. Robekan vagina, perenium, dan serviks

Tujuan : Robekan vagina, perenium atau serviks dapat terjahit.

Kriteria : Vagina, perineum, atau serviks dapat terjahit dengan baik serta perdarahan < 500 cc.

Intervensi:

1. Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi timbul.
2. Jika terjadi laserasi derajat I dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat II lakukan penjahitan.
3. Jika laserasi derajat III atau IV atau robekan serviks:
 - a. Pasang infuse menggunakan jarum besar (ukuran 16-18) dan berikan RL atau NS.
 - b. Pasang tampon untuk mengurangi darah yang keluar.
 - c. Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan kegawatdaruratan obstetric.
 - d. Dampingi ibu ke tempat rujukan.

4. Implementasi

Menurut Kemenkes Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif,

kuratif dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan

5. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melakukan evaluasi segera secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifitasan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria sebagai berikut :

- a) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai dengan kondisi lain
- 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

6. Dokumentasi

Kemkes RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP 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 Kebidanan Pada Masa Nifas

A. Pengkajian data

1. Data Subyektif

a) Biodata

1) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak terjadi kekeliruan dalam memberikan penanganan (Ambarwati, 2010:131).

2) Umur

Umur pasien dikaji untuk mengetahui apakah pasien dikatakan memiliki risiko jika <20 tahun karena alat-alat reproduksi belum matang dan psikis yang belum siap dan >35 tahun rentan sekali terjadi komplikasi dalam kehamilan dan perdarahan post partum, jadi usia reproduktif (subur) seorang wanita dalam siklus reproduksi berkisar dari 20-35 tahun (Manuaba, 2010:246).

3) Agama

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

4) Pendidikan

Pendidikan yang kurang membuat masyarakat tetap berorientasi pada pengobatan dan pelayanan tradisional sehingga memengaruhi kesejahteraan ibu (Manuaba, 2010:241).

5) Alamat

Untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Eny, 2010:132).

6) Pekerjaan

Pekerjaan perlu dikaji untuk mengetahui penghasilan pasien (Manuaba, 2010:235). Seringkali alasan pekerjaan membuat seorang ibu merasa kesulitan untuk memberikan ASI secara eksklusif. Pekerjaan ibu yang berat bisa mengakibatkan kelelahan secara tidak langsung dapat mengakibatkan involusi dan laktasi terganggu. Pada wanita yang bekerja pada saat menyusui perlu adanya informasi tentang teknik laktasi dan penyimpanan ASI (Marmi, 2012:122).

7) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas dapat menambah sulitnya masalah sosial ekonomi, sehingga

memengaruhi status gizi ibu nifas (Manuaba, 2010:235).

8) Penanggung jawab

Untuk mengetahui siapa yang bertanggung jawab terhadap pasien, sehingga bila sewaktu-waktu dibutuhkan bantuannya dapat segera ditemui (Sulistyawati, 2012:166).

b) Keluhan utama

Menurut Varney et al (2007:974-977), keluhan yang sering dialami ibu masa nifas adalah sebagai berikut:

1) *After pain*

Nyeri setelah melahirkan disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri yang lebih berat pada paritas tinggi disebabkan karena terjadi penurunan tonus otot uterus, menyebabkan relaksasi intermitten (sebentar-sebentar) berbeda pada wanita primipara tonus otot uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi.

2) Keringat berlebih

Wanita postpartum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan

interstisial yang disebabkan oleh peningkatan cairan intraseluler selama kehamilan.

3) Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi, dan stasis air susu peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ke-3 postpartum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui, dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam. Nyeri tekan payudara dapat menjadi nyeri hebat terutama jika bayi mengalami kesulitan dalam menyusui. Peningkatan metabolisme akibat produksi air susu dapat meningkatkan suhu tubuh ringan.

4) Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut.

5) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh

ketidaknyamanan jahitan robekan perineum atau episiotomy derajat 3 atau 4.

6) Hemorroid

Jika wanita mengalami hemorroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari, jika terjadi selama kehamilan, hemorroid menjadi traumatis dan menjadi edema selama mendorong bayi pada kala II persalinan karena tekanan bayi dan disertai saat melahirkan (Ambarwati, 2010:83).

c) Riwayat kesehatan

1) Anemia pada kehamilan yang tidak tertangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan: terjadi subinvolusi uteri, menimbulkan perdarahan postpartum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekompensasi kordis mendadak setelah persalinan, anemia masa nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba, 2010:240).

2) Penyakit TBC

Ibu dengan *tuberculosis* aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Manuaba, 2010:336).

3) Sifilis

Dapat menyebabkan infeksi pada bayi dalam bentuk Lues Kongenital (Pemfigus Sifilitus, Deskuamasi kulit telapak tangan dan kaki, terdapat kelainan pada mulut dan gigi) (Manuaba, 2010:338).

4) Penyakit asma

Penyakit asma yang berat dapat memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O₂ dan CO₂ (Manuaba, 2010:336).

5) Pengaruh penyakit jantung dalam masa nifas menurut Manuaba (2012:337):

(a) Setelah bayi lahir penderita dapat tiba-tiba jatuh kolaps, yang disebabkan darah tiba-tiba membanjiri tubuh ibu sehingga kerja jantung sangat bertambah, perdarahan merupakan komplikasi yang cukup berbahaya.

(b) Saat laktasi kekuatan jantung diperlukan untuk membentuk ASI.

(c) Mudah terjadi postpartum yang memerlukan kerja tambahan jantung.

d) Riwayat nifas sekarang

Ibu harus dianjurkan untuk menyusui, terutama karena menyusui mampu memberikan perlindungan baik secara aktif maupun pasif, dimana ASI juga mengandung zat anti infeksi bayi akan terlindungi dari berbagai macam infeksi (Sukarni, 2013:298).

e) Riwayat kebidanan

1) Riwayat haid

Dengan memberikan ASI kembalinya menstruasi atau haid sulit diperhitungkan dan bersifat individu. Sebagian besar menstruasi kembali setelah 4 sampai 6 bulan. Dalam waktu 3 bulan belum menstruasi, dapat menjamin bertindak sebagai kontrasepsi (Manuaba, 2010:203). Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum mendapatkan lagi haidnya selama meneteki (Saifuddin, 2009:129).

2) Riwayat nifas yang lalu

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan postpartum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui sampai usia anak 2 tahun. Terdapat pengeluaran lochea rubra sampai hari ketiga

berwarna merah. Lochea serosa hari keempat sam
kesembilan warna kecokelatan. Lochea alba hari
kesepuluh sampai kelimabelas warna putih dan
kekuningan. Ibu dengan riwayat pengeluaran lochea
purulenta, lochea stasis, infeksi uterin, rasa nyeri
berlebihan memerlukan pengawasan khusus. Dan
ibu meneteki kurang dari 2 tahun. Adanya
bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus
dilakukan observasi yang tepat (Manuaba,
2010:201).

3) Riwayat KB

Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur
(ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya
selama meneteki. Oleh karena itu, metode amenorhe
laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali
untuk mencegah terjadinya kehamilan baru
(Saifuddin, 2009:129). Pemeriksaan postpartum
merupakan waktu yang tepat untuk membicarakan
metode KB untuk menjarangkan atau menghentikan
kehamilan. Khusus untuk mendapatkan pelayanan
kontak wanita (Metode Operasi Wanita) sama sekali
tidak diperlukan hamil. Pelayanan kontak dapat

dilayani setiap saat dikehendaki (Manuaba, 2012:204).

b) Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nurisi

Ibu menyusui harus mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (dianjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui) (Saifuddin, 2009:128).

Tabel 2.22
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, 2008:124)

2) Eliminasi

Segera setelah postpartum kandung kemih, edema, mengalami kongesti, dan hipotonik, yang

dapat menyebabkan overdistensi, pengosongan yang tidak lengkap, dan residu urine yang berlebihan kecuali perawatan diberikan untuk memastikan berkemih secara periodik. Efek persalinan pada kandung kemih dan uretra menghilang dalam 24 jam pertama postpartum, kecuali wanita mengalami infeksi saluran kemih. Diuresis mulai segera setelah melahirkan dan berakhir hingga hari ke-5 postpartum. Diuresis adalah rute utama tubuh untuk membuang kelebihan cairan interstisial dan kelebihan volume cairan (Varney et al, 2007:961). Miksi dan defeksi diatur sehingga kelancaran kedua system tersebut dapat berlangsung dengan baik (Manuaba, 2010:202).

3) Personal hygiene

Mengajarkan pada ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Sarankan pada ibu untuk mengganti pembalut setidaknya 2 kali dalam sehari. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya (Saifuddin, 2014:127).

Pakaian agak longgar terutama di daerah dada sehingga payudara tidak tertekan. Daerah perut tidak perlu diikat dengan kencang karena tidak akan memengaruhi involusi. Pakaian dalam sebaiknya dari bahan yang menyerap, sehingga lochea tidak memberikan iritasi pada sekitarnya. Kassa pembalut sebaiknya dibuang setiap saat terasa penuh dengan lochea (Manuaba, 2010:202).

4) Istirahat

Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Kurang istirahat akan memengaruhi ibu dalam beberapa hal, yaitu: mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Saifuddin, 2009:127).

5) Aktivitas

Diskusikan pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu untuk mengurangi rasa sakit pada punggung (Saifuddin, 2014:127).

6) Seksual

Secara fisik aman untuk melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu (Saifuddin, 2009:128).

c) Riwayat psikososial spiritual

Menurut Anggraini (2010:136), ibu menunjukkan depresi ringan beberapa hari setelah melahirkan. Depresi tersebut sering disebut sbagai postpartum blues. Penyebab postpartum blues yang paling menonjol adalah kekecewaan emosional yang mengikuti rasa puas dan takut yang dialami kebanyakan wanita selama kehamilan dan persalinan, rasa sakit masa nifas awal, kelelahan karena kurang tidur, kecemasan pada kemampuannya untuk merawat bayinya, rasa takut menjadi tidak menarik lagi bagi suaminya.

Menurut Suherni (2009:87-90) membagi fase nifas menjadi 3 fase yaitu:

1) Fase *taking in*

Merupakan periode ketergantungan, periode ini terjadi dari hari ke-1 sampai hari ke-2 setelah

melahirkan. Pada fase ini ibu terfokus pada dirinya sendiri. Dalam fase ini ibu akan merasakan gangguan psikologis seperti:

- (a) Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya.
- (b) Ketidaknyamanan akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu.
- (c) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.

2) Fase *taking hold*

- (a) Periode ini berlangsung 3 sampai 10 hari setelah melahirkan.
- (b) Ibu mulai timbul rasa khawatir akan ketidaknyamanan dan rasa tanggungjawabnya dalam merawat bayinya.
- (c) Ibu mempunyai perasaan sangat sensitive sehingga mudah tersinggung dan mudah marah.

3) Fase *letting go*

- (a) Periode ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan.
- (b) Ibu sudah mulai menyesuaikan ketergantungan bayinya.

(c) Ibu berkeinginan untuk merawat diri dan bayinya.

(d) Ibu akan lebih percaya diri dalam menjalani peran barunya.

d) Latar belakang sosial budaya

Menurut Saifuddin (2014:130-131), kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan antara lain:

- 1) Menghindari makanan berprotein.
- 2) Penggunaan bebet perut segera pada masa nifas (2-4 jam pertama).
- 3) Penggunaan kantong es batu pas masa nifas (2-4 jam pertama).
- 4) Penggunaan kantong es batu atau pasir untuk menjaga uterus berkontraksi karena merupakan perawatan yang tidak efektif untuk atonia uteri.
- 5) Memisahkan bayi dari ibunya pada 1 jam setelah melahirkan karena masa transisi adalah masa kritis untuk ikatan batin ibu dan bayi.
- 6) Wanita yang mengalami masa puerperium diharuskan tidur telentang selama 40 hari.

2. Data Obyektif

A. Pemeriksaan umum

1) Kesadaran

Meliputi composmentis atau sadar penuh, apatis atau tak acuh terhadap keadaan sekitarnya, samnolen atau koma (Indriasari, 1012:38).

2) Tanda-tanda vital

(a) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolic, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari (Varney et al, 2007:961).

(b) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama postpartum. Hemoragi, demam selama persalinan, dan nyeri akut atau persisten dapat memengaruhi proses ini. Apabila denyut nadi diatas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi postpartum lambat (Varney et al, 2007:961).

(c) Suhu

Suhu 38°C atau lebih yang terjadi diantara hari ke-2 sampai ke-10 postpartum dan diukur sedikitnya 4 kali sehari. Kenaikan suhu tubuh yang terjadi di dalam masa nifas, dianggap sebagai infeksi nifas jika tidak ditemukan sebab-sebab ekstras genital (Saifuddin, 2014:278).

(d) Pernafasan

Napas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kekurangan cairan, eksaserbasi asma, dan embolus paru (Varney et al, 2007:961).

1) Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Untuk mengetahui rambut rontok atau tidak, bersih atau kotor, dan berketombe atau tidak

(Sulistyawati, 2012:87).

2) Muka

Pada daerah muka dilihat kesimetrisan muka, apakah kulitnya normal, pucat. Ketidak simetrisan muka menunjukkan adanya gangguan pada saraf ke

tujuh (nervus fasialis). Apakah terdapat oedema atau tidak, muka pucat atau tidak (Hani,dkk 2011:98).

3) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemis. Sclera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeclampsia (Romauli, 2011:384).

4) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011:384).

5) Payudara

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari hal berikut yaitu: putting susu pecah/pendek/rata, nyeri tekan payudara, abses, produksi ASI terhenti, dan pengeluaran ASI (Saifuddin, 2009:124).

6) Abdomen

Pada abdomen harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan kandung kemih (Saifuddin, 2009:124). Menurut Varney et al (2007:1064), pemeriksaan abdomen postpartum dilakukan selama periode postpartum dini (1jam-5 hari) yang meliputi tindakan berikut:

(a) Pemeriksaan kandung kemih

Dalam memeriksa kandung kemih mencari secara spesifik distensi kandung kemih yang disebabkan oleh retensio urine akibat hipotonisitas kandung kemih karena trauma selama melahirkan. Kondisi ini dapat mempredisposisi wanita mengalami infeksi kandung kemih.

(b) Pemeriksaan uterus

Mencatat lokasi, ukuran, dan konsistensi. Penentuan lokasi uterus dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilicus dan apakah fundus berada pada garis tengah abdomen atau bergeser ke salah satu lokasi dan ukuran saling tumpang tindih, karena ukuran ditentukan bukan hanya

melalui palpasi, tetapi juga dengan mengukur tinggi fundus uteri. Konsistensi uterus memiliki ciri keras dan lunak.

- (c) Evaluasi tonus otot abdomen dengan memeriksa derajat diastasis

Penentuan jumlah diastasis rekti digunakan sebagai alat obyektif untuk mengevaluasi tonus otot abdomen. Diastasis adalah derajat pemisahan otot rektus abdomen (*rektus abdominis*). Pemisahan ini diukur menggunakan lebar jari ketika otot-otot abdomen kontraksi dan sekali lagi ketika otot-otot tersebut relaksasi.

- (d) Memeriksa adanya nyeri tekan CVA (*Costovertebral Angel*)

Nyeri yang muncul di area sudut CVA merupakan indikasi penyakit ginjal.

7) Genetalia

Pemeriksaan tipe, kuantitas, dan bau lochea (Varney et al, 2007:969). Hal yang perlu dilihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah penjahitan laserasi atau luka episiotomi, pembengkakan luka dan hemoroid (Saifuddin, 2009:125).

8) Ekstremitas

Flagmasia alba dolens yang merupakan salah satu bentuk infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa sangat nyeri, tampak bendungan pembuluh darah, suhu tubuh meningkat (Manuaba, 2010:418).

b) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat *sahli*. Hasil pemeriksaan Hb dengan *sahli* dapat digolongkan sebagai berikut: tidak anemia jika HB 11g%, anemia ringan jika Hb 9-10g%, anemia sedang jika Hb 7-8g%, anemia berat jika <7g% (Manuaba, 2010:239).

c) Terapi yang didapat

Terapi yang diberikan pada ibu nifas menurut Sulistyawati (2009:100) yaitu:

- 1) Pil zat besi 40 tablet harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari setelah melahirkan.
- 2) Vitamin A 200.000 IU agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

B. Diagnosa Kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Dengan kriteria sebagai berikut:

1. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
2. Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien
3. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan

Diagnosa Kebidanan:

P₁/>APIAH... hari... postpartum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak baik (Sulistyawati, 2009:156). P₁/>APIAH, postpartum hari ke ..., laktasi lancar, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembengkakan payudara (Varney *et al*, 2001:974).

C. Perencanaan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnose dan masalah yang ditegakkan. Dengan kriteria sebagai berikut:

1. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif
2. Melibatkan klien dan atau keluarga
3. Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga
4. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidencebased* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien
5. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada
 - a) Diagnosa: P₁>APIAH, postpartum hari ke ..., laktasi lancer, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembengkakan payudara (Sulistyawati, 2009:126).

Tujuan: Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi pada ibu dan bayi.

Kriteria:

Menurut Manuaba (2012:114) adalah sebagai berikut:

- 1) Keadaan Umum: Kesadaran composmentis.
- 2) Kontraksi uterus baik (bundar dan keras).

3) Tanda-tanda vital:

TD: 110/70-130/90 mmHg N: 60-80 x/menit

S : 36-37,5°C R: 16-24 x/menit

(Sulistyawati, 2009:123)

4) Laktasi normal

ASI dibedakan menjadi 3 yaitu:

(a) Kolostrum merupakan cairan pertama kali

disekresi oleh kelenjar payudara dari hari pertama sampai ketiga atau keempat pasca persalinan. Kolostrum berwarna kekuning-kuningan, viskositas kental, lengket. Mengandung tinggi protein, mineral, garam, vitamin A, nitrogen, sel darah putih, dan antibodi yang tinggi.

(b) ASI transisi atau peralihan diproduksi pada hari keempat sampai kesepuluh, warna putih jernih.

Kadar imunoglobulin dan protein menurun, sedangkan lemak dan laktosa meningkat.

(c) ASI matur merupakan ASI yang disekresi pada hari kesepuluh sampai seterusnya, berwarna putih. Kandungan ASI matur relative konstan tidak menggumpal bila dipanaskan (Sulistyawati,2009:123).

5) Involusi uterus normal

Involusi atau juga dapat disebut dengan pengerutan merupakan suatu proses yakni uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus.

Involusi uteri dapat diamati yaitu dengan memeriksa fundus uteri dengan cara sebagai berikut

(a) Segera setelah persalinan, tinggi fundus uteri 2 cm di bawah pusat, 12 jam kemudian kembali 1 cm di atas pusat dan menurun kira-kira 1 cm setiap harinya.

(b) Pada hari kedua setelah persalinan tinggi fundus uteri 1 cm di bawah pusat. Pada hari ke 3-4 tinggi fundus uteri 2 cm di bawah pusat

(c) pada hari ke 5-7 tinggi fundus uteri setengah pusat simfisis. Pada hari ke 10 tinggi fundus uteri tidak teraba.

Jika uterus tidak mengalami atau terjadi kegagalan dalam proses involusi disebut dengan subinvolusi. Subinvolusi dapat disebabkan oleh infeksi dan tertinggalnya sisa plasenta/perdarahan

lanjut (*postpartum hemorrhage*) (Kumalasari, 2015:156).

Tabel 2.23
Involusi Uterus

Involusi uterus	Tinggi fundus	Berat uterus	Diameter uterus	Palpasi serviks
Plasenta Lahir	Setinggi pusat	1000 gr	12,5 cm	Lembut atau lunak
7 hari (1 minggu)	Pertengahan pusat dan simfisis	500 gr	7,5 cm	2 cm
14 hari (2 minggu)	Tidak teraba	350 gr	5 cm	1 cm
6 minggu	Normal	60 gr	2,5 cm	Menyempit

Sumber: (Ambarwati dkk, 2010:112)

6) Lochea normal

Lochea rubra (kurenta) keluar dari hari ke-1 sampai ke-3, berwarna merah kehitaman. Lochea sanguinolenta, keluar dari hari ke-4 sampai ke-7, berwarna putih bercampur merah. Lochea serosa, keluar dari hari ke-7 sampai ke-14, berwarna kekuningan. Lochea alba, keluar setelah hari ke-14, berwarna putih (Manuaba, 2010:201).

7) KU bayi baik

R: 30-60 x/menit

S: 36,5-37,5°C

Intervensi menurut Suherni (2009:120):

- (a) Lakukan pemeriksaan KU, TTV, laktasi, involusi, dan lochea.

R/ menilai status ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi (Saifuddin, 2009: 123).

- (b) Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya.

R/ menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap substansi/zat dari makanan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan (Saifuddin, 2009:337).

- (c) Jelaskan pada ibu mengenai senam pasca persalinan (senam nifas).

R/ latihan yang tepat untuk memulihkan/mengembalikan keadaan tubuh menjadi indah dan langsing seperti semula (Mochtar, 2012:176).

- (d) Beri konseling ibu tentang KB pascasalin.

R/ untuk menjarangkan kehamilan (Mochtar, 2012:89).

- (e) Anjurkan ibu untuk mengimunitasikan bayinya.

R/ untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan (Marmi, 2012:395).

b) Masalah

Masalah 1 : Gangguan eliminasi

Tujuan : Masalah eliminasi teratasi

Kriteria : Ibu bisa BAB dan BAK dengan lancar

Intervensi menurut Sulistyawati (2009:101) antara lain:

- 1) Berikan penjelasan kepada pasien mengenai pentingnya BAB dan BAK sedini mungkin setelah melahirkan.

R/ pasien tidak akan menahan untuk BAK maupun BAB jika terasa.

- 2) Yakinkan pasien bahwa jongkok dan mengejan ketika BAB tidak akan menimbulkan kerusakan pada luka jahitan.

R/ menghilangkan rasa takut pada pasien untuk melakukan BAB.

- 3) Anjurkan pasien untuk banyak minum air putih serta makan sayur dan buah.

R/ membantu memperlancar eliminasi.

Masalah 2: Nyeri pada luka jahitan perineum

Tujuan :Setelah diberikan asuhan, rasa nyeri teratasi

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu

Intervensi menurut Sulistyawati (2009:134) antara lain:

- 1) Observasi luka jahitan perineum.

R/ untuk mengkaji jahitan perineum dan mengetahui adanya infeksi atau tidak.

- 2) Ajarkan ibu tentang perawatan perineum yang benar.

R/ ibu bisa melakukan perawatan perineum secara benar dan mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.

- 3) Beri analgesik oral (paracetamol 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu).

R/ mengurangi rasa nyeri pada luka jahitan perineum.

Masalah 3 : *After pain* atau kram perut

Tujuan : Masalah kram perut teratasi

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu

Intervensi menurut Suherni (2009:123-124) antara lain:

- 1) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih secara rutin supaya tidak penuh.

R/ kandung kemih yang penuh menyebabkan kontraksi uterus tidak optimal dan berdampak pada nyeri *after pain*.

- 2) Sarankan ibu untuk tidur dengan posisi telungkup dan bantal di bawah perut.

R/ posisi ini menjaga kontraksi tetap baik dan menghilangkan nyeri.

- 3) Berikan analgesic jika perlu (paracetamol, asam mefenamat).

R/ mengurangi rasa nyeri.

Masalah 4 : Pembengkakan payudara

Tujuan : Masalah pembengkakan payudara teratasi

Kriteria : Payudara tidak bengkak, kulit payudara tidak mengkilat dan tidak merah, payudara tidak nyeri, tidak terasa penuh dan tidak keras

Intervensi menurut Manuaba (2010:420) antara lain:

- 1) Anjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin atau 2-3 jam sekali.

R/ sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara.

- 2) Anjurkan ibu untuk menyusui di kedua payudara.

R/ menyusui di salah satu payudara dapat membuat payudara yang satunya menjadi bengkak.

- 3) Anjurkan ibu untuk memberikan kompres hangat pada payudara, dengan menempelkan kain atau handuk yang hangat pada payudara.

R/ air hangat dapat merelaksasi otot payudara supaya tidak tegang.

- 4) Anjurkan ibu untuk menggunakan bra yang kuat untuk menyangga dan tidak menekan payudara.

R/ bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah pembengkakan dan nyeri yang dialami.

- 5) Anjurkan ibu untuk memberikan kompres dingin pada payudara diantara waktu menyusui.

R/ kompres dingin dapat membuat otot-otot payudara berkontraksi sehingga rasa nyeri dapat berkurang.

- 6) Lakukan pengeluaran ASI secara manual jika payudara masih terasa penuh.

R/ pengosongan payudara secara manual dapat membantu mengurangi pembengkakan payudara.

- 7) Berikan terapi paracetamol 500 mg per oral setiap 4 jam bila diperlukan.

R/ dapat mengurangi nyeri.

D. Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien atau pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan dengan kriteria :

- a) Mempehatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
- b) Setiap tindakan asuhan kebidanan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*inform consent*)
- c) Melaksanakan tindakan asuhan kebidanan berdasarkan *evidence based*
- d) Melibatkan klien/pasien
- e) Menjaga privasi klien
- f) Mengajukan ibu untuk istirahat cukup untuk memulihkan tenaganya
- g) Menjelaskan kepada ibu akibat kurang istirahat dan mengurangi ASI dan memperbanyak perdarahan yang dapat menyebabkan depresi serta ketidak mampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri

- h) Mengajukan ibu untuk mobilisasi secara langsung
- i) Mengajukan ibu untuk menjaga kebersihannya
- j) Memberikan konseling tentang perawatan payudara
- k) Memberitahu ibu untuk makan yang banyak gizi
- l) Memberikan ibu terapi tablet tambah darah, mencegah perdarahan dan memperlancar ASI
- m) Menggunakan sumberdaya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
- n) Melakukan tindakan sesuai standar
- o) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan (Depkes RI, 2008).

E. Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, mengulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tapi belum efektif (Muslihatun, 2010:67).

F. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI (2007), pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut :

S : Adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa

O : Adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P : Adalah pelaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan pelaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. Langkah implementasi evaluasi dan dokumentasi diatas berlaku atau dilakukan juga untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, neonatus, dan keluarga berencana.



2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Neonatus

1. Pengkajian

Pengkajian fisik adalah suatu cara untuk mendapatkan informasi tentang anak dan keluarganya dengan menggunakan semua pancaindra baik subjektif maupun objektif (Kumalasari, 2015: 216).

A. Data subyektif

1) Identitas bayi dan orang tua

Sebuah alat pengenalan yang efektif harus diberikan kepada setiap bayi baru lahir dan harus tetap di tempatnya sampai waktu bayi di pulangkan. Pada alat/gelang identifikasi harus tercantum: nama (bayi, nyonya), tanggal lahir, nomor bayi, jenis kelamin, unit, nama lengkap (Saifuddin, 2009: 135-136).

2) Keluhan utama

Keluhan utama bayi baru lahir adalah hipoglikemia, hipotermi dan ikterik (Ladewig, 2006: 180-199). Terjadi seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, oral thrush (moniliasis/sariawan), diaper rash (Marmi, 2012: 207).

3) Riwayat antenatal

Bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu kelahiran. Jumlah kunjungan prenatal dicatat bersama setiap masalah prenatal yang ada. Semua hasil laboratorium dan pengujian prenatal termasuk laporan ultrasonografi, harus ditinjau. Kondisi prenatal dan kondisi intrapartum yang dapat

mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan bayi baru lahir (Varney dkk, 2007: 916).

4) Riwayat natal

Usia gestasi pada waktu kelahiran, lama persalinan, presentasi janin dan rute kelahiran harus ditinjau ulang. Pecag ketuban lama, demam pada ibu, dan cairan amnion yang berbau adalah faktor risiko signifikan untuk atau predictor infeksi neonatal. Cairan amnion berwarna mekonium meningkatkan risiko penyakit pernapasan. Medikasi selama persalinan seperti analgesic, anestesik, magnesium sulfat dan glukosa dapat mempengaruhi perilaku dan metabolisme bayi baru lahir. Abnormalitas plasenta dan kedua pembuluh darah tali pusat dikaitkan dengan peningkatan insiden anomaly neonatus (Walsh, 2007: 368).

5) Riwayat post natal

Bidan harus meninjau catatan kelahiran bayi tentang tanda-tanda vital dan perilaku bayi baru lahir. Perilaku positif antara lain menghisap, kemampuan untuk makan, kesadaran, berkemih, dan mengeluarkan mekonium. Perilaku mengkhawatirkan meliputi gelisah, letargi, aktivitas menghisap yang buruk atau tidak ada, dan tangisan yang abnormal (Varney dkk, 2007: 917).

6) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

Pada jam-jam pertama energy didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari ke dua energy berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6 (Marmi, 2012: 313). Kebutuhan energy bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan pertama adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energy sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marmi, 2012: 379). Kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonatus dapat dilihat pada tabel 2.24 Sebagai berikut:

Tabel 2.24
Kebutuhan dasar cairan pada neonatus

Hari kelahiran	Cairan/kg/hari	Kalori/kg/hari
Hari ke-1	60 ml	40 kal
Hari ke-2	70 ml	50 kal
Hari ke-3	80 ml	60 kal
Hari ke-4	90 ml	70 kal
Hari ke-5	100 ml	80 kal
Hari ke-6	110 ml	90 kal
Hari ke-7	120 ml	100 kal
Hari ke >10	150 ml	

Sumber: (Saifuddin, 2009: 380).

b) Eliminasi

Warna mekonium adalah hijau kehitam-hitaman, lembut. Mekonium ini keluar pertama kali dalam 24 jam setelah lahir. Mekonium dikeluarkan seluruhnya 2-3 hari setelah lahir. Warna feses bayi berubah menjadi kuning pada saat bayi barumur 4-5 hari (Muslihatun, 2010: 43).

c) Pola istirahat dan 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 2.25
Perubahan pola tidur bayi

Usia	Lama tidur
1 minggu	16,5 jam
1 tahun	14 jam
2 tahun	13 jam
5 tahun	11 jam

Sumber: (Dewi, 2011: 29).

d) Personal hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mongering. Pencucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka keudara, yang mencegah feses dan urine membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah (Walsh, 2007: 377-378). Perawatan tali pusat ialah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. Cuci tangan dengan sabun sebelum merawat tali pusat (Saifuddin, 2009: 370).

e) Aktivitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut (Saifuddin, 2006: 137).

f) Psikososial

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

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-marahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu $36,5^{\circ}\text{C}$ - 37°C (Wiknjosastro, 2009: 256).

b) Kesadaran

Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan atau suara mainan (Saifuddin, 2009: 137).

c) Tanda-tanda vital

(1) Pernafasan

Pernafasan bayi baru lahir normal 30-60 kali per menit, tanpa retraksi dada dan tanpa suara merintih pada fase ekspirasi (Muslihatun, 2010: 31).

(2) Denyut jantung

Denyut jantung bayi baru lahir normal 100-160 kali per menit (Muslihatun, 2010: 31). Nila >160 kali per menit (trakikardi) merupakan tanda-tanda infeksi, hipovolemia, hipertermia. Bila <100 kali per menit (brakikardi) merupakan tanda bayi cukup bulan sedang tidur atau kekurangan O₂ (Kumalasari, 2015: 218).

(3) Suhu

Suhu aksiler bayi baru lahir normal 36,5 °C sampai 37,5 °C (Muslihatun, 2010: 31).

(4) Nadi

Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180/menit yang kemudian turun sampai 140/menit-120/menit pada waktu bayi berumur 30 menit (Wiknjosastro, 2009: 255)

Tabel 2.26
Tanda APGAR

Tanda	Nilai 0	Nilai 1	Nilai 2
Appearance (warna kulit)	Pucat/(blue) biru seluruh tubuh	Body pink, limb blue (Tubuh merah, ekstremitas biru).	All pink (Seluruh tubuh kemerahan)
Pulse (denyut jantung)	Absent (Tidak ada)	<100	>100
Grimace (tonus otot)	None (Tidak bereaksi)	Grimace (sedikit gerakan)	Cry (reaksi melawan menangis)
Activity (aktivitas)	Limp (lumpuh)	Some flexion of limbs (ekstremitas sedikit fleksi)	Active movement, limbs well flexed (gerakan aktif, ekstremitas fleksi dengan baik)
Respiration (pernapasan)	None (Tidak ada)	Slow, irregular (Lambat/tidak teratur)	Good. Strong cry (Menangis kuat)

Sumber: (Muslihatun, 2010: 29).

2) Pemeriksaan antropometri

a) Berat badan

Berat badan 3 hari pertama terjadi penurunan, hal ini normal karena pengeluaran air kencing dan mekonium. Pada hari ke-4, berat badan naik (wiknjosastro, 2007: 256). Berat badan sebaiknya tiap hari dipantau. Penurunan berat badan lebih dari 5% dari berat badan waktu lahir, menunjukkan kekurangan cairan

(Saifuddin, 2006: 138). Berikut disajikan tabel mengenai penurunan berat badan sesuai umur:

Tabel 2.27
Penurunan berat badan sesuai umur

Umur	Penurunan/kenaikan BB yang dapat diterima dalam bulan pertama
1 minggu	Turun sampai 10%
2-4 minggu	Naik setidaknya-tidaknya 160 gram/minggu
1 bulan	Naik setidaknya-tidaknya 300 gram dalam bulan pertama
Nilai penimbangan dilakukan setiap hari	
Minggu pertama	Tidak ada penurunan berat badan atau kurang dari 10%
Setelah minggu pertama	Setiap hari terjadi kenaikan pada bayi kecil setidaknya-tidaknya 20 gram

Sumber: (Wiknjosastro, 2008: 27).

b) Panjang badan

Diukur dari ubun-ubun sampai tumit bayi, posisi telentang, sendi lutut dan panggul harus ekstensi penuh. Normal 45-53 cm (Kumalasari, 2015: 218).

c) Ukuran kepala

Menurut Wiknjosastro (2008, 119) meliputi:

- (1) Diameter suboksipito-bregmatika : 9,5-10 cm
- (2) Diameter oksipito-frontalis : 11-12 cm
- (3) Diameter oksipito-metalis : 13,5-15 cm
- (4) Diameter submento-bregmatika : 9,5-10 cm
- (5) Diameter biparietalis : 9,5-10 cm
- (6) Diameter bitemporalis : 8-10 cm

- (7) Sirkumferensia suboksipito-bregmatikus : 33-34 cm
- (8) Sirkumferensia submento-bregmatikus : 32-33 cm
- (9) Sirkumferensia oksipito frontalis : 33-35 cm
- (10) Sirkumferensia mento-oksipitalis : 34-35,5 cm

d) Lingkar dada : 33-38 cm

e) Lingkar lengan : ± 11 cm

3) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Ubun-ubun besar, ubun-ubun kecil, sutura, moulase, caput succedaneum, cephal haematoma, hidrosefalus, rambut meliputi: jumlah, warna dan adanya lanugo pada bahu dan punggung (Muslihatun, 2010: 33).

b) Wajah

Wajah harus tampak simetris,. Terkadang wajah bayi tampak asimetris hal ini dikarenakan posisi bayi di intrauteri. Perhatikan kelainan wajah yang khas seperti sindrom down dan sindrom piere-robin. Perhatikan juga kelainan wajah akibat trauma jalan lahir seperti laserasi, paresi nervus fasialis (Kumalasari, 2015: 219).

c) Mata

Ukuran, bentuk (strabismus, pelebaran epicanthus) dan kesimetrisan, kekeruhan kornea, katarak congenital, trauma,

keluar nanah, bengkak pada kelopak mata, perdarahan subkonjungtiva (Muslihatun, 2010: 33).

d) Hidung

Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm, periksa adanya pernafasan cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernafasan (Marmi, 2012: 57).

e) Telinga

Periksa dan pastikan jumlah, bentuk dan posisinya. Pada bayi cukup bulan, tulang rawan sudah matang. Daun telinga harus berbentuk sempurna dengan lengkungan yang jelas dibagian atas. Perhatikan letak daun telinga. Daun telinga yang letaknya rendah (low set ears) terdapat pada bayi yang mengalami sindroma tertentu (piere-robin) (Kumalasari, 2015: 219).

f) Mulut

Saliva tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna (Saifuddin, 2009: 137). Terdapat adanya stomatitis pada mulut merupakan tanda adanya oral trush (Marmi, 2012: 211).

g) Leher

Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhialis. Adanya lipatan kulit yang

berlebihan di bagian belakang leher menunjukkan adanya kemungkinan trisomi 21 (Marmi, 2012: 57).

h) Klavikula

Raba seluruh klavikula untuk memastikan keutuhan terutama pada bayi baru lahir dengan presentasi bokong atau distosia bahu. Periksa adanya fraktur (Kumalasari, 2015: 220).

i) 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 di perhatikan. Pada bayi cukup bulan, putting susu sudah terbentuk baik dan tampak simetris (Marmi, 2012: 58).

j) Punggung

Melihat adanya benjolan/tumor dan tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna (Saifuddin, 2009: 137).

k) Abdomen

Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan, jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika. Abdomen membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor lainnya. Dan apabila perut

kembung kemungkinan adanya enterokolitis vesikalis, omfalokel atau ductus omfaloentrikus persisten (Marmi, 2012: 58).

l) Genetalia

(1) Laki-laki

Pada bayi laki-laki panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. Periksa posisi lubang uterus. Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis. Periksa adanya hipospadia dan epispadia (Marmi, 2012: 59).

(2) Perempuan

Terkadang tampak adanya secret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormone ibu. Pada bayi cukup bulan, labia mayora menutupi labia minora. Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina (Marmi, 2012: 59).

m) Anus

Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya. Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya mekonium plug sindrom, megokolon atau obstruksi saluran cerna (Marmi, 2012: 59).

n) 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 congenital (Walsh, 2008: 371).

o) Kulit dan kuku

Warna kulit dan adanya verniks kaseosa, pembengkakan atau bercak hitam, tanda lahir/tanda mongol, selama bayi dianggap normal, beberapa kelainan kulit juga dapat dianggap normal. Kelainan ini termasuk milia, biasanya terlihat pada hari pertama atau selanjutnya (Muslihatun, 2010: 32). Pada bayi dengan miliariasis akan timbul gelembung kecil berisi cairan di seluruh tubuh (Marmi, 2012: 229).

4) Pemeriksaan neurologis

Pemeriksaan neurologis merupakan indikator integritas system saraf. Baik respons yang menurun (hipo) maupun yang meningkat (hiper) merupakan penyebab masalah (Varney dkk, 2008: 927).

a) Refleks kedipan (glabellar reflex)

Merupakan respons terhadap cahaya terang yang mengindikasikan normalnya saraf optik (Dewi, 2011: 25).

b) Refleks mencari (rooting reflex)

Ketika pipi atau sudut mulut bayi disentuh, bayi akan menoleh ke arah stimulus dan membuka mulutnya (Indrayani, 2013: 330).

c) Refleks menghisap (sucking reflex)

Rangsangan putting susu pada langit-langit bayi menimbulkan refleks menghisap (Wiknjosastro, 2008: 134).

d) Refleks menoleh (tonic neck reflex)

Letakkan bayi dalam posisi telentang, putar kepala ke satu sisi dengan badan ditahan, ekstremitas terentang pada sisi kepala yang diputar, tetapi ekstremitas pada sisi lain fleksi. Pada keadaan normal bayi akan berusaha untuk mengembalikan kepala ketika diputar ke sisi pengujian saraf sensoris (Dewi, 2011: 25).

e) Refleks menelan (swallowing reflex)

Kumpulan ASI di dalam mulut bayi mendesak otot-otot di daerah mulut dan faring untuk mengaktifkan refleks menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung bayi (Wiknjosastro, 2008: 134).

f) Refleks terkejut (moro reflex)

Ketika bayi kaget akan menunjukkan respon berupa memeluk dengan abduksi dan ekstensi dari ekstremitas atas yang cepat dan diikuti dengan aduksi yang lebih lambat dan kemudian timbul fleksi (Indrayani, 2013: 332).

g) Refleks menggenggam (grasping reflex)

Ketika telapak tangan bayi di stimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari), respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat (Marmi, 2012: 71).

h) Refleks babinski

Gores telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakan jari sepanjang telapak kaki. Bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsi fleksi (Marmi, 2012: 71).

i) Refleks ekstruksi

Bayi baru lahir menjulurkan lidah keluar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau puting (Marmi, 2012: 71).

j) Refleks melangkah (walking reflex)

Bayi menggerak-gerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras (Marmi, 2012: 72).

k) Refleks merangkak (crawling reflex)

Bayi akan berusaha untuk merangkak kedepan dengan kedua tangan dan kaki bila diletakkan telungkup pada permukaan datar (Marmi, 2012: 72).

2. Diagnosa Kebidanan

Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik. Kemungkinan masalah hipoglikemia, hipotermi, ikterik, seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, oral trush, diaper rash (Marmi, 2012: 207).

3. Intervensi

a. Diagnose kebidanan

Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik.

1) Tujuan : bayi baru lahir dapat melewati masa transisi dari intrauterine ke ekstrauterin tanpa terjadi komplikasi.

2) Kriteria:

a) Keadaan umum baik

b) TTV normal menurut Indrayani (2013: 328) adalah: S: 36,5 °C-37,5 °C, N: 120-160 x/menit, RR: 40-60 x/menit.

c) Bayi menyusu kuat

d) Bayi menangis kuat dan bergerak aktif

3) Intervensi

Intervensi menurut Marmi (2012: 87-88) adalah:

a) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering.

R/ Tali pusat yang basah atau lembab dapat menyebabkan infeksi (Wiknjosastro, 2008: 130).

b) Ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orangtua.

R/ Tanda-tanda bahaya bayi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lanjut.

c) Beri ASI setiap 2 jam 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 dkk, 2007).

d) Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering.

R/ Suhu bayi turun dengan cepat segera setelah lahir. Oleh karena itu, bayi harus dirawat di tempat tidur bayi yang hangat. Selama beberapa hari pertama kehidupan, suhu bayi tidak stabil, berespon terhadap rangsangan ringan dengan fluktuasi yang cukup besar di atas atau di bawah suhu normal. Bayi harus segera dikeringkan untuk mengurangi pengeluaran panas akibat evaporasi (Leveno, 2009: 292).

e) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusui kurang baik.

R/ Suhu normal bayi adalah 36^5-37^5 °C. Suhu yang tinggi menandakan adanya infeksi (Indrayani, 2013: 329).

Wiknjosastro (2008: 129) menambahkan intervensi untuk neonatus yaitu:

f) Memandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir.

R/ Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah.

b. Potensial masalah

1) Masalah I : Hipoglikemia

a) Tujuan : Hipoglikemia tidak terjadi

b) Kriteria : Menurut Ladewig (2006: 180):

(1) Kadar glukosa dalam darah ≥ 45 mg/dL

(2) Tidak ada tanda-tanda hipoglikemia yaitu kejang, letargi, pernapasan tidak teratur, apnea, sianosis, pucat, menolak untuk minum ASI, tangis lemah dan hipotermia.

c) Intervensi

Intervensi menurut Ladewig (2006: 181-182) adalah:

(1) Kaji bayi baru lahir dan catat setiap faktor risiko.

R/ Bayi preterm, bayi ibu dari diabetes, bayi baru lahir dengan asfiksia, stress karena kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk berisiko mengalami hipoglikemia.

(2) Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan stripkimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1-2 jam setelah kelahiran.

R/ Bayi yang berisiko harus di kaji tidak lebih dari 2 jam setelah kelahiran, serta saat sebelum pemberian ASI, apabila terdapat tanda ketidak normalan dan setiap 2-4 jam hingga stabil.

(3) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemia.

R/ Tanda-tanda hipoglikemia yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

- (4) Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10% bagi bayi yang berisiko hipoglikemia.

R/ Nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglikemia.

- (5) Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat, dan memperhatikan suhu lingkungan yang optimal.

R/ Tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energy bayi.

2) Masalah II : Hipotermi

a) Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

b) Kriteria :

- (1) Suhu bayi 36°C - 37°C (Indrayani, 2013: 329).
- (2) 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, 2009: 373).

c) Intervensi

Intervensi menurut (Ladewig (2006: 184-185).

- (1) Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksila atau kulit.

R/ Penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh, yang dapat menjadi indikator awal stress dingin.

- (2) Kaji tanda-tanda hipotermi

R/ Selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kematian (Saifuddin, 2006: 373).

- (3) Cegah kehilangan panas tubuh bayi, misalnya dengan mengeringkan bayi dan mengganti segera popok yang basah.

R/ bayi dapat kehilangan panas melalui evaporasi.

3) Masalah III : Ikterik

a) Tujuan : Ikterik tidak terjadi

b) Kriteria menurut Ladewig (2006: 199) adalah:

- (1) Kadar bilirubin serum $\leq 12,9$ mg/dL
- (2) Tidak ada tanda-tanda ikterus, seperti warna kekuning-kuningan pada kulit, mukosa, sclera, dan urine.

c) Intervensi

Intervensi menurut Ladewig (2006: 200-201) antara lain:

- (1) Mengkaji faktor-faktor risiko.

R/ Riwayat prenatal tentang imunisasi Rh, inkompatibilitas ABO, penggunaan aspirin pada ibu, sulfonamide, atau obat-obatan antimikroba, dan cairan amnion berwarna kuning (indikasi penyakit hemolitik tertentu) merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat.

- (2) Mengkaji tanda dan gejala klinis ikterik.

R/ Pola penerimaan ASI yang buruk, letargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya refleks moro merupakan tanda-tanda awal ensepalopati bilirubin (kernikterus).

- (3) Berikan ASI sesegera mungkin, dan lanjutkan setiap 2-4 jam.

R/ Mekonium memiliki kandungan bilirubin yang tinggi dan penundaan keluarnya mekonium meningkatkan reabsorpsi bilirubin sebagai bagian dari pirau enterohepatik. Jika kebutuhan nutrisi terpenuhi, akan memudahkan keluarnya mekonium (Varney dkk, 2007: 943).

- (4) Jemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit.

R/ Menjemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit akan mengubah senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah diekskresikan.

4) Masalah IV : Seborrhea

a) Tujuan : Tidak terjadi seborrhea

b) Kriteria :

- (1) Tidak timbul ruam tebal berkeropeng berwarna kuning di kulit kepala.

- (2) Kulit kepala bersih dan tidak ada ketombe.

c) Intervensi

Intervensi menurut Marmi (2012: 221) :

- (1) Cuci kulit kepala bayi menggunakan shampoo bayi yang lembut sebanyak 2-3 kali seminggu. Kulit pada bayi belum bekerja secara sempurna.

R/ Shampoo bayi harus lembut karena fungsi kelenjar.

- (2) Oleskan krim hydrocortisone.

R/ Krim hydrocortisone biasanya mengandung asam salisilat yang berfungsi untuk membasmi ketombe.

- (3) Untuk mengatasi ketombe yang disebabkan jamur, cuci rambut bayi setiap hari dan pijat kulit kepala dengan shampoo secara perlahan.

R/ Pencucian rambut dan pijatan kulit kepala dapat menghilangkan jamur lewat serpihan kulit yang lepas.

- (4) Periksa ke dokter, bila keadaan semakin memburuk.

R/ Penatalaksan lebih lanjut.

5) Masalah V : Miliariasis

a) Tujuan : Miliariasis teratasi

b) Kriteria : Tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi cairan diseluruh tubuh.

c) Intervensi

Intervensi menurut Marmi (2012: 229):

- (1) Mandikan bayi secara teratur 2 kali sehari.

R/ Mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat yang berlebihan.

- (2) Bila berkeringat, seka tubuhnya sesering mungkin dengan handuk, lap kering, atau washlap basah.

R/ Meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat.

- (3) Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa memperingati terlebih dahulu.

R/ Pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat memperparah miliariasis.

- (4) Kenakan pakaian katun untuk bayi

R/ Bahan katun dapat menyerap keringat.

- (5) Bawa periksa ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal, luka/lecet, rewel dan sulit tidur.

R/ Penatalaksanaan lebih lanjut.

- 6) Masalah VI : Muntah dan gumoh.

a) Tujuan : Bayi tidak muntah dan gumoh setelah minum.

b) Kriteria :

- (1) Tidak muntah dan gumoh setelah minum

- (2) Bayi tidak rewel

c) Intervensi

Intervensi menurut Marmi (2012: 207-208).

- (1) Sendawakan bayi selesai menyusui.

R/ Bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui.

(2) Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel atau menangis.

R/ Mengurangi masuknya udara yang berlebihan.

7) Masalah VII: Oral trush

- a) Tujuan : Oral trush tidak terjadi
- b) Kriteria : Mulut bayi tampak bersih
- c) Intervensi

Intervensi menurut Marmi (2012: 211) :

(1) Bersihkan mulut bayi setelah selesai menyusui menggunakan air matang.

R/ Mulut yang bersih dapat meminimalkan tumbuh kembang jamur candida akbicans penyebab oral trush.

(2) Bila bayi minum menggunakan susu formula, cuci bersih botol dan dot susu, setelah itu diseduh dengan air mendidih atau direbus hingga mendidih sebelum digunakan.

R/ Mematikan kuman dengan suhu tertentu.

(3) Bila bayi menyusui ibunya, bersihkan puting susu sebelum menyusui.

R/ mencegah timbulnya oral trush.

8) Masalah VIII : Diaper rash

- a) Tujuan : Tidak terjadi diaper rash
- b) Kriteria : Tidak timbul bintik merah pada kelamin dan bokong bayi.
- c) Intervensi

Intervensi menurut Marmi (2012: 215):

- (1) Perhatikan daya tampung dari diaper, bila telah menggantung atau menggelembung ganti dengan yang baru.

R/ Menjaga kebersihan sekitar genetalia sampai anus bayi.

- (2) Hindari pemakaian diaper yang terlalu sering. Gunakan diaper disaat yang membutuhkan sekali.

R/ Mencegah timbulnya diaper rash.

- (3) 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 peningkatan pH kulit dan enzim dalam kotoran. Tingkat keasaman kulit yang tinggi ini membuat kulit lebih peka, sehingga memudahkan terjadinya iritasi kulit.

- (4) Keringkan pantat bayi lebih lama sebagai salah satu tindakan pencegahan.

R/ Kulit tetap kering sehingga meminimalkan timbulnya iritasi kulit.

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 rehabilitative. Dilakukan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan kriteria:

- a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psikososial-spiritual-kultural.
- b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (inform konsen).
- c. Melaksanakan tindakan asuhan kebidanan berdasarkan evidence based.
- d. Melibatkan klien/pasien.
- e. Menjaga privacy klien/pasien.
- f. Melaksanakan prinsip mencegah infeksi.
- g. Mengikuti perkembangan klien secara berkesinambungan.
- h. Menggunakan sumbernya, sarana dan fasilitas yang ada dan memadai.
- i. Melakukan tindakan sesuai standart.
- 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. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan/atau keluarga.

Hasil evaluasi harus ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

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. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.
6. Dokumentasi

Menurut kemenkes RI (2007), evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu sebagai berikut:

- 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 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.

2.2.5 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Akseptor KB

1. Pengkajian Data

a. Data subyektif

1) Biodata

a) Nama

Untuk menetapkan identitas pasti pasien karena mungkin memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomor telepon yang berbeda. (Manuaba, dkk. 2010: 159)

b) Umur

Wanita usia < 20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk menjarangkan kehamilan, dan usia > 35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifuddin, 2013: U-19)

c) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontap, suntuk KB, susuk KB atau AKBK (alat kontrasepsi bawah kulit), AKDR (Manuaba, dkk. 2010: 592).

2) Keluhan utama

Keluhan utama pada ibu pascasalin menurut Affandi (2013 : U-9) adalah :

- a) Usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan
- b) Usia > 35 tahun tidak ingin hamil lagi.

3) Riwayat Kesehatan

- a) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, miom uterus, diabetes militus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke. (Saifuddin, 2013: 45)
- b) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah <180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (sickle cell). (Saifuddin, 2010 : 55)
- c) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progeteron. (Affandi, 2013: U-53)
- d) Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan, dan nifas. Perlu diperlukan konseling prakontrasepsi dengan memperhatikan resiko masing-masing penyakit. Pasien dengan kelainan jantung

derajat 3 dan 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilih cara kontrasepsi AKDR, tubektomi atau vasektomi pada suami (Saifuddin, 2014: 275)

- e) Ibu dengan penyakit infeksi alat genital (vaginitis, servistis), sedangkan mengalami atau menderita PRP atau abortus septik, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang mempengaruhi kavum uteri, penyakit trofoblas yang ganas, TBC pelvik, kanker alat genital tidak diperkenankan menggunakan AKDR dengan progestin. (Saifuddin, 2013: 70)

4) Riwayat Kebidanan

a) Haid

Bila menyusui atau 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 kemabali, insersi dapat dilakukan setiap saat tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja (Saifuddin, 2013:68). Pada metode KB MAL ketika ibu mulai haid lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus

segera mulai menggunakan metode KB lainnya. (Saifuddin, 2010: 54). Meskipun beberapa metode KB mengandung resiko, menggunakan kontrasepsi lebih aman, terutama apabila ibu sudah haid lagi (Saifuddin, 2010: 129). Wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efek estrogen yang rendah (Manuaba, dkk. 2010: 598)

b) Riwayat kehamilan, persalinan dan Nifas yang lalu

Pada klien pasca persalinan yang tidak menyusui, masa infertilitasnya rata-rata berlangsung sekitar 6 minggu. Sedangkan pada klien yang menyusui masa infertilitasnya lebih lama. Namun kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan. (Saifuddin, 2013 : 51). Pasien yang tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septik tidak boleh menggunakan kontrasepsi IUD (affandi, 2013: MK-77). IUD tidak untuk ibu yang memiliki riwayat kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010: 7)

c) Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada akseptor, pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implant, IUD) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2015: 168). Pasien yang pernah mengalami

problem eskpulsi IUD, ketidak mampuan mengetahui tanda-tanda bahaya dari IUD, ketidak mampuan untuk memmeriksa sendiri ekor IUD merupakan kontra indikasi untuk KB IUD (Hartanto, 2015: 209)

5) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

DMPK merangsang pusat pengendalli nafsu makan di hipotalamus, yang menyebabkan akseptor makan banyak dari biasanya (Hartanto, 2015: 171).

b) Eliminasi

Dilantasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kecing karena relaksasi otot (Hartanto, 2015: 172).

c) Istirahat/tidur

Gangguan tidur yang dialami ibu akseptor KB suntik sering disebabkan karena efek samping dari KB suntik tersebut (mual, pusing, sakit kepala) (Saifuddin, 2010: 35).

d) Kehidupan seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido (Saifuddin: 2010: 42)

e) Riwayat ketergantungan

Merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah risiko terjadinya miokard infark, stroke dan keadaan trombo-embolik (Hartanto, 2015: 123). Ibu yang menggunakan obat tuberkolosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat) tidak boleh menggunakan pil progetin (Saifuddin, 2010: 55).

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan umum

a) Tanda-tanda vital

Suntikan progestin dan implan dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah $< 180/110$ mmHg (Saifuddin, 2010: 43). Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Fraser, et. al: 2009: 657)

b) Pemeriksaan antropometri

Berat badan, umumnya pertambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1 kg sampai 5 kg dalam tahun pertama. Penyebab pertambahan berat badan tidak jelas. Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh. (Hartanto, 2015: 171).

2) Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah ukuran, bentuk, kontur, kesimetrisan, kesimetrisan wajah, lokasi struktur wajah, gerakan involunter, nyeri pada sinus frontal dan maksil (Varney. 2008:35) serta untuk menilai warna, ketebalan, ada ketombe atau tidak (Alimul, 2008: 30)

b) Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Saifuddin, 2010: 50)

c) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin (Saifuddin, 2010: 52). Akibat terjadi perdarahan hebat memungkinkan terjadinya anemia. (Saifuddin, 2010: 75)

d) Hidung

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah napas cuping hidung, deformitas atau penyimpangan septum, kesimetrisan, ukuran, letak termasuk

kesimetrisan lipatan nasolabial, rongga hidung bebas sumbatan, perforasi septum nasal. Pemeriksaan nasal dengan spekulum (ukuran, tanda-tanda infeksi, edema pada konka nasalis, polip, tonjolan, sumbatan, ulserasi, lesi, titik-titik perdarahan, rabas, warna mukosa). (Varney. 2008: 36)

e) Telinga

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah pembesaran atau nyeri tekan mastoid, ketajaman pendengaran secara umum, letak telinga di kepala, bentuk, tonjolan, lesi, dan rabas pada aurikula dan ostium, warna, sumbatan, lesi, edema, rabas, adanya benda asing pada saluran pendengaran eksternal, pemeriksaan membran timpani dengan alat otoskopik (warna, tonjolan atau retraksi, gambaran bayangna telinga, dengan senter kerucut membran timpani ada atau tidak, jaringan paut, perfrasi) (Varney, 2008:36)

f) Mulut dan tenggorokan

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan

(1) Bau napas

(2) Bibir : kesimetrisan, warna, lesi, edema, tumor, dan fisura

(3) Mulut dan mukosa : lesi, tumor, plak, keutuhan palatum, warna, terlihat pembuluh darah pada mukosa bibir

(4) Gigi : kondisi perbaikan gigi, gigi tanggal, karies

(5) Gusi : perdarahan, lesi, edema, tumor, warna, gusi turun, terdapat pus atau eksudat.

(6) Lidah : kesimetrisan, posisi, tekstur, warna, lesi, tumor, kelembapan lidah, penyimpangan lidah.

(7) Uvula : deviasi uvula, ukuran, pembesaran

(8) Orofaring : tanda infeksi pada faring posterior, fosa tonsila, dan *tonsillar pillar*, inflamasi, edema, perdarahan, eksudat, tanda bercak pus, warna, lesi, tumor, ukuran, kesimetrisan, dan pembesaran tonsil (Varney. 2008: 36).

g) Leher

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

h) Dada dan paru-paru

Pemeriksaan dada yang dilakukan meliputi konfigurasi, deformitas, kesimetrisan, ukuran, massa,

lesi jaringan perut pada struktur dan dinding dada, retraksi atau penonjolan. (Varney, 2008: 37)

i) Interkosta atau subklavikula

Ekskursi pernapasan sama dikiri dan kanan serta kesimetrisan gerak nafas, frekuensi, kedalaman, irama dan tipe pernapasan (dada, abdomen). Pada auskultasi paru : bunyi napas normal, rales, mengi, frictio

j) Payudara

Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma seperti karsinoma payudara atau serviks, namun progesteron termasuk DMPA, digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2015: 164). Keterbatasan pada penggunaan KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara (Saifuddin, 2010: 49). Terdapat benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implant (Saifuddin, 2010: 55)

k) Abdomen

Peringatan khusus bagi penggunaan implant bila disertai nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010: 58)

l) Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenore (Hartanto, 2015: 170). Efek samping yang umum terjadi dari penggunaan AKDR diantaranya mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (*spotting*) antar menstruasi, dan komplikasi lain dapat terjadi perdarahan hebat pada waktu haid (Saifuddin, 2010: 75). Ibu dengan varises di vulva dapat menggunakan AKDR (Saifuddin, 2010: 77).

m) Ekstermitas

Pada pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan (Saifuddin, 2010: 58). Ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan AKDR (Saifuddin, 2010: 77).

2. Analisis Data

Analisis/*assessment* merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dan data subyektif dan obyektif, mencakup : diagnosis/masalah kebidanan, diagnosis/masalah potensial serta perlunya mengidentifikasi kebutuhan tindakan segera untuk antisipasi diagnosis/masalah potensial (Muslihatu, 2010: 248)

3. Diagnosa Kebidanan

P $\geq$ 1, umur anak terkecil berapa hari, calon peserta KB MAL/AKDR/Kontap/Kontrasepsi Progestin, tidak ada/ada indikasi untuk menggunakan MAL/AKDR/Kontap/Kontrasepsi Progestin, keadaan umum baik, prognosa baik terjadi kehamilan (Affandi, 2012:MK 97).

4. Perencanaan

Diagnosa :PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia.....tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik. Prognosa baik.

a. Tujuan

- 1) Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif
- 2) Pengetahuan ibu tentang macam-macam, cara kerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah
- 3) Ibu dapat memilih KB yang sesuai dengan keinginan dan kondisinya.

b. Kriteria

- 1) Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas
- 2) Ibu memilih salah satu KB yang sesuai
- 3) Ibu terlihat tenang

Intervensi menurut Saifuddin (2010: U-3)

- a) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.

R/ Menyakinkan klien membangun rasa percaya diri

- b) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan)

R/ Dengan mengetahui informasi tentang diri klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien

- c) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontraindikasi

R/ Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang diinginkan

- d) Bantulah klien menentukan pilihannya

R/ Klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhan

- e) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.

R/ Penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien

f) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihanya.

R/ Penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan kita mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut

g) Pesakan 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.

Kemungkinan Masalah :

a. Masalah 1 : *Amenorrhea*

1) Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

2) Kriteria : Ibu bisa beradaptasi dengan keadaanya

Intervensi menurut Saifuddin (2010: 47) :

a) Kaji pengetahuan pasien tentang *amenorrhea*

R/ Mengetahui tingkat pengetahuan pasien

b) Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul di dalam rahim

R/ Ibu dapat merasa tenang dengan keadaan kondisinya

- c) Bila terjadi kehamilan hentikan penggunaan KB,
bila kehamilan ektopik segera rujuk

R/ Penggunaan KB pada kehamilan dapat
mempengaruhi kehamilan dan kehamilan ektopik
lebih besar pada penggunaan KB

b. Masalah 2 : Pusing

- 1) Tujuan : Setelah diberikan asuhan, pusing dapat
teratasi dan ibu dapat beradaptasi dengan keadaanya

- 2) Kriteria : Tidak merasa pusing dan mengerti efek
samping dari KB hormonal

- 3) Intervensi menurut Saifuddin (2010: 33)

- a) Kaji keluhan pusing pasien

R/ Membantu menegakkan suatu diagnosa dan
menentukan langkah selanjutnya untuk pengobatan

- b) Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa
rasa pusing bersifat sementara

R/ Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek
samping dari KB hormonal

- c) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

R/ Teknik disktribusi dan relaksasi mengurangi
ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi
nyeri.

c. Masalah 3 : Perdarahan bercak/ *spotting*

1) Tujuan :Setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaan

2) Kriteria :Keluhan ibu terhadap masalah bercak/*spotting* berkurang

3) Intervensi menurut Saifuddin (2010: 47) adalah :

a) 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*.

b) Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainya

R/ Klien dapat merasa nyaman kembali dan tidak mengalami bercak/*spotting*

d. Masalah 4 : Perdarahan pervaginam yang hebat disertai nyeri

1) Tujuan :Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi penggunaan KB.

2) Kriteria :Perdarahan berkurang dan ibu tidak khawatir dengan kondisinya

3) Intervensi menurut Arum D (2011: 198)

- a) Yakinkah klien bahwa jumlah darah haid atau perdarahan diantara haid menjadi lebih banyak pada pengguna AKDR terutama dalam beberapa bulan pertama

R/ Mengurangi kecemasan pada ibu

- b) Lakukan evaluasi penyebab-penyebab perdarahan lainnya dan lakukan penanganan yang sesuai jika diperlukan

R/ Mengevaluasi penyebab lain perdarahan untuk mengambil tindakan yang tepat

- c) Jika tidak ditemukan penyebab lainnya, beri nosteroidal anti inflamatori (NSAID), seperti ibuprofein) selama 5-7 hari.

R/ Pemeriksaan NSAID dalam meringankan nyeri dan mencegah perdarahan

- d) Jika perdarahan masih terjadi dan klien merasa sangat terganggu, tawarkan metode pengganti

R/ Perdarahan yang banyak merupakan komplikasi dari pengguna AKDR

Setelah perencanaan, pada asuhan kebidanan selanjutnya dilakukan pelaksanaan tindakan, evaluasi, dan dokumentasi.