

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Teori

2.1.1 Konsep Dasar Teori Kehamilan

A. Definisi Kehamilan

Kehamilan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa, ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender Internasional. Kehamilan terbagi menjadi 3 trimester, trimester ke satu dalam 12 minggu, trimester ke dua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27) dan trimester ke tiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Prawiroharjo, 2010).

B. Proses Kehamilan

Proses dari kehamilan adalah sebagai berikut :

1. Ovum

- a) Bisa dibuahi jika sudah melewati proses oogenesis
- b) Dikeluarkan oleh ovarium saat fase ovulasi, satu kali setiap siklus haid dan akan habis jika sudah masuk fase menopause
- c) Ovum mempunyai waktu hidup 24-48 jam setelah dikeluarkan dari ovarium

d) Mempunyai lapisan pelindung yaitu sel-sel granulosa dan zona pellusida yang harus bisa ditembus oleh sperma untuk dapat terjadi suatu kehamilan (Hani dkk, 2010).

2. Sel Mani (spermatozoa)

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

Secara embrional, spermatogonium berasal dari sel-sel primitif tubulus testis. Setelah bayi laki-laki lahir, jumlah spermatogonium yang ada tidak mengalami perubahan sampai masa akhil baliq. Pada masa pubertas, di bawah pengaruh sel-sel interstitial leydig, sel-sel spermatogonium ini mulai aktif mengadakan mitosis dan terjadilah spermatogenesis. Urutan pertumbuhan sperma (spermatogenesis) :

1. Spermatogonium (membelah dua)
2. Spermatisit pertama (membelah dua)
3. Spermatisit kedua (membelah dua)
4. Spermatid, kemudian tumbuh menjadi
5. Spermatozoa (sperma) (Mochtar, 2015).

3. Pembuahan (Fertilisasi)

Merupakan kelanjutan dari proses konsepsi, yaitu sperma bertemu dengan ovum, terjadi penyatuan sperma dengan ovum, sampai dengan terjadi perubahan fisik dan kimiawi ovum-sperma hingga menjadi buah kehamilan (Sulistyawati, 2009).

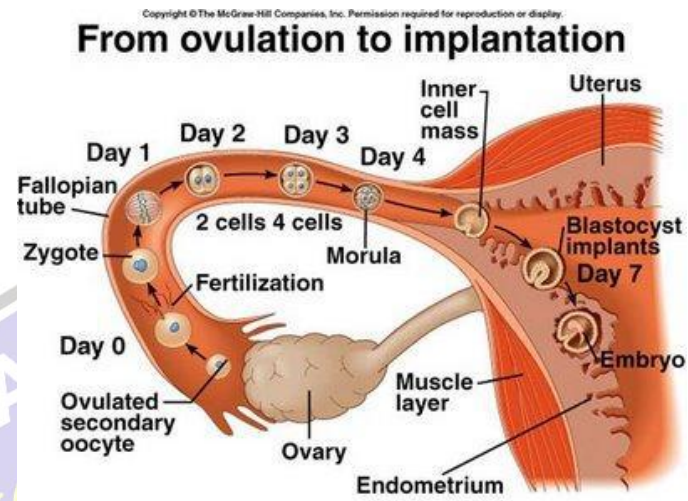
Pembuahan adalah suatu peristiwa penyatuan sel mani dengan sel telur di tuba uterina. Hanya satu sperma yang telah mengalami proses kapitasi yang dapat melintasi zona pelusida dan masuk ke vitelus ovum. Setelah itu, zona pelusida mengalami perubahan sehingga tidak dapat dilalui oleh sperma lain. Proses tersebut diikuti oleh penyatuan kedua pronuklei yang disebut zigot, yang terdiri atas acuan genetic dari wanita dan pria. Pembuahan mungkin akan menghasilkan zigot XX menurunkan bayi perempuan dan zigot XY menurunkan bayi laki-laki. Dalam beberapa jam setelah pembuahan, mulailah pembelahan zigot yang terjadi selama 3 hari sampai stadium morula. Hasil konsepsi ini tetap digerakkan ke arah rongga rahim oleh arus dan getaran rambut getar (silia) serta kontraksi tuba. Hasil konsepsi tuba dalam kavum uteri ada tingkat blastula (Mochtar, 2015).

4. Nidasi/Implantasi

Nidasi atau implantasi adalah penanaman sel telur yang sudah dibuahi (pada stadium blastokista) ke dalam dinding uterus pada awal kehamilan. Biasanya terjadi pada pars superior korpus uteri bagian anterior atau posterior. Pada saat implantasi, selaput lendir rahim sedang berada pada fase sekretorik (2-3 hari setelah ovulasi). Pada saat ini, kelenjar rahim dan pembuluh nadi menjadi berkelok-kelok. Jaringan ini mengandung banyak cairan.

Proses nidasi yaitu blastokista tingkat lanjut diselubungi oleh suatu simpai disebut trofoblas yang mampu menghancurkan dan mencairkan jaringan. Ketika blastokista mencapai rongga rahim, jaringan endometrium berada dalam masa sekresi. Jaringan endometrium ini banyak mengandung sel-sel desidua yaitu sel-sel besar yang banyak mengandung glikogen, serta mudah dihancurkan oleh trofoblas. Blastula dengan bagian yang berisi massa sel dalam (*inner cell mass*) akan mudah masuk ke dalam desidua, menyebabkan luka kecil yang kemudian sembuh dan menutup lagi. Itulah sebabnya, terkadang saat nidasi terjadi sedikit perdarahan akibat luka desidua (Tanda Hartman). Umumnya nidasi terjadi pada dinding depan atau

belakang rahim (korpus) dekat fundus uteri (Hani dkk, 2010).



Gambar 2.1
Proses Implantasi
Sumber : Yongki dkk, 2012.

C. Tanda-Tanda Kehamilan

Untuk dapat menegakkan kehamilan ditetapkan dengan melakukan penilaian terhadap beberapa tanda dan gejala kehamilan (Marjati, 2011).

1. Tanda Dugaan Kehamilan

a) *Amenorea* (berhentinya menstruasi)

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

persalinan. Tetapi, amenorhea juga dapat disebabkan oleh penyakit kronik tertentu, tumor pituitari, perubahan dan faktor lingkungan, malnutrisi dan biasanya gangguan emosional seperti ketakutan akan kehamilan (Walyani, 2015).

b) Mual (*nausea*) dan muntah (*emesis*)

Biasanya terjadi pada bulan pertama kehamilan hingga akhir triwulan pertama, sering terjadi di pagi hari sehingga disebut morning sickness, bila mual dan muntah berlebihan atau terlalu sering disebut hyperemesis gravidarum (Putranti dkk, 2018).

c) Ngidam (menginginkan makanan tertentu)

Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam. Ngidam sering terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan dan akan menghilang dengan tuanya kehamilan (Walyani, 2015).

d) *Syncope* (pingsan)

Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf dan menimbulkan syncope atau pingsan. Hal ini sering terjadi terutama jika berada pada tempat yang ramai,

biasanya akan hilang setelah 16 minggu (Walyani, 2015).

e) Tidak ada selera makan (anoreksia) terutama pada triwulan pertama (Putranti, dkk. 2018).

f) Kelelahan

Sering terjadi pada trimester pertama, akibat dari penurunan kecepatan basal metabolisme (basal metabolisme rate –BMR) pada kehamilan yang akan meningkat seiring pertambahan usia kehamilan akibat aktivitas metabolisme hasil konsepsi (Walyani, 2015).

g) Payudara tegang

Estrogen meningkatkan perkembangan sistem duktus pada payudara, sedangkan progesteron menstimulasi perkembangan sistem alveolar payudara. Bersama somatomotropin, hormon-hormon ini menimbulkan pembesaran payudara, menimbulkan perasaan tegang dan nyeri selama dua bulan pertama kehamilan, pelebaran puting susu, serta pengeluaran kolostrum (Walyani, 2015).

h) Sering miksi

Desakan rahim kedepan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi. Frekuensi miksi yang sering, terjadi pada triwulan pertama akibat

desakan uterus ke kandung kemih. Pada triwulan kedua umumnya keluhan ini akan berkurang karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul. Pada akhir triwulan, gejala bisa timbul karena janin mulai masuk kerongga panggul dan menekan kembali kandung kemih (Walyani, 2015).

i) Konstipasi atau obstipasi

Pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltik usus (tonus otot menurun) sehingga kesulitan untuk BAB kemih (Walyani, 2015).

j) Pigmentasi kulit

Karena pengaruh hormone kortikosteroid plasenta cloasma gravidarum, areolla mammae yang melebar dan menghitam, leher ada hiperpigmentasi (Putranti, dkk. 2018).

k) Epulis

Hipertrofi papila ginggivae/gusi, sering terjadi pada triwulan pertama (Walyani, 2015).

l) Varises

Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pelebaran pembuluh darah terutama bagi wanita yang mempunyai bakat. Varises dapat terjadi disekitar genetalia eksterna, kaki dan betis, serta payudara.

Penampakan pembuluh darah ini dapat hilang setelah persalinan (Walyani, 2015).

2. Tanda Kemungkinan (Probability sign)

Tanda kemungkinan adalah perubahan-perubahan fisiologis yang dapat diketahui oleh pemeriksa dengan melakukan pemeriksaan fisik kepada wanita hamil. Tanda kemungkinan kehamilan ini terdiri atas hal-hal berikut ini

:

a) Pembesaran perut

Terjadi akibat pembesaran uterus. Hal ini terjadi pada bulan keempat kehamilan (Walyani, 2015).

b) Tanda hegar

Ditemukan pada kehamilan 60 hari-12 minggu, yaitu adanya uterus segmen bawah rahim yang lebih lunak dari bagian lain (Putranti, dkk. 2018).

c) Tanda goodell

Adalah pelunakan serviks. Pada wanita yang tidak hamil serviks seperti ujung hidung, sedangkan pada wanita hamil melunak seperti bibir (Walyani, 2011).

d) Tanda chadwick

Perubahan warna menjadi keunguan pada vulva dan mukosa vagina termasuk juga porsio dan serviks (Walyani, 2015).

e) Tanda pascaseck

Yaitu adanya tempat kosong pada rongga uterus karena embrio biasanya terletak disebelah atas, dengan bimanual akan terasa benjolan yang asimetris (Putranti, dkk. 2018).

f) Kontraksi braxton hicks

Merupakan peregangan sel-sel otot uterus, akan meningkatnya actomysin di dalam otot uterus. Kontraksi ini tidak bermitrik, sporadis, tidak nyeri, biasanya timbul pada kehamilan delapan minggu, tetapi baru dapat diamati dari pemeriksaan abdominal pada trimester ketiga. Kontraksi ini akan terus meningkat frekuensinya, lamanya dan kekuatannya sampai mendekati persalinan (Walyani, 2015).

g) Teraba ballotement

Ketukan yang mendadak pada uterus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dapat dirasakan oleh tangan pemeriksa. Hal ini harus ada pada pemeriksaan kehamilan karena perabaaan bagian seperti bentuk janin saja tidak cukup karena dapat saja merupakan myoma uteri (Walyani, 2015).

h) Pemeriksaan tes biologis (plano test) positif

Pemeriksaan ini adalah untuk mendeteksi adanya human chorionicgonadotropin (HCG) yang diproduksi oleh sinsiotropoblastik sel selama kehamilan. Hormon disekresi ini peredaran darah ibu (pada plasma darah), dan diekskresi pada urine ibu. Hormon ini dapat mulai dideteksi pada 26 hari setelah konsepsi dan meningkat dengan cepat pada hari ke-30-60. Tingkat tertinggi pada hari 60-70 usia gestasi, kemudian menurun pada hari ke 100-130 (Walyani, 2015).

3. Tanda Pasti (positive sign)

Tanda pasti adalah tanda yang menunjukkan langsung keberadaan janin, yang dapat dilihat langsung oleh pemeriksa. Tanda pasti kehamilan terdiri atas hal-hal berikut ini

a) Gerakan janin dalam rahim

Gerakan janin ini harus dapat diraba dengan jelas oleh pemeriksa. Gerakan janin baru dapat dirasakan pada usia kehamilan sekitar 20 minggu (Walyani, 2015).

b) Denyut jantung janin

Dapat di dengar dengan pada usia 12 minggu dengan menggunakan alat fetal electrocardiograph (misalnya

dopler). Dengan stethoscope laenec, DJJ baru dapat didengar pada usia kehamilan 18-20 minggu (Walyani, 2015).

c) Terlihat tulang-tulang janin dalam foto rontgen (Putranti, dkk. 2018).

d) Bagian bagian janin

Bagian bagian janin yaitu bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin (lengan dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada usia kehamilan lebih tua (trimester terakhir) (Walyani, 2015).

D. Pertumbuhan dan Perkembangan Hasil Konsepsi

Pertumbuhan dan perkembangan janin adalah sebagai berikut :

1. Minggu 0

Sperma membuahi ovum yang kemudian membagi dan masuk ke dalam uterus menempel sekitar hari ke-11 (Walyani, 2015).

2. Minggu ke-4

Dari diskus embrionik, bagian tubuh pertama muncul yang kemudian akan menjadi tulang belakang, otak dan syaraf tulang belakang, jantung, sirkulasi darah dan saluran pencernaan terbentuk. Embrio kurang dari 0,64 cm (Walyani, 2015).

3. Minggu ke 8

Pembentukan organ dan penampilan semakin bertambah jelas, seperti mulut, mata dan kaki. Pembentukan anus dan pembentukan genitalia, jantung mulai memompa darah (Sulistyawati, 2009).

4. Minggu ke-12

Panjang tubuh kira-kira 9 cm, berat 14 gram, sirkulasi fetal telah berfungsi secara penuh; traktus renalis mulai berfungsi; terdapat refleks menghisap dan menelan; genitalia externa telah tampak dan dapat ditetapkan jenis kelaminnya (Hani, dkk. 2010).

5. Minggu ke-16

Sistem muskuluskeletal sudah matang. Sistem syaraf mulai melaksanakan kontrol. Pembuluh darah berkembang dengan cepat. Tangan janin dapat menggenggam. Kaki menendang dengan aktif. Semua organ mulai matang dan tumbuh. Berat janin sekitar 0,2 kg. Denyut jantung janin dapat didengar dengan doppler. Pankreas memproduksi insulin (Walyani, 2015).

6. Minggu ke-24

Kulit sangat berkeriput karena terlalu sedikit lemak subkutan; lanugo menjadi lebih gelap dan vernik caseosa meningkat. Dari minggu ke-24 dan seterusnya, fetus akan

menyepak dalam merespons rangsangan (stimulus), misalnya bising yang keras dari luar. Bayi tampak tenang apabila mendengarkan musik yang tenang dan merdu (Hani, 2010).

7. Minggu ke-28

Janin dapat bernapas, menelan, dan mengatur suhu. Surfaktan terbentuk di dalam paru-paru, mata mulai membuka dan menutup. Ukuran janin $\frac{2}{3}$ saat lahir (Sulistyawati, 2009).

8. Minggu ke-32

Simpanan lemak coklat berkembang di bawah kulit untuk persiapan pemisahan bayi setelah lahir. Bayi sudah tumbuh 38-43 cm. Mulai menyimpan zat besi, kalsium dan fosfor (Walyani, 2015)

9. Minggu ke- 36

Lanugo sebagian besar telah terkelupas, tetapi kulit masih tertutup verniks kaseosa; testis fetus laki-laki terdapat didalam skrotum pada minggu ke-36; ovarium perempuan masih berada di sekitar kavita pelvis; kuku jari tangan dan kaki mencapai ujung jari; umbilikus sekarang terletak lebih di pusat abdomen (Hani, 2010).

10. Minggu ke-40

Penulangan (osifikasi) tulang tengkorak masih belum sempurna, tetapi keadaan ini merupakan keuntungan dan memudahkan lewatnya fetus melalui jalan lahir; sekarang terdapat cukup jaringan lemak subkutan dan fetus mendapatkan tambahan berat badan hampir 1 kg pada minggu tersebut (Hani, 2010).



Gambar 2.2
Pertumbuhan dan Perkembangan Janin
Sumber : Manuaba, 2010

E. Perubahan Fisiologis Kehamilan

Perubahan fisiologis pada saat kehamilan adalah sebagai berikut :

1. Sistem Reproduksi

a) Uterus

- 1) Ukuran : pada kehamilan cukup bulan, ukuran uterus adalah 30x25x20 cm dengan kapasitas

lebih dari 4.000 cc. Hal ini memungkinkan bagi adekuatnya akomodasi pertumbuhan janin. Pada saat ini rahim membesar akibat hipertrofi dan hiperplasi otot rahim, serabut-serabut kolagennya menjadi higroskopik dan endometrium menjadi desidua (Sulistyawati, 2009).

Tabel 1.1
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).

2) Berat. Berat uterus naik secara luar biasa, dari 30 gram menjadi 1000 gram pada akhir bulan (Sulistyawati, 2009).

3) Posisi rahim dalam kehamilan, pada permulaan kehamilan, dalam posisi antefleksi atau retrofleksi. Pada 4 bulan kehamilan, rahim tetap berada dalam rongga pelvis. Setelah itu, mulai

memasuki rongga perut yang dalam pembesarannya dapat mencapai batas hati. Pada ibu hamil, rahim biasanya mobile, lebih mengisi rongga abdomen kanan atau kiri (Sulistyawati, 2009).

4) Vaskularisasi. Arteri uterine dan ovarika bertambah dalam diameter, panjang dan anak-anak cabangnya, pembuluh darah vena mengembang dan bertambah (Sulistyawati, 2009).

5) Serviks uteri. Bertambahnya vaskularisasinya dan menjadi lunak, kondisi ini yang disebut dengan tanda Goodell. Kelenjar endoservikal membesar dan mengeluarkan banyak cairan mukus. Oleh karena pertambahan dan pelebaran pembuluh darah, warnanya menjadi livid dan ini disebut dengan tanda Chadwick (Sulistyawati, 2009).

b) Ovarium

Ovulasi terhenti. Masih terdapat korpus luteum graviditas sampai terbentuknya uri yang mengambil alih pengeluaran estrogen dan progesterone (Putranti, 2018).

c) Vagina dan vulva

Oleh karena pengaruh estrogen, terjadi hipervaskularisasi pada vagina dan vulva, sehingga pada bagian tersebut terlihat lebih merah atau kebiruan, kondisi ini disebut dengan tanda Chadwick (Sulistyawati, 2009).

2. Sistem Pencernaan

Rahim yang semakin membesar akan menekan rektum dan usus bagian bawah, sehingga terjadi sembelit atau konstipasi. Sembelit semakin berat karena gerakan otot di dalam usus diperlambat oleh tingginya kadar progesterone.

Wanita hamil sering mengalami rasa panas di dada (*heartburn*) dan sendawa, yang kemungkinan terjadi karena makanan lebih lama berada di dalam lambung dan karena relaksasi sfingter di kerongkongan bagian bawah yang memungkinkan isi lambung mengalir kembali ke kerongkongan (Sulistyawati, 2009).

3. Sistem Kardiovaskular

Selama kehamilan, jumlah darah yang dipompa oleh jantung setiap menitnya atau biasa disebut sebagai curah jantung (*cardiac output*) meningkat sampai 30-50%. Peningkatan ini mulai terjadi pada usia kehamilan 6

minggu dan mencapai puncaknya pada usia kehamilan 16-28 minggu. Oleh karena curah jantung yang meningkat, maka denyut jantung pada saat istirahat juga meningkat (dalam keadaan normal 70 kali/menit menjadi 80-90 kali/menit).

Peningkatan curah jantung selama kehamilan kemungkinan terjadi karena adanya perubahan dalam aliran darah ke rahim. Janin yang terus tumbuh, menyebabkan darah lebih banyak dikirim ke rahim ibu. Pada akhir usia kehamilan, rahim menerima seperlima dari seluruh darah ibu.

Selama trimester kedua biasanya tekanan darah menurun tetapi akan kembali normal pada trimester ketiga. Selama kehamilan, volume darah dalam peredaran meningkat sampai 50%, tetapi jumlah sel darah merah yang mengangkut oksigen hanya meningkat sebesar 25-30%.

Untuk alasan yang belum jelas, jumlah sel darah putih (yang berfungsi melindungi tubuh terhadap infeksi) agak meningkat selama kehamilan, saat persalinan dan beberapa hari setelah persalinan. Protein darah (gambaran protein dalam serum) berubah. Jumlah protein, albumin dan gamaglobulin menurun pada trimester I dan

meningkat bertahap sampai akhir kehamilan. Etaglobulin dan fibrinogen terus meningkat (Sulistyawati, 2009).

4. Sistem Urinaria

Selama kehamilan ginjal bekerja lebih berat. Ginjal menyaring darah yang volumenya meningkat (sampai 30-50% atau lebih), yang puncaknya terjadi pada usia kehamilan 16-24 minggu sampai sesaat sebelum persalinan (pada saat ini aliran darah ke ginjal berkurang akibat penekanan rahim yang membesar). Dalam keadaan normal, aktivitas ginjal meningkat ketika berbaring dan menurun ketika berdiri. Keadaan ini semakin menguat pada saat kehamilan, karena itu wanita hamil sering merasa ingin berkemih ketika mereka mencoba untuk berbaring/tidur.

Pada akhir kehamilan, peningkatan aktivitas ginjal yang lebih besar terjadi saat wanita hamil yang tidur miring. Tidur miring mengurangi tekanan dari rahim pada vena yang membawa darah dari tungkai sehingga terjadi perbaikan aliran darah yang selanjutnya akan meningkatkan aktivitas ginjal dan curah jantung (Sulistyawati, 2009).

5. Kulit

Topeng kehamilan (*cloasma gravidarum*) adalah bintik-bintik pigmen kecoklatan yang tampak di kulit kening dan pipi. Peningkatan pigmentasi juga terjadi di sekeliling puting susu, sedangkan di perut bawah bagian tengah biasanya tampak garis gelap, yaitu *spider angioma* (pembuluh darah kecil yang memberi gambaran seperti laba-laba) bisa muncul di kulit dan biasanya di atas pinggang. Pelebaran pembuluh darah kecil yang berdinding tipis sering kali tampak di tungkai bawah.

Pembesaran rahim menimbulkan peregangan dan menyebabkan robeknya serabut elastis di bawah kulit, sehingga menimbulkan *striae gravidarum/striae lividae*. Bila terjadi peregangan yang hebat, misalnya pada hidramnion dan gameli dapat terjadi diastatis rekti bahan hernia. Kulit perut pada *linea alba* bertambah pigmentasinya dan disebut sebagai *linea nigra*. Adanya vasodilatasi kulit menyebabkan ibu mudah berkeringat (Sulistyawati, 2009).

6. Sistem Pernafasan

Ruang abdomen yang membesar oleh karena peningkatan ruang rahim dan pembentukan hormon progesteron menyebabkan paru-paru berfungsi sedikit berbeda dari

biasanya. Wanita hamil bernapas lebih cepat dan lebih lebih dalam karena memerlukan lebih banyak oksigen untuk janin dan untuk dirinya. Lingkar dada wanita hamil agak membesar. Lapisan saluran pernapasan menerima lebih banyak darah dan menjadi agak tersumbat oleh penumpukan darah (kongesti). Kadang hidung dan tenggorokan mengalami penyumbatan parsial akibat kongesti ini. Tekanan dan kualitas suara wanita hamil agak berubah (Sulistyawati, 2009).

7. Payudara (Mammae)

Selama kehamilan, payudara bertambah besar tegang dan berat. Dapat teraba noduli-noduli akibat hipertrofi kelenjar alveoli, bayangan vena-vena lebih membiru. Hiperpigmentasi terjadi pada puting susu dan aerolla payudara. Ketika diperas akan keluar air susu jolong (kolostrum) yang berwarna kuning (Mochtar, 2015).

F. Perubahan Psikologi Kehamilan

1. Trimester 1 (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 menyakinkan 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 mungkin dirahaskan.
- f) Hasrat untuk melakukan hubungan seks beda-beda pada setiap wanita, tetapi kebanyakan akan mengalami penurunan (Putranti, 2018).

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) Merasa 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 aktifitasnya terfokus pada kehamilan, kelahiran dan persiapan untuk peran baru (Sulistyawati, 2009).

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 bayi akan 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 (Putranti, 2018).

G. Hormon-Hormon Dalam Kehamilan

Menurut Saryono (2010) hormon adalah zat kimia (biasa disebut bahan kimia pembawa pesan) yang secara langsung dikeluarkan ke dalam aliran darah oleh kelenjar-kelenjar dan

pada kehamilan hormon membawa berbagai perubahan, terpusat pada berbagai bagian tubuh wanita.

Hormon yang paling berkaitan dengan kehamilan adalah :

Perubahan perubahan hormonal selama kehamilan (trimester I sampai trimester III)

1. Estrogen

Produksi estrogen plasenta terus naik selama kehamilan dan pada akhir kehamilan

2. Progesterone

Produksi hormon progesteron bahkan lebih banyak dibandingkan estrogen, pada akhir kehamilan produksinya kira-kira 250mg/hari

3. Human Chorionic Gonadotropin (HCG)

Puncak sekresinya terjadi kurang lebih 60 hari setelah konsepsi, fungsinya adalah untuk mempertahankan korpus luteum

4. Human Placenta Lactogen (HPL)

Hormon ini diproduksi terus naik dan pada saat aterm mencapai 2 gram/hari. Ia bersifat diabetogenik, sehingga kebutuhan insulin wanita hamil naik.

5. Pituitary Gonadotropin

FSH dan LH berada dalam keadaan sangat rendah selama kehamilan karena ditekan oleh estrogen dan progesteron plasenta

6. Prolaktin

Produksinya terus meningkat, sebagai akibat kenaikan sekresi estrogen. Sekresi air susu sendiri dihambat oleh estrogen di tingkat target estrogen

7. Growth Hormone

Produksinya sangat rendah karena mungkin ditekan oleh HPL

8. TSH, ACTH dan MSH

Hormon-hormon ini tidak banyak dipengaruhi oleh kehamilan

9. Titoksin

Kelenjar thyroid mengalami hipertrofi dan produksi t₄ meningkat

10. Aldosteron, Renin dan Angiotensin

Hormon ini naik, yang menyebabkan naiknya volume intravaskuler

11. Insulin

Produksi insulin meningkat sebagai akibat estrogen, progesteron dan HPL

12. Parathormon

Hormon ini relatif tidak dipengaruhi oleh kehamilan

H. Deteksi Dini Terhadap Komplikasi Ibu dan Janin

Adapun komplikasi ibu dan janin yang mungkin terjadi pada masa kehamilan muda dan pada masa kehamilan lanjut, adalah sebagai berikut :

1. Kehamilan Muda

a) Perdarahan per vaginam

Perdarahan pervaginam pada hamil muda dapat disebabkan oleh abortus, kehamilan ektopik atau mola hidatidosa (Walyani, 2015).

b) Hipertensi gravidarum

Hipertensi yang menetap oleh sebab apapun, yang sudah ditemukan pada umur kehamilan kurang dari 20 minggu, atau hipertensi yang menetap setelah 6 minggu pasca persalinan (Walyani, 2015).

c) Nyeri perut bagian bawah

Nyeri perut pada kehamilan 22 minggu atau kurang.

Hal ini mungkin gejala utama kehamilan ektopik atau abortus (Walyani, 2015).

2. Kehamilan Lanjut

- a) Perdarahan per Vagina
- b) Sakit kepala yang hebat
- c) Penglihatan kabur
- d) Bengkak di wajah dan jari-jari tangan
- e) Keluar cairan per Vagina
- f) Gerakan janin tidak terasa
- g) Nyeri perut yang hebat (Sulistyawati, 2012).

I. Kebutuhan Dasar Kehamilan

Kebutuhan dasar selama kehamilan, meliputi :

1. Nutrisi

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

a) Kalori (energi)

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 (Mandriwati, 2014).

b) Protein

Tersedianya protein dalam tubuh berfungsi sebagai berikut :

- 1) Sebagai zat pembangun bagi pertumbuhan dan pemeliharaan jaringan
- 2) Sebagai pengatur kelangsungan 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 g per hari.

Dianjurkan mengkonsumsi protein 3 porsi setiap hari (1 porsi protein= 2 butir telur atau 200 g

daging/ian). Selain itu, protein juga didapat dari tumbuh-tumbuhan, seperti kacang –kacangan, biji-

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 (Mandriwati, 2014).

c) Asam Folat

Asam folat merupakan vitamin B yang memegang peranan penting dalam perkembangan embrio. Asam folat diperlukan dalam tubuh untuk membentuk tendon yang menjadi komponen DNA. Selain itu, asam folat juga meningkatkan eritropoiesis (produksi sel darah merah).

Asam folat membantu mencegah neural tube defect, yaitu cacat pada otak dan tulang belakang. Kekurangan asam folat juga dapat menyebabkan kelahiran tidak cukup bulan (prematuur), bayi berat lahir rendah (BBLR), dan pertumbuhan janin yang kurang optimal.

Konsumsi 400 mikrogram folat disarankan untuk ibu hamil. 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 kekurangan zat besi dan vitamin B12 (Mandriwati, 2014).

d) Zat Besi

Unsur zat besi tersedia dalam tubuh dari sayuran, daging, dan ikan yang di konsumsi setiap hari. Meskipun demikian, mineral besinya tidak mudah diserap kedalam darah. Jumlah zat besi yang dibutuhkan untuk kehamilan tunggal normal adalah sekitar 1000 mg, 350 mg untuk pertumbuhan janin dan plasenta, 450 mg untuk peningkatan massa sel darah merah ibu, 240 mg untuk kehilangan basal. Tambahan zat besi dalam bentuk gram ferrous dengan dosis 30 mg per hari, biasanya dimulai sejak kunjungan prenatal pertama guna mempertahankan cadangan ibu dalam memenuhi kebutuhan janin.

Tambahan zat besi sulfat dapat menyebabkan feses berwarna hitam ke abu-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 (Mandriwati, 2014).

e) 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. 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 (Mandriwati, 2014).

f) Kalsium

Janin mengonsumsi 250-300 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 1200 mg per hari. Kebutuhan 1200 mg/hari dapat dipenuhi dengan mudah, yaitu dengan mengonsumsi dua gelas susu atau 125 mg keju setiap hari. Satu gelas susu 240 mg 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, yogurt (Mandriwati, dkk. 2014).

g) 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 syaraf membutuhkan zat gizi berupa 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 E mencegah oksidasi vitamin A dalam saluran cerna sehingga lebih banyak terserap. 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 pendarahan intrakranial (Mandriwati, 2014).

h) 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 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 (Mandriwati, 2014).

2. Oksigen

Kebutuhan oksigen pada ibu hamil mengalami peningkatan, respon tubuh terhadap peningkatan metabolisme untuk menambah masa jaringan payudara, hasil konsepsi, dan masa uterus, peningkatan konsumsi oksigen sebesar 15-20% (Putranti dkk, 2018).

3. Personal Higiene

Personal hygiene pada ibu hamil adalah kebersihan yang dilakukan oleh ibu hamil untuk mengurangi kemungkinan infeksi, karena badan yang kotor yang banyak mengandung kuman-kuman. Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu

hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genitalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan. Kebersihan gigi dan mulut perlu mendapat perhatian karena seringkali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kurang kalsium. Rasa mual selama masa hamil dapat mengakibatkan perburukan higiene mulut dan dapat menimbulkan karies gigi (Kusmiati, 2008).

4. Pakaian

Pakaian yang dikenakan ibu hamil harus nyaman tanpa sabuk/pita yang menekan dibagian perut/pergelangan tangan, pakaian juga tidak baik terlalu ketat dileher, stoking tungkai yang sering digunakan oleh sebagian wanita tidak dianjurkan karena dapat menghambat sirkulasi darah. Pakaian wanita hamil harus ringan dan dapat menarik karena wanita hamil tubuhnya akan tambah menjadi besar. Sepatu harus pas, enak dan aman, sepatu bertumit tinggi dan berujung lancip tidak baik bagi kaki, khususnya pada saat kehamilan ketika stabilitas tubuh (Rukiyah, 2009).

5. Eliminasi

Pada trimester I frekuensi BAK meningkat karena kandung kencing tertekan oleh pembesaran uterus, BAB normal

konsistensi lunak. Pada trimester II frekuensi BAK normal kembali karena uterus telah keluar dari rongga panggul. Trimester III frekuensi BAK meningkat karena penurunan kepala ke PAP (pintu atas panggul), BAB sering obstipasi (sembelit) karena hormone progesterone meningkat.

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering buang air kemih. Konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormon progesteron yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya otot usus. Selain itu, desakan usus oleh pemebesaran janin juga menyebabkan bertambahnya konstipasi. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih, terutama ketika lambung dalam keadaan kosong. Meminum air putih hangat ketika perut dalam keadaan kosong dapat merangsang gerak peristaltik usus. Jika ibu sudah mengalami dorongan, maka segeralah untuk buang air besar agar tidak terjadi konstipasi (Walyani, 2015).

6. Seksual

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

- a) Sering abortus dan kelainan premature

- b) Perdarahan pervaginam
- c) Coitus harus dilakukan dengan hati-hati terutama pada minggu terakhir kehamilan
- d) Bila ketuban sudah pecah, coitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin intrauteri

Bila dalam anamnesis ada abortus sebelum kehamilan yang sekarang, sebaiknya coitus ditunda sampai kehamilan 16 minggu. Pada waktu itu plasenta sudah terbentuk, serta kemungkinan abortus menjadi lebih kecil.

Pada umumnya coitus diperbolehkan pada masa kehamilan jika dilakukan dengan hati-hati. Pada akhir kehamilan, jika kepala sudah masuk kedalam rongga panggul, coitus sebaiknya dihentikan karena dapat menimbulkan perasaan sakit dan pendarahan.

Sebagian perempuan takut melakukan hubungan seksual saat hamil. Beberapa merasa gairah seksualnya menurun karena tubuh mereka melakukan banyak penyesuaian terhadap bentuk kehidupan baru yang berkembang di dalam rahim mereka. Sementara disaat yang sama, gairah yang timbul ternyata meningkat. Ini bukan kelainan seksual. Memang ada masanya ketika

ibu hamil mengalami peningkatan gairah seksual (Walyani, 2015).

J. Masalah Selama Kehamilan

Masalah selama kehamilan meliputi :

a) Mual dan Muntah

Mual dan muntah biasanya dirasakan pada kehamilan dini.

Disebabkan oleh respon terhadap hormone dan merupakan pengaruh Fisiologis.

Untuk penatalaksanaan khusus bisa dengan diet, namun jika *Domitus Uterus* terjadi maka obat-obat antimrtik dapat diberikan. Untuk usahanya berikan nasihat tentang gizi, makan sedikit tapi sering, makan makanan padat bangkit dan berbaring, segera melaporkannya jika gejala vomitus menetap atau bertambah parah, serta mengingatkan pasien bahwa obat antivomitus dapat membuatnya mengantuk (Rahayu, 2017).

b) Pusing/Sakit Kepala

Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala hebat, yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang, dengan sakit kepala yang hebat tersebut, ibu kadang disertai penglihatan yang kabur dan berbayang yang merupakan gejala dari pre-eklamsia (Rahayu, 2017).

c) Sekret Berlebihan

Merupakan hal yang fisiologis (karena pengaruh estrogen), atau karena kandidiasis (sering), glukosuria, infeksi, trikomonas, gonorhea. Mencoba untuk menentramkan perasaan pasien dengan menyingkirkan kemungkinan infeksi, (atau mengobatinya). Beri nasihat dengan menjelaskan bahwa peningkatan secret vagina merupakan kejadian fisiologis, anjurkan untuk memperhatikan higiene dengan gunakan celana dalam yang terbuat dari bahan katun tipis atau menghindari celana jeans yang ketat dan pakaian dalam yang sintetis yang akan meningkatkan kelembaban serta iritasi kulit, jangan menggunakan sabun dan basuh dari depan kebelakang serta keringkan dengan handuk atau tisu bersih serta penanganan pruritus (Rahayu, 2017).

d) Sering Buang Air Kecil

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

sebelum tidur, menghindari minum-minuman yang mengandung kafein, jangan mengurangi kebutuhan air minum (minimal 8 gelas per hari) perbanyak di siang hari, dan lakukan senam kegel (Rahayu, 2017).

e) Pergerakan Janin

Ibu mulai merasakan gerakan bayinya pada bulan ke-5 atau ke-6, beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak minimal 3 kali dalam periode 3 jam. Gerakan bayi dan minum dengan baik (Rahayu, 2017).

f) Pegal-Pegal

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

keuntungan menggunakan korset khusus bagi ibu hamil, tidur pada kasur tipis yang dibawahnya ditaruh papan jika di perlukan (Rahayu, 2017).

g) Kaki Bengkak

Dikarenakan adanya perubahan hormonal yang menyebabkan retensi cairan. Yang harus dilakukan adalah dengan segera berkonsultasi dengan dokter jika bengkak yang dialami pada kelopak mata, wajah dan jari yang disertai tekanan darah tinggi, sakit kepala, pandangan mata kabur (tanda pre-eklamsia). Kurangi asupan makanan yang mengandung garam, hindari duduk dengan kaki bersilang, gunakan bangku kecil untuk menopang kaki ketika duduk, memutar pergelangan kaki juga perlu dilakukan (Rahayu, 2017).

h) Nyeri Perut Bawah

Umumnya dirasakan ketika kehamilan lanjut. Disebabkan oleh progesterone dan relaksin (yang melunakan jaringan ikat) dan postur tubuh yang berubah serta peningkatan beban berat badan yang dibawa dalam rahim. Yang harus dilakukan adalah dengan menyingkirkan kemungkinan penyebab serius, fisioterapi, pemanasan pada bagian yang sakit, analgesia dan istirahat. Berikan nasihat untuk memperhatikan postur tubuh (jangan terlalu sering

membungkuk dan berdiri serta berjalan punggung dan bahu yang tegak, menggunakan sepatu tumit rendah, hindari mengangkat benda berat, memberitahu cara-cara untuk mengistirahatkan otot punggung, menjelaskan keuntungan untuk mengenakan korset khusus bagi ibu hamil, tidur pada kasur tipis yang dibawahnya ditaruh papan jika diperlukan).

i) Konstipasi

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

K. Tanda Bahaya Dalam Kehamilan

1. Perdarahan Pervaginam

Perdarahan pada kehamilan setelah 22 minggu sampai sebelum bayi dilahirkan dinamakan perdarahan inpartum sebelum kelahiran. Perdarahan akhir kehamilan, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang-kadang, tetapi tidak selalu, disertai dengan rasa

nyeri. Perdarahan seperti ini bisa berarti plasenta previa atau abrupsio plasenta (Hani dkk, 2011).

Tabel 1.2
Tanda Bahaya Kehamilan

Gejala dan Tanda Utama	Faktor Predisposisi	Penyulit Lain	Diagnosis
1) Perdarahan tanpa nyeri, usia gestasi > 22 minggu 2) Darah segar/kehitaman dengan bekuan 3) Perdarahan dapat terjadi setelah miksi atau defekasi, aktivitas fisik, kontraksi Braxton Hicks, atau koitus	1) Grande Multipara	1) Syok 2) Perdarahan setelah koitus 3) Tidak ada kontraksi uterus 4) Bagian terendah janin tidak masuk PAP 5) Kondisi janin normal atau terjadi gawat janin	Plasenta Previa
1) Perdarahan dengan nyeri intermitten atau menetap 2) Warna darah kehitaman dan cair, tetapi mungkin ada bekuan jika solusio relative baru. 3) Jika ostium terbuka, terjadi perdarahan berwarna merah segar.	1) Hipertensi 2) Versi luar 3) Trauma abdomen 4) Polihidramnion 5) Gemelli 6) Defisiensi dizi	1) Syok yang sesuai dengan jumlah darah yang keluar (tipe tersembunyi) 2) Anemia berat 3) Melemah atau hilangnya gerakan janin 4) Gawat janin/Hilangnya DJJ 5) Uterus tegang dan nyeri	Solusio Plasenta
1) Perdarahan intraabdominal	1) Riwayat SC	1) Syok atau takikardia	Ruptura

<p>dan atau vaginal</p> <p>2) Nyeri hebat sebelum perdarahan dan syok, yang kemungkinan hilang setelah terjadi regangan hebat pada perut bawah (kondisi ini tidak khas)</p>	<p>2) Partus lama atau kasep (lewat waktunya)</p> <p>3) Disporpsi kepala/fetopelvis</p> <p>4) Kelainan letak/presentasi</p> <p>5) Persalinan traumatis</p>	<p>2) Adanya cairan bebas intraabdominal</p> <p>3) Hilangnya gerak janin dan DJJ</p> <p>4) Bentuk uterus abnormal atau konturnya tidak jelas</p> <p>5) Nyeri raba/tekan dinding perut dan bagian-bagian janin muda dipalpasi</p>	Uteri
<p>1) Perdarahan berwarna merah</p> <p>2) Uji pembekuan darah tidak menunjukkan adanya bekuan darah setelah tujuh menit</p> <p>3) Rendahnya factor pembekuan darah, fibrogen, trombosit, fregmentasi sel darah merah</p>	<p>1) Solusio plasenta</p> <p>2) Janin mati dalam rahim</p> <p>3) Eklamsia</p> <p>4) Emboli air ketuban</p>	<p>1) Perdarahan gusi</p> <p>2) Gambaran memar bawah kulit</p> <p>3) Perdarahan dari tempat suntikan dan jarum infuse</p>	Gangguan pembekuan darah

Sumber : Hanidkk, 2011.

2. Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala selama kehamilan adalah umum, dan seringkali merupakan masalah yang normal dalam kehamilan.

Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang mentap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut ibu mungkin mengalami penglihatan yang kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre-eklamsia (Hani, 2011).

3. Penglihatan kabur

Karena pengaruh hormonal dalam kehamilan, ketajaman visual ibu dapat berubah. Perubahan yang kecil adalah normal. Masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual mendadak, misalnya pandangan kabur atau berbayang dan berbintik-bintik. Perubahan visual mungkin disertai dengan sakit kepala yang hebat. Perubahan visual mendadak mungkin merupakan suatu tanda pre-eklamsia (Hani, 2011).

4. Nyeri abdomen yang hebat

Nyeri abdomen yang tidak berhubungan dengan persalinan normal adalah tidak normal. Nyeri abdomen yang mungkin menunjukkan masalah yang mengancam keselamatan jiwa adalah yang hebat, menetap, dan tidak hilang setelah beristirahat. Hal ini bisa berarti apendistis,

kehamilan ektopik, penyakit radang pelvis, persalinan preterm, gastritis, penyakit kantong empedu, iritasi uterus, abrupsio plasenta, ISK, dan lain-lain (Hani, 2011).

5. Bengkak pada muka atau tangan

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

6. Gerakan Janin Tidak Terasa

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

L. Vaginal Toucher

Memasukkan tangan ke dalam jalan lahir ibu bersalin untuk memantau perkembangan proses persalinan atau lazim disebut VT (vaginal toucher atau vaginal tousse atau periksa dalam dan sejenisnya) bukanlah sesuatu yang mudah. Selain perlu pengetahuan, keterampilan, pengalaman, tetapi juga butuh perasaan. Karena jari pemeriksa masuk, maka jari itu tidak boleh dikeluarkan sebelum pemeriksaan dalam selesai.

1. Tujuan Vaginal Toucher

- a) Untuk menentukan apakah pasien sudah sungguh-sungguh in partu atau belum.
- b) Untuk menentukan keadaan yang menjadi tolak ukur dari rencana pimpinan persalinan.
- c) Untuk menentukan ramalan persalinan dengan lebih tepat.
- d) Pada saat inpartu digunakan untuk menilai apakah kemajuan proses persalinan sesuai dengan yang diharapkan.
- e) Sebagai bagian dalam menegakkan diagnosa kehamilan muda.

2. Indikasi Vaginal Toucher

- a) Indikasi vaginal toucher pada kasus kehamilan atau persalinan:

- 1) Ketuban pecah sedangkan bagian depan masih tinggi.

Kejadian ini mungkin menyebabkan tali pusat menumbung yang harus secepat-cepatnya didiagnosa, maka karena itu diperiksa dengan vaginal toucher (pemeriksaan dalam).

- 2) Kita mengharapkan pembukaan lengkap.

Pada keadaan ini kita melakukan pemeriksaan dalam untuk mengetahui apakah persalinan maju menurut rencana waktu dan kalau memang sudah terdapat pembukaan yang lengkap, pimpinan persalinan berubah misalnya pasien diizinkan dan dipimpin untuk mengejan.

- 3) Bila ada indikasi untuk menyelesaikan persalinan misalnya: Karena ibu kurang baik atau keadaan anak yang kurang baik. Untuk menentukan caranya menyelesaikan persalinan perlu melakukan pemeriksaan dalam terlebih dahulu.

- 4) Pada saat masuk kamar bersalin dilakukan untuk menentukan fase persalinan dan diagnosa letak janin.



5) Pada saat ketuban pecah digunakan untuk menentukan ada tidaknya prolapsus bagian kecil janin atau talipusat.

6) Pada primigravida dengan usia kehamilan lebih dari 37 minggu digunakan untuk melakukan evaluasi kapasitas panggul (pelvimetri klinik) dan menentukan apakah ada kelainan pada jalan lahir yang diperkirakan akan dapat mengganggu jalannya proses persalinan pervaginam.

b) Kontraindikasi : Perdarahan, Hymen intacte, Infeksi vagina, Perdarahan, Plasenta previa, Ketuban pecah dini, Persalinan preterm.

3. Teknik Melakukan Vaginal Toucher

a) Hal-hal yang harus diperhatikan sebelum melakukan periksa dalam :

1) Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, kemudian keringkan dengan handuk kering dan bersih.

2) Minta ibu untuk berkemih dan mencuci area genitalia (jika ibu belum melakukannya) dengan bersih.

3) Jelaskan pada ibu setiap langkah yang akan dilakukan selama pemeriksaan.



- 4) Anjurkan ibu untuk rileks.
 - 5) Pastikan privasi ibu terjaga selama pemeriksaan dilakukan.
- b) Langkah-langkah dalam melakukan pemeriksaan dalam :
- 1) Tutupi badan ibu dengan selimut.
 - 2) Minta ibu berbaring terlentang dengan lutut ditekuk dan paha dibentangkan (mungkin akan membantu jika ibu menempelkan kedua telapak kakinya satu sama lain).
 - 3) Gunakan sarung tangan DTT atau steril saat melakukan pemeriksaan.
 - 4) Gunakan kasa atau gulungan kapas DTT yang dicelupkan ke air DTT/larutan antiseptic. Basuh la.bia secara hati-hati, seka dari bagian depan ke belakang untuk menghindari kontaminasi feses (tinja).
 - 5) Periksa genitalia eksterna, perhatikan apakah ada luka atau massa (benjolan) termasuk kondilomata, varikosis vulva atau rectum, atau luka parut diperineum.



c) Melakukan penilaian terhadap :

- 1) Cairan vagina dan tentukan apakah ada bercak darah, perdarahan pervaginam atau mekonium.
- 2) Jika ada perdarahan pervaginam, jangan lakukan pemeriksaan dalam.
- 3) Bila ketuban sudah pecah, lihat warna dan bau air ketuban. Jika terlihat pewarnaan mekonium, nilai apakah kental atau encer dan periksa DJJ
- 4) Jika mekonium encer dan DJJ normal, teruskan memantau DJJ dengan seksama menurut petunjuk pada partograf.
- 5) Jika ada tanda-tanda akan terjadi gawat janin, lakukan rujukan segera.
- 6) Jika mekonium kental, nilai DJJ dan rujuk segera.
- 7) Jika tercium bau busuk, mungkin telah terjadi infeksi.
- 8) Dengan hati-hati pilahkan labium majus dengan jari manis dan ibu jari(gunakan tangan periksa).
- 9) Masukkan (hati-hati jari telunjuk yang diikuti oleh jari tengah.
- 10) Jangan mengeluarkan kedua jari tersebut sampai pemeriksaan selesai dilakukan.



- 11) Jika selaput ketuban belum pecah, jangan melakukan tindakan amniotomi (merobeknya). Alasannya amniotomi sebelum waktunya dapat meningkatkan risiko infeksi terhadap ibu dan bayi serta gawat janin.
- 12) Nilai vagina. Luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya.
- 13) Nilai portio uteri : konsistensi (lunak, kaku) dan posisi.
- 14) Nilai pembukaan dan penipisan serviks.
- 15) Pastikan tali pusat dan atau bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba pada saat melakukan periksa dalam. Jika teraba maka ikuti langkah-langkah gawat darurat dan segera rujuk.
- 16) Nilai penurunan bagian terbawah janin dan tentukan apakah bagian tersebut telah masuk ke dalam rongga panggul.
- 17) Jika bagian terbawah adalah kepala, pastikan penunjuknya (Ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar atau frontanel magna) dan celah (sutura) digitalis untuk menilai derajat penyusupan atau tumpang



tindih tulang kepala dan apakah ukuran kepala janin sesuai dengan ukuran jalan lahir.

18) Lakukan penilaian penurunan kepala terhadap bidang Hodge. Jika bagian terbawah janin adalah bokong, maka lakukan penilaian penurunan bokong sampai dengan SIAS.

19) Jika pemeriksaan terbawah sudah lengkap, keluarkan kedua jari pemeriksaan (hati-hati), celupkan sarung tangan kedalam larutan untuk dekontaminasi, lapaskan kedua sarung tangan tadi secara terbalik dan rendam dalam larutan dekontaminan selama 10 menit.

20) Cuci kedua tangan dan segera keringkan dengan handuk yang bersih dan kering.

21) Bantu ibu untuk mengambil posisi yang lebih nyaman.

22) Jelaskan hasil-hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarganya.

4. Komplikasi

Bahaya pemeriksaan dalam (Vaginal Toucher) :

- a) Dapat menyebabkan perdarahan yang hebat.
- b) Peningkatan risiko terjadinya infeksi.



- c) Menimbulkan his dan kemudian terjadilah partus prematurus.

M. Pelayanan ANC

1. Kunjungan I (16 minggu) dilakukan untuk :

- a) Penapisan dan pengobatan anemia,
- b) Perencanaan persalinan,
- c) Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya.

5. Kunjungan II (24-28 minggu) dan kunjungan III (32 minggu), dilakukan untuk :

- a) Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya,
- b) Penapisan preeklampsia, gemelli, infeksi alat reproduksi dan saluran perkemihan, MAP,
- c) Mengulang perencanaan persalinan.

6. Kunjungan IV (36 minggu sampai lahir)

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

N. Diagnosa Kehamilan

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

1. Pseudosiesis (hamil palsu atau kehamilan spuria)

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

2. Kistoma Ovarii

- a) Mungkin ada amenorea atau datang bulan terus berlangsung
- b) Perut penderita makin besar, tetapi tidak disertai tanda hamil dan uterusnya sebesar biasa.
- c) Lamanya pembesaran perut dapat melampaui umur kehamilan
- d) Pemeriksaan tes biologis kehamilan dengan hasil negatif (Hani, 2011).

3. Mioma Uteri

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

4. Vesika Uteri dengan Retensio Urine

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

5. Hematometra

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

2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

A. Definisi Persalinan

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

B. Sebab Mulainya Persalinan

1. Teori penurunan hormon

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

2. Teori plasenta menjadi tua

Seiring matangnya usia kehamilan, villi choralis dalam plasenta mengalami beberapa perubahan, hal ini menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron yang mengakibatkan

tegangnya pembuluh darah sehingga akan menimbulkan kontraksi uterus.

3. Teori distensi rahim

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu

a) Setelah melewati batas tersebut, akhirnya terjadi

kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai

b) Contohnya pada kehamilan gameli, sering terjadi

kontraksi karena uterus teregang oleh ukuran janin

ganda, sehingga kadang kehamilan gameli mengalami

persalinan yang lebih dini.

4. Teori iritasi mekanis

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

5. Teori oksitosin

a) Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior

b) Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat

mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi

kontraksi braxton hicks

c) Menurunnya konsentrasi progesteron karena matangnya

6. Teori hipotalamus-pituitari dan glandula suprarenalis

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

7. Teori prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua disangka sebagai salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F₂ atau E₂ yang diberikan secara intravena menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap usia kehamilan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu hamil sebelum melahirkan atau selama proses persalinan.

8. Induksi persalinan

Persalinaan dapat juga ditimbulkan dengan jalan sebagai berikut :

- a) Gangang laminaria : Dengan cara laminaria dimasukkan kedalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang fleksus frankenhauser
- b) Amniotomi : Pemecahan ketuban

- c) Oksitosin drip : Pemberian oksitosis menurut tetesan per infus (Sulistyawati, 2010).

C. Tanda persalinan

1. Lightening

Menjelang minggu ke-36 pada primigravida, terjadi penurunan fundus uterus karena kepala bayi sudah masuk ke dalam panggul. Penyebab dari proses ini adalah sebagai berikut :

- a) Kontraksi braxton hicks
- b) Ketegangan dinding perut
- c) Ketegangan ligamentum rotundum
- d) Gaya berat janin, kepala kearah bawah uterus

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

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

Gambaran lightening pada primigravida menunjukkan hubungan normal antara ketiga P, yaitu power (his), passage (jalan lahir), dan passanger (bayi dan plasenta). Pada multipara gambarannya menjadi tidak sejelas pada primigravida, karena masuknya kepala janin kedalam panggul terjadi bersamaan dengan proses persalinan.

2. Terjadinya his permulaan

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

- a) Rasa nyeri ringan dibagian bawah
- b) Datang tidak teratur
- c) Tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda tanda kemajuan persalinan
- d) Durasi pendek
- e) Tidak bertambah bila beraktivitas

3. Terjadinya his persalinan

Karakter dari his persalinan adalah:

- a) Pinggang terasa sakit menjalar kedepan
- b) Sifat his teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar
- c) Terjadi perubahan pada serviks

d) Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatannya bertambah

4. Pengeluaran lendir dan darah (penanda persalinan)

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

- a) Pendataran dan pembukaan
- b) Pembukaan menyebabkan selaput lendir yang terdapat pada kanalis servikalis terlepas
- c) Terjadi pendarahan karena kapiler pembuluh darah pecah

5. Pengeluaran cairan

Sebagian pasien mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun jika ternyata tidak tercapai, maka persalinan akhirnya diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum, atau sectio caesaria (Sulistyawati, 2010).

D. Jenis Persalinan

Jenis persalinan meliputi :

1. Persalinan spontan, jika persalinan berlangsung dengan kekuatan ibunya sendiri melalui jalan lahir.
2. Persalinan buatan, persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar misalnya ekstraksi dengan forcep / dilakukan operasi section caesarea.

3. Persalinan anjuran, bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan misalnya pemberian pitocin dan prostaglandin (Prawirohardjo, 2010).

Jenis persalinan berdasarkan lama kehamilan dan berat janin adalah sebagai berikut :

a) Abortus

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

b) Persalinan Immaturus

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

c) Persalinan Prematuritas

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

d) Persalinan Aterm

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

e) Persalinan Serotinus atau Postmaturust atau Post Date

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

f) Persalinan Presipitatus

Persalinan berlangsung cepat kurang dari 3 jam (Marmi, 2016).

E. Faktor- Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

1. Power (kekuatan)

Kekuatan terdiri dari kemampuan ibu melakukan kontraksi involunter dan volunter secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus. Kontraksi involunter disebut juga kekuatan primer, menandai dimulainya persalinan. Apabila serviks berdilatasi, usaha volunter dimulai untuk mendorong, yang disebut kekuatan sekunder, dimana kekuatan ini memperbesar kekuatan kontraksi involunter. Kekuatan primer berasal dari titik pemicu tertentu yang terdapat pada penebalan lapisan otot di segmen uterus bagian atas. Kekuatan sekunder terjadi segera setelah bagian presentasi mencapai dasar panggul, sifat kontraksi berubah yakni bersifat mendorong keluar. Sehingga wanita merasa ingin mengedan. Usaha mendorong ke bawah ini yang disebut kekuatan sekunder. Kekuatan ini

penting untuk mendorong bayi keluar dari uterus dan vagina (Sumarah, 2009).

2. Passage (Jalan Lahir)

Jalan lahir terbagi atas dua, yaitu jalan lahir keras dan jalan lahir lunak. Hal-hal yang perlu diperhatikan dari jalan keras adalah ukuran dan bentuk tulang panggul, sedangkan pada jalan lahir lunak adalah segmen bawah uterus yang dapat meregang, serviks, otot dasar panggul, vagina dan introitus vagina (Sondakh, 2013).

3. Passenger (Penumpang)

Penumpang dalam persalinan adalah janin dan plasenta. Hal-hal yang perlu diperhatikan mengenai janin adalah ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin, sedangkan yang perlu diperhatikan pada plasenta adalah letak, besar, dan luasnya (Sondakh, 2013).

4. Posisi Ibu (Positioning)

Posisi ibu dapat memengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Perubahan posisi yang diberikan pada ibu bertujuan untuk menghilangkan rasa letih, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi (Sondakh, 2013).

5. Faktor psyche (Psikis)

Psikis ibu bersalin sangat berpengaruh dari dukungan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama

bersalin dan kelahiran anjurkan merreka berperan aktif dalam mendukung dan mendampingi langkah-langkah yang mungkin akan sangat membantu kenyamanan ibu, hargai keinginan ibu untuk didampingi, dapat membantu kenyamanan ibu, hargai keinginan ibu untuk didampingi (Rukiyah, 2009).

F. Tahap Persalinan

Tahapan persalinan yaitu meliputi :

1. Kala 1 (Pembukaan)

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

tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan (Sulistyawati, 2010).

2. Kala II (Pengeluaran Bayi)

Kala II adalah pengeluaran bayi, dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir. Uterus dengan kekuatan hisnya ditambah kekuatan meneran akan mendorong bayi hingga lahir.

Proses ini biasanya berlangsung dalam 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Diagnosis persalinan kala II ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm (Sulistyawati, 2010).

3. Kala III

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

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

Melahirkan plasenta dengan doongan ringan secara carede pada fundus uterus (Sulistyawati, 2010).

Ada 2 metode untuk pelepasan plasenta :

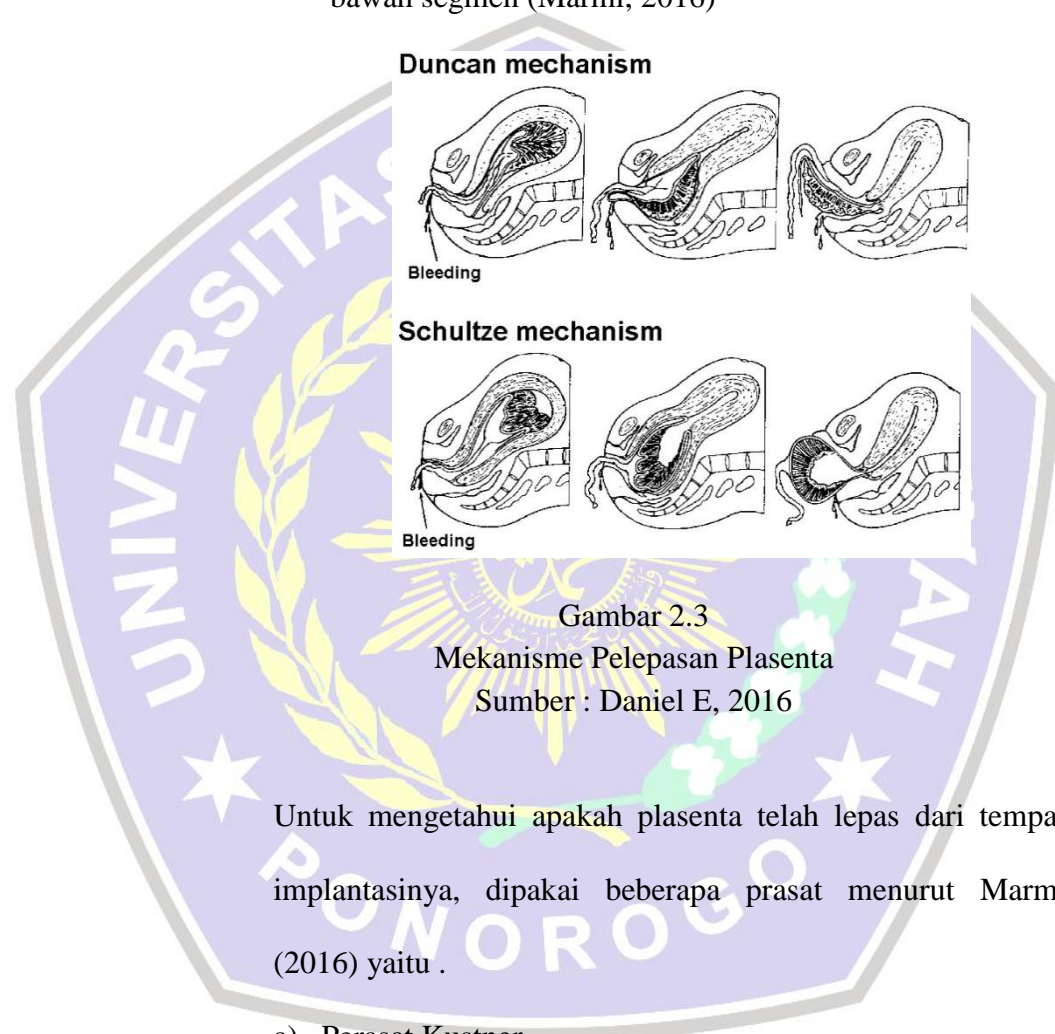
1) Metode schutzel

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, pembukaan fetal plasenta muncul pada vulva dengan selaput ketuban yang mengikuti dibelakang seperti payung terbalik saat terkelupas dari dinding uterus. Permukaan maternal plasenta tidak terlihat, dan bekuan darah berada dalam kantong yang terbalik, kontraksi dan retraksi otot uterus yang menimbulkan pemisahan plasenta juga menekan pembuluh darah dengan kuat dan mengontrol perdarahan (Marmi, 2016).

2) Metode Matthews Ducan

Pelepasan plasenta dari daerah tepi sehingga terjadi perdarahan dan diikuti pelepasan plasenta. Pada metode ini kemungkinan terjadi bagian selaput ketuban yang tertinggal lebih besar karena selaput ketuban tersebut tidak terkelupas semua selengkap metode schultze.

Metode ini adalah metode yang berkaitan dengan plasenta letak rendah didalam uterus. Proses pelepasan berlangsung lebih lama dan darah yang hilang sangat banyak karena hanya ada sedikit serta oblik dibagian bawah segmen (Marmi, 2016)



Gambar 2.3
Mekanisme Pelepasan Plasenta
Sumber : Daniel E, 2016

Untuk mengetahui apakah plasenta telah lepas dari tempat implantasinya, dipakai beberapa prasad menurut Marmi (2016) yaitu .

a) Perasad Kustner

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat, tangan kiri menekan daerah di atas simfisis. Bila tali pusat ini masuk kembali dalam vagina berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus. Perasad ini

hendaknya dilakukan secara hati-hati. Apabila hanya sebagian plasenta terlepas, perdarahan banyak akan dapat terjadi.

b) Perasat Strassman

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 tidak terasa getaran, berarti plasenta telah lepas dari dinding uterus.

c) Perasat Klein

Wanita tersebut disuruh mengejan dan tali pusat tampak turun ke bawah. Bila pengedanannya dihentikan dan tali pusat masuk kembali kedalam vagina, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus.

d) Perasat Crede

Dengan cara memijat uterus seperti memeras jeruk agar plasenta lepas dari dinding uterus hanya dapat dipergunakan bila terpaksa misalnya perdarahan. Perasat ini dapat mengakibatkan kecelakaan perdarahan postpartum. Pada orang yang gemuk, perasat crede sukar atau tidak dapat dikerjakan.

4. Kala IV (Observasi)

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

- a) Tingkat kesadaran pasien
- b) Pemeriksaan tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi dan pernafasan
- c) Kontraksi uterus
- d) Terjadi perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc (Sulistyawati, 2010).

G. Hubungan Janin dan Panggul

1. Engagement

Pada minggu minggu akhir kehamilan atau pada saat persalinan dimuali kepala masuk lewat PAP, umumnya dengan presentasi biparetal (diameter lebar yang paling panjang berkisar 8,5 -9,5 cm) atau 70 % pada panggul ginekoid.

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

Kepala masuk pintu atas panggul dengan sumbu kepala janin dapat tegak lurus dengan pintu atas panggul atau

miring/membentuk sudut dengan pintu atas panggul (Hidayat, 2010).

2. Descent

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

3. Flexion

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

4. Internal rotation

Rotasi interna (putaran paksi dalam) selalu disertai turunnya kepala, putaran ubun-ubun kecil ke arah depan (kebawah simfisis pubis), membawa kepala melewati istansia interspinarum dengan diameter biparietalis. Bila tidak terjadi putaran paksi dalam umumnya kepala tidak turun lagi dan persalinan diakhiri dengan tindakan vakum ekstraksi (Hidayat, 2010).

5. Extension

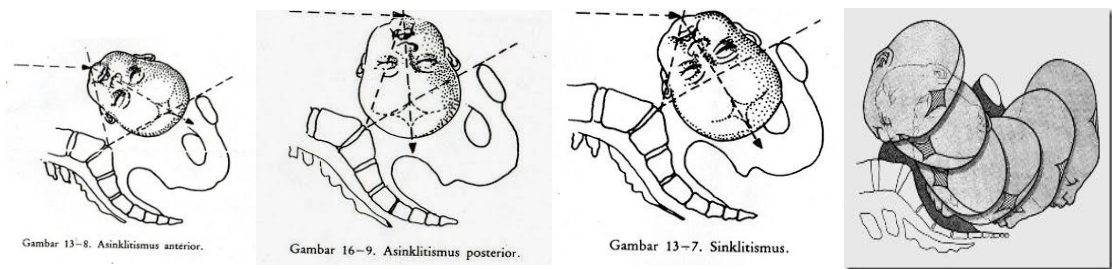
Dengan kontraksi perut yang benar dan adekuat kepala makin turun dan menyebabkan perineum distensi. Pada saat ini puncak kepala berada di simfisis dan dalam keadaan begini kontraksi perut ibu yang kuat mendorong kepala ekspulsi dan melewati introitus vagina (Hidayat, 2010).

6. External rotation

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

7. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar bahu depan dibawah simfisis menjadi hipomoklion kelahiran bahu belakang, bahu depan menyusul lahir, diikuti seluruh badan anak (Hidayat, 2010).



Gambar 2.4
Penurunan Kepala pada Janin

H. Lima Benang Merah

Lima aspek dasar/lima benang merah yang penting dan saling terkait dalam persalinan yang bersih dan aman adalah : Membuat keputusan klinik, Asuhan sayang ibu dan bayi, Pencegahan infeksi, Pencatatan/rekam medis, Rujukan.

1. Membuat Keputusan Klinik

Membuat keputusan klinik dilakukan dengan melalui proses pemecahan masalah yang sistematis yaitu mengumpulkan data dan analisis informasi, membuat diagnosis kerja (menentukan kondisi yang dikaji normal atau bermasalah), membuat rencana tindakan yang sesuai diagnosis, melaksanakan rencana tindakan dan mengevaluasi hasil asuhan/tindakan yang telah diberikan kepada ibu dan bayi baru lahir.

Proses tersebut bisa disimpulkan menjadi empat langkah pengambilan keputusan klinik, yaitu:

a) Pengumpulan data

Data yang terkumpul diklasifikasikan dalam data subyektif dan data obyektif. Data subyektif adalah data yang dikeluarkan oleh pasien didapat dengan metode pengumpulan data wawancara. Data obyektif adalah data yang bisa diperoleh pemeriksa dengan pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan observasi

b) Diagnosa

Data yang terkumpul, kemudian dilakukan analisis data untuk selanjutnya dirumuskan diagnosa. Pastikan data yang ada dapat mendukung diagnosa. Perhatikan bahwa memungkinkan terdapat sejumlah diagnose banding/ganda. Pengumpulan data untuk merumuskan diagnose bukan proses linier melainkan proses sirkuler (melingkar) yang berangsur terus menerus. Selanjutnya lakukan antisipasi masalah/penyulit yang memungkinkan terjadi setelah diagnose dibuat

c) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan asuhan diawali dengan membuat rencana, yang selanjutnya pelaksanaan rencana asuhan. Dalam penatalaksanaannya asuhan yang perlu diperhatikan adalah:

- 1) Susunan rencana penatalaksanaan yang memdai bagiibu dan BBL
- 2) Terdapat beberapa pilihan intervensi efektif, diskusikan dengan ibu/keluarga. Pilihan ini akan dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain:

(a) Bukti-bukti klinik (pemeriksaan fisik, pemeriksaan labolatorium)

(b) Keinginan dan kepercayaan ibu

(c)Tempat dimana asuhan diberikan

(d)Perlengkapan, bahan, obat yang tersedia

(e)Biaya

(f) Tindakan keterampilan

(g)Sumber daya yang mendukung

- 3) Laksanakan rencana secara tepat waktu dan mengacu keselamatan klien

d) Evaluasi

Penatalaksanaan yang telah dilaksanakan dievaluasi untuk menilai tingkat keefektifitasnya (APN, 2008).

2. Asuhan Sayang Ibu

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 dananggapi 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 memperhatikan 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
- 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 (APN, 2008).

3. 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 risiko 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 periksa) harus segera didekontaminasi setelah terpapar darah atau cairan tubuh.

d) Mencuci dan Membilas

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

e) Desinfeksi

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

f) Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT)

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

g) Sterilisasi

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

Tindakan- tindakan pencegahan infeksi meliputi :

- a) Cuci tangan
- b) Memakai sarung tangan dan perlengkapan perlindungan lainnya
- c) Memproses alat bekas pakai
- d) Menangani peralatan tajam dengan aman
- e) Menjaga kebersihan dan kerapian lingkungan sertapembuangan sampah secara benar
- f) Menggunakan asepsis atau teknik aseptik (APN, 2008).

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 berisiko 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) Risiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total, tapi dapat dikurangi hingga sekecil mungkin dengan menerapkan tindakan-tindakan PI secara benar dan konsisten (APN, 2008).

4. Pencatatan/Rekam Medis

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 (APN, 2008)

5. 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).

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 cumin
- 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 :

- a) Informasi tentang pelayanan yang tersedia di tempat rujukan
- b) Ketersediaan pelayanan purna waktu
- c) Biaya pelayanan
- d) 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 :

- a) B (Bidan) : Pastikan ibu dan bayi didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk menatalaksanakan kegawatdaruratan.
- b) A (Alat) : Bawa perlengkapan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, nifas dan bayi baru lahir ke tempat rujukan.
- c) 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.

d) S (Surat) : Berikan surat tempat rujukan untuk mengetahui kondisi ibu dan bayi, serta cantumkan alasan mengapa dilakukan rujukan.

e) O (Obat) : Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ataupun bayi ke tempat rujukan.

f) K (Kendaraan) : Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu maupun bayi.

g) U (Uang) : Ingatkan pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang nantinya diperlukan.

h) DA (Do'a) : Beritahu keluarga untuk selalu memohon doa agar diberi kelancaran dalam melakukan rujukan (APN, 2008).

I. Kebutuhan Dasar Ibu Dalam Proses Persalinan

Kebutuhan pada proses persalinan meliputi :

1. Nutrisi dan cairan

Makanan bergizi harus dipersiapkan sebelum seseorang ibu berencana hamil. Sehingga pada saat hamil dan persalinan, badan sudah terkondisikan dengan sangat baik untuk pertumbuhan janin dan sesudahnya. Gizi pada ibu menyusui sangat penting untuk produksi air susu, yang sangat dibutuhkan

untuk tumbuh kembang bayi. Kebutuhan nutrisi selama laktasi didasarkan pada kandungan nutrisi air susu dan jumlah nutrisi penghasil susu. Ibu menyusui disarankan memperoleh tambahan zat makanan 800 kkal, kebutuhan kalori ini lebih tinggi bila dibandingkan saat kehamilan. Kandungan kalori ASI rata-rata yang dihasilkan ibu dengan nutrisi baik adalah 70 kal/100 ml, dan kira-kira 85 kal diperlukan oleh ibu untuk tiap 100 ml yang dihasilkan. Rata rata ibu menggunakan 640 kal/hari untuk 6 bulan pertama dan 510 kal/ hari selama 6 bulan kedua untuk menghasilkan susu normal.

Komponen nutrient dalam ASI antara lain, protein, laktosa dan lemak. Kadar protein ASI sebesar 0,9 % sebesar 60 % diantaranya berupa whey yang lebih mudah dicerna dari pada kasein (protein utama susu sapi). Dalam ASI juga terdapat asam amino (sistin dan taurin) yang tidak terdapat dalam susu sapi. Sistin digunakan untuk pertumbuhan somatik dan taurin untuk pertumbuhan otak.

Selain itu ASI juga mengandung zat imunitas, seperti sel T dan immunoglobulin, yang merupakan pertahanan tubuh spesifik.

Juga mengandung sel fagosit, komplemen c2 dan c4, lisosom, laktoperoksidase, laktoferin, transferin, yang merupakan pertahanan tubuh non spesifik. Dengan mengikat besi, laktoferin telah berperan menghambat pertumbuhan bakteri

staphylococcus dan e-coli yang memerlukan zat besi untuk pertumbuhannya. Laktoferin juga menghambat pertumbuhan jamur candida.

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

a) Protein

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

b) Cairan

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

c) Vitamin dan mineral

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

2. Dukungan persalinan

Mengurangi nyeri persalinan dan memberi kenyamanan dalam bentuk yang – sederhana, efektif, murah, resiko rendah, kemajuan persalinan bertambah baik, hasil persalinan

bertambah baik dalam bentuk metode-metode dukungan persalinan yaitu asuhan dan dukungan bagi ibu, orang yang memberi dukungan persalinan, mengatur posisi, latihan relaksasi dan pernafasan, istirahat dan privasi, penjelasan proses dan kemajuan serta prosedur, asuhan fisik-perawatan mulut, hydorterapi, lingkungan yang bersih dan kering, handuk lembab dan sentuhan (Hidayat, 2010).

J. Teori Partograf

Penjelasan dari teori partograf adalah sebagai berikut :

1. Pengertian Partograf

Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama fase aktif persalinan. Partograf adalah alat bantu untuk membuat keputusan klinik, memantau, mengevaluasi, dan menatalaksanakan persalinan (Sriningsih, 2017).

2. Tujuan Partograf

- a) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan pada pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam (PD)
- b) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan normal dan sebagai deteksi terjadinya partus lama.
- c) Mencatat kondisi ibu dan janin
- d) Untuk membuat keputusan klinik (Sriningsih, 2017).

3. Penggunaan Partograf

- a) Semua ibu dalam fase aktif kala 1 sebagai elemen penting asuhan persalinan baik normal maupun penyulit
- b) Semua tempat selama persalinan dan kelahiran (di Institusi pelayanan kesehatan PMB maupun dirumah)
- c) Semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran (Sriningsih, 2017).

4. Bagian-bagian partograf :

- a) Kemajuan persalinan
 - 1) Pembukaan serviks.
 - 2) Turunnya bagian terbawah dari kepala janin.
 - 3) Kontraksi uterus (frekuensi dan lamanya kontraksi uterus).
- b) Kondisi janin
 - 1) Denyut jantung janin.
 - 2) Warna dan volume air ketuban.
 - 3) Moulase kepala janin.
- c) Kondisi ibu
 - 1) Kondisi selaput, cairan dan warna air ketuban.
 - 2) Tekanan darah, nadi dan suhu badan.
 - 3) Volume produksi urine, aseton dan protein.
 - 4) Obat dan cairan.
- d) Cara mencatat temuan pada partograf

Informasi awal saat datang ke tempat bersalin:

- 1) Nama, umur.
- 2) Gravida, para, abortus.
- 3) Nomor catatan medik/nomer puskesmas
- 4) Tanggal dan waktu mulai dirawat (jika dirumah tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu)
- 5) Waktu pecahnya selaput ketuban.

e) Kondisi janin

3) Denyut jantung janin

Pemeriksaan denyut jantung janin merupakan cara yang aman untuk mengetahui kondisi janin. Sebaiknya menghitung denyut jantung tiga kali secara terpisah dengan interval 5 detik dan di kali kan jumlah yang di dapat dengan empat. Kisaran normal DJJ pada partograf diantara garis tebal pada angka 180 dan 100. Penolong harus waspada bila DJJ mengarah hingga bawah 120 atau di atas 160.

4) Moulase tulang kepala janin.

Moulase atau penyusupan adalah tanda penting bahwa seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri dengan bagian keras atau tulang panggul ibu dan bila janin tidak bisa menyesuaikan diri maka janin tidak dapat melewati dasar panggul ibu. Lambang-lambang moulase kepala janin :

0 : tulang-tulang kepala janin terpisah sutura dengan mudah dapat di palpasi.

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 tetapi dapat dipisahkan.

f) Kemajuan persalinan

1) Pembukaan serviks

Pencatatan pembukaan serviks berdasarkan pemeriksaan ditulis dengan tanda "X" pada garis waspada. Pemeriksaan dalam dilakukan setiap 4 jam. Pencatatan pembukaan mulai pada pembukaan fase aktif (4-10 cm). Pencatatan pembukaan serviks pada garis waspada dan hubungkan dari tanda "X" dari pemeriksaan dengan garis utuh (tidak terputus).

2) Turunnya kepala janin (bagian bawah janin)

Jika kemajuan persalinan normal, pembukaan serviks harus diikuti turunnya kepala janin. Tetapi kadang kala turunnya kepala janin mulai terjadi dari pembukaan serviks sebesar 7 cm. Turunnya kepala janin diukur dengan pemeriksaan luar dengan memperhatikan bagaimana jari-jari dapat melingkupi kepala sampai

bagian kepala yang tidak masuk kedalam panggul, skala turunnya kepala dan garis tidak terputus dari 0-5.

3) His (kontraksi uterus)

Pada kolom waktu dibagian bawah terdapat lima kotak paralel. Pada sisi kiri dari kotak-kotak tertulis kontraksi dalam 10 menit. Kotak harus diisi dengan simbol kontraksi seperti :

Beri titik-titik dikotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik

Berikan garis-garis dikotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik.

Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya lebih dari 40 detik.

4) Kondisi ibu

a) Kondisi selaput, cairan dan warna air ketuban

Lambang-lambang yang ditulis dalam partograf:

U : Selaput ketuban masih utuh.

J : Selaput ketuban sudah 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 dan air ketuban sudah kering.

b) Tekanan darah ibu diukur setiap 4 jam sekali diberi tanda panah pada kolom waktu yang sesuai seperti :↕

1) Nada ibu diukur setiap 30 menit sekali diberi tanda (.) pada kolom waktu yang sesuai.

2) Temperatur tubuh ibu diukur setiap 2 jam sekali catatlah hasil pemeriksaan pada kotak tersedia.

3) Volume produksi urine, aseton, dan protein
Ukur dan catat jumlah urine ibu sedikitnya 2 jam sekali. Jika memungkinkan setiap kali ibu berkemih lakukan pemeriksaan aseton dan protein urin.

c) Obat-obatan dan cairan yang diberikan

Dibawah laju kotak observasi kontraksi uterus tertera laju kotak untuk mencatat oksitosin, obat-obat lainya dan cairan IV.

d) Pada bagian belakang partograf

Pada bagian belakang partograf terdapat sebagian informasi tambahan mengenai penatalaksanaan atau pengamatan selama dan sesudah proses persalinan.

Catatan persalinan adalah terdiri dari unsur-unsur berikut :

- 1) Data-data informasi umum
- 2) Kala 1-IV persalinan
- 3) Bayi baru lahir.

e) Cara pengisian lembar belakang partograf:

- 1) Usahakan agar pengisian dilakukan selengkap mungkin, jangan ada yang dikosongkan.
- 2) Kata-kata yang dicetak tebal merupakan masalah utama yang terjadi pada kala I, II, III dan IV.
- 3) Apabila terjadi masalah beri tanda (√) pada yang ada di depan masalah yang sesuai. Dengan cara yang sama pilih jenis tindakan yang dilakukan. Apabila masalah atau tindakan tidak tercantum dalam pilihan yang ada tuliskan keterangan dibelakang lain-lain
- 4) Untuk pilihan dengan tanda bintang (*) pilih salah satu (Rahayu, 2017).

K. Kebutuhan Ibu Persalinan

Menurut Sulistyawati (2010) kebutuhan ibu persalinan adalah sebagai berikut:

1. Asuhan Tubuh dan Fisik

Asuhan yang dapat diberikan adalah sebagai berikut:

a) Menjaga kebersihan diri

- 1) Menganjurkan ibu membasuh sekitar kemaluannya sesudah BAK/BAB dan menjaganya agar tetap bersih dan kering.
- 2) Mandi dibak/shower dapat menjadi sangat menyegarkan dan menimbulkan rasa santai dan merasa sehat.

b) Berendam

Beberapa wanita memilih untuk menggunakan kolam hanya untuk berendam pada kala 1 dan beberapa wanita memilih untuk melahirkan didalam air. Berendam dapat menjadi tindakan pendukung dan kenyamanan paling menenangkan. Diperlukan bak yang cukup dalam agar air dapat menutupi abdomen ibu. Hal ini merupakan suatu bentuk hidroterapi dan kegembiraan yang akan meredakan dan membantu kontraksi ibu bersalin.

c) Perawatan Mulut

Ibu yang sedang ada dalam proses persalinan biasanya nafasnya berbau, bibir kering dan pecah-pecah, tenggorokan terutama jika dalam persalinan selama beberapa jam tanpa cairan oral atau tanpa perawatan mulut. Hal ini menimbulkan rasa tidak nyaman dan tidak menyenangkan bagi orang lain. Perawatan yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut:

- 1) Menggosok Gigi

Ibu bersalin harus diingatkan untuk membawa sikat dan pasta gigi kerumah sakit/bersalin untuk digunakan selama persalinan.

2) Mencuci Mulut

Dengan pemberian produk pencuci mulut sebagai tindakan untuk menyegarkan napas.

3) Pemberian Gliserin

Untuk menghindari terjadinya kekeringan pada bibir, dapat digunakan gliserin dengan cara mengusap bibirnya.

4) Pemberian Permen

Untuk melembabkan mulut dan tenggorokan, untuk mencegah aspirasi sebaliknya anjurkan untuk mengkonsumsi permen.

d) Pengipasan

Ibu yang sedang dalam proses persalinan biasanya banyak mengeluarkan keringat bahkan pada ruang persalinan dengan control suhu terbaik pun mereka akan mengeluh berkeringat pada waktu tertentu. Oleh karena itu gunakan kipas angin, atau dengan kertas yang dapat digunakan sebagai pengganti kipas.

2. Nutrisi

Perubahan makan dan minum selama persalinan merupakan hal yang tepat, karena memberikan lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi (dehidrasi dapat menghambat kontraksi/tidak teratur dan kurang efektif). Oleh karena itu, anjurkan ibu makan dan minum selama persalinan dan kelahiran bayi, anjurkan keluarga selalu menawarkan makanan ringan dan sering minum pada ibu selama persalinan. Namun ibu disarankan untuk tidak mengonsumsi makanan yang bisa menimbulkan bau seperti jengkol dan petai.

a) Makanan yang dianjurkan

- 1) Roti atau roti panggang (rendah serat) yang rendah lemak baik diberi selai maupun madu.
- 2) Sarapan sereal
- 3) Nasi Tim
- 4) Biskuit
- 5) Yogurt rendah lemak
- 6) Buah segar

b) Minuman yang dianjurkan

- 1) Minuman yang rendah lemak
- 2) Jus buah-buahan
- 3) Kaldu jernih
- 4) Cairan isotonic

3. Personal hygiene

Ibu sangat dianjurkan menjaga kebersihan diri menjelang persalinan, manfaatnya antara lain:

- a) Dengan mandi dan membersihkan badan, ibu akan mengurangi kemungkinan adanya kuman yang masuk selama persalinan. Hal ini mengurangi terjadinya infeksi sesudah melahirkan.
- b) Ibu akan merasa nyaman selama menjalani proses persalinan.
- c) Bulu kemaluan tidak dicukur seluruhnya, hanya bagian yang dekat dengan anus yang akan dibersihkan, karena hal tersebut akan mempermudah penjahitan jika ibu ternyata di episiotomi.

4. Eliminasi

Selama persalinan terjadi penekanan pada pleksus sacrum oleh bagian terendah janin sehingga menyebabkan retensi urine maupun sering berkemih. Retensi uteri terjadi apabila:

- a) Tekanan pada pleksus sacrum menyebabkan terjadinya inhibisi implus sehingga vasica uretra menjadi penuh tetapi tidak timbul rasa berkemih.
- b) Distensi yang menghambat saraf reseptor pada dinding vasica uretra.
- c) Tekanan oleh bagian terendah vasica uretra
- d) Kurangnya privasi/postur yang kurang baik
- e) Kurangnya kesadaran untuk berkemih, dan
- f) Anastesi regional, epidural, blok pudendal sehingga obat mempengaruhi saraf vasica uretra.

Pemenuhan kebutuhan eliminasi selama persalinan perlu difasilitasi agar membantu kemajuan persalinan dan pasien merasa nyaman. Oleh karena itu, anjurkan ibu untuk bereliminasi secara minimal 2 jam sekali selama persalinan, apabila tidak mungkin dapat dilakukan kateterisasi.



5. Pendamping

Pendamping persalinan bisa dilakukan oleh suami, anggota keluarga atau seseorang yang dipilih ibu yang sudah berpengalaman dalam proses persalinan. Oleh karena itu, anjurkan ibu untuk ditemani seorang pendamping untuk melakukan peran aktif dalam mendukung itu. Adapun dukungan dapat diberikan oleh pendamping yaitu mengusap keringat, menemani/membimbing ibu jalan-jalan, memberikan minum, mengubah posisi, memijat punggung, kaki atau kepala ibu, menciptakan suasana kekeluargaan dan rasa nyaman, membantu ibu bernafas pada saat kontraksi dan mengucapkan kata-kata yang membesarkan hati dan memberikan pujian pada ibu.

L. Tanda dan Gejala Persalinan

Menurut Marmi (2012) tanda-tanda inpartu sebagai berikut :

1. Terjadinya His. His adalah kontraksi yang menimbulkan rasa nyeri pada bagian perut serta menimbulkan pembukaan serviks dan dapat diraba. His persalinan memiliki ciri-ciri sebagai berikut :
 - a) Pinggangnya terasa sakit dan menjalar ke depan
 - b) Sifat his teratur, interval semakin pendek dan kekuatan semakin besar
 - c) Terjadi perubahan pada serviks

d) Jika pasien menambah aktivitasnya, maka kekuatan hisnya akan bertambah

2. Keluarnya lendir bercampur darah

Pengeluaran darah disebabkan robeknya pembuluh darah waktu serviks membuka sedangkan keluarnya lendir berasal dari pembukaan yang menyebabkan lepasnya lendir dari kanalis servikalis.

3. Kadang ketuban pecah dengan sendirinya

Jika ketuban telah pecah, diharapkan persalinan dapat berlangsung dalam waktu 24 jam, namun apabila tidak tercapai maka persalinan harus diakhiri dengan tindakan tertentu seperti ekstraksi vakum, atau SC

Tanda pendahuluan persalinan menurut (Mochtar, 2013) adalah

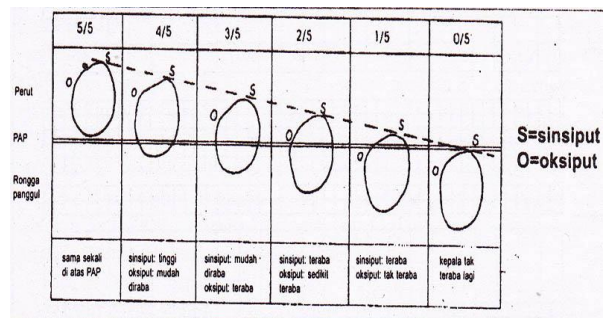
- a) Ligtening atau setting atau dropping, yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul.
- b) Perut kelihatan lebih melebar dan fundus uteri turun.
- c) Sering buang air kecil atau sulit berkemih (polakisuria) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.
- d) Perasaan nyeri di perut dan di pinggang oleh adanya kontraksi- kontraksi lemah uterus, kadang-kadang disebut “false labor pains”.
- e) Serviks menjadi lembek; mulai mendatar; dan sekresinya bertambah, mungkin bercampur darah (bloody show).

4. Penurunan kepala janin

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

- a) 5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba diatas symphysis
- b) 4/5 jika sebagian (1/5) bagian terbawah janin telah memasuki PAP
- c) 3/5 jika sebagian (2/5) bagian terbawah janin telah memasuki PAP
- d) 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin yang masih berada diatas symphysis dan (3/5) bagian telah masuk PAP
- e) 1/5 jika 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada diatas symphysis dan 4/5 bagian telah masuk PAP
- f) 0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat teraba dari pemeriksaan luar dan bagian terbawah janin sudah masuk ke dalam rongga panggul

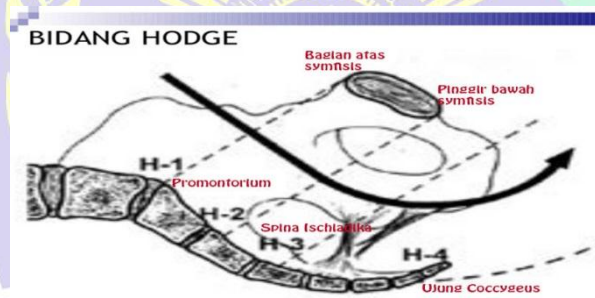
(Widia, 2015).



Gambar 2.5
Penurunan Kepala Perlimaan

2) Hodge

Bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan yaitu seberapa jauh seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam/vagina touch (VT)



Gambar 2.6
Bidang Hodge I-IV

Bidang Hodge I : bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas symphsis dan promontorium.

Bidang Hodge II : bidang ini sejajar dengan bidang Hodge I terletak setinggi bagian bawah symphsis.

Bidang Hodge III : bidang ini sejajar dengan bidang Hodge I dan II, terletak setinggi spina ischiadika kanan dan kiri.

Bidang Hodge IV : bidang ini sejajar dengan bidang Hodge I, II, dan III, terletak setinggi os coccygeus.

M. Masalah Persalinan

Beberapa masalah yang bisa terjadi menjelang persalinan, proses persalinan dan paska persalinan menurut Rabiah (2013), 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 pusat 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 pusat tersebut membahayakan janin atau tidak. Kondisi bayi yang

terlilit tali pusat akan berpengaruh terhadap ibu dan si jabang bayi, yaitu :

- a) 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.

b) 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 :

- 1) Ibu hamil tidak mengalami perdarahan pada vagina dan plasenta di dekat mulut rahim
- 2) Detak jantung bayi tidak normal
- 3) Hamil kembar
- 4) Pertumbuhan janin tidak normal
- 5) Air ketuban kurang

c) 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.

d) Bayi lahir premature

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 :

1) 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.

2) 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.

3) 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 dihindari jamur seperti keju lunak atau daging yang belum matang.

4) Cairan amniotic yang terlalu banyak

5) Mulut rahim yang lemah

6) Bentuk rahim yang tidak normal, misal memiliki kantong rahim ganda tetapi satu mulut rahim

7) Hamil kembar

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

9) Hamil di usia yang sudah tua.

2. 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

tempatnyanya 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.
3. 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 diawal 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, difisiensi 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.

4. 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 memantangkan 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.

5. 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

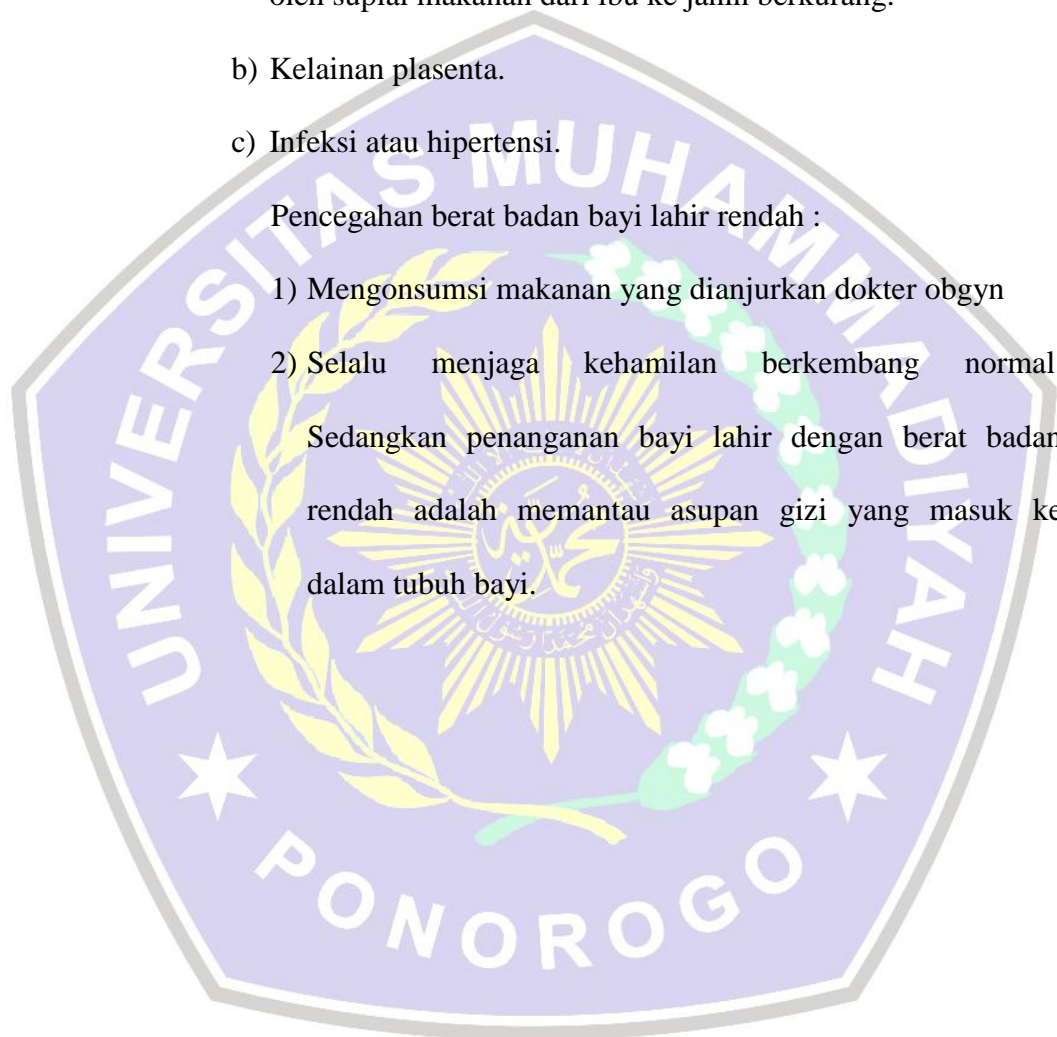
berat badan saat lahir lebih kecil ketimbang pada saat di dalam kandungan (dismaturitas). Faktor penyebab berat badan bayi lahir rendah :

- 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 :

- 1) Mengonsumsi makanan yang dianjurkan dokter obgyn
- 2) Selalu menjaga kehamilan berkembang normal.

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



2.1.3 Konsep Dasar Teori Masa Nifas

A. Definisi Nifas

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

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

B. Tujuan Masa Nifas

Tujuan asuhan kebidanan pada masa nifas adalah sebagai berikut:

1. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis
2. Mendeteksi masalah, mengobati, dan merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya
3. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, imunisasi, serta perawatan bayi sehari-hari (Saleha, 2009)

C. Proses Masa Nifas

1. Pengecilan rahim atau involusi

Rahim adalah organ tubuh yang spesifik dan unik karena dapat mengecil serta membesar dengan menambah atau

mengurangi jumlah selnya. Bentuk otot rahim mirip jala berlapis 3 dengan serat-seratnya, yang melintang kanan, kiri dan transversal. Diantara otot-otot itu ada pembuluh darah yang mengalir darah ke plasenta. Setelah plasenta lepas, otot rahim akan berkontraksi atau mengerut, sehingga pembuluh darah terjepit dan pendarahan berhenti. Setelah bayi lahir, umumnya berat rahim menjadi sekitar 1000 gram dan dapat diraba kira-kira 2 jari dibawah umbilikus. Setelah 1 minggu beratnya sekitar 300gr dan tidak dapat diraba lagi. Jadi, secara alamiah rahim akan kembali mengecil perlahan—lahan kebentuknya semula. Setelah 6 minggu beratnya sudah sekitar 40-60 gr. Pada saat ini dianggap bahwa masa nifas sudah selesai. Namun sebenarnya rahim akan kembali keposisi yang normal, tapi juga kondisi tubuh ibu secara keseluruhan.

2. Kekentalan darah (hemokonsentrasi) kembali normal

Selama hamil darah ibu relatif encer, karena cairan darah ibu banyak, sementara sel darahnya berkurang. Bila dilakukan pemeriksaan kadar Hemoglobin (Hb) akan tampak sedikit menurun dari angka normal sebesar 11-12 gr%. Jika hemoglobin terlalu rendah setelah melahirkan, sistem sirkulasi darah ibu akan kembali seperti semula. Darah kembali mengental, dimana kadar perbandingan sel

darah dan cairan darah kembali normal. Umumnya hal ini terjadi pada hari ke-3 sampai hari ke-15 pasca persalinan.

3. Proses laktasi dan menyusui

Proses ini timbul setelah plasenta atau ari-ari lepas.

Plasenta mengandung hormon penghambat prolaktin (hormon plasenta) yang menghambat pembentukan ASI.

Setelah plasenta lepas hormon-hormon plasenta itu tidak dihasilkan lagi, sehingga terjadi produksi ASI. ASI keluar

2-3 hari pasca melahirkan. Namun hal yang luar biasa

adalah sebelumnya dipayudara sudah terbentuk kolostrum

yang sangat baik untuk bayi, karena mengandung zat kaya gizi, dan anti bodi pembunuh kuman (Saleha, 2009).

D. Tahapan Masa Nifas

Tahapan yang terjadi pada masa nifas adalah sebagai berikut (Saleha, 2009).

1. Periode immediate postpartum

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam.

Pada masa ini sering terdapat banyak masalah, misalnya

pendarahan karena Antonia uteri. Oleh karena itu, bidan

dengan teratur harus melakukan pemeriksaan kontraksi

uterus, pengeluaran lokia, tekanan darah, dan suhu.

2. Periode early postpartum (24 jam- 1 minggu)

Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochia tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapat makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik

3. Periode late postpartum (1 minggu-3 minggu)

Pada periode ini bidan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling KB.

Masa nifas dibagi dalam 3 periode yaitu (Walyani, 2015) :

- a) Puerperium Dini yaitu kepulihan ketika ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan
- b) Puerperium Intermedial yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genital selama kurang lebih enam sampai delapan minggu
- c) Remote Puerperium yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sempurna mungkin beberapa minggu, bulan atau tahun.

E. Perubahan Fisik Masa Nifas :

Berikut ini merupakan perubahan fisik pada masa nifas :

1. Rasa kram dan mules dibagian bawah perut akibat penciutan rahim (involusi)

2. Keluarnya sisa-sisa darah dari vagina (lochea)
3. Kelelahan karena proses melahirkan
4. Pembentukan ASI sehingga payudara membesar
5. Kesulitan BAB dan BAK
6. Gangguan otot (betis, dada, perut, panggul dan bokong)
7. Perlukaan jalan lahir (Walyani, 2017).

F. Perubahan Psikis Masa Nifas

Perubahan psikis pada masa nifas meliputi :

1. Perasaan ibu berfokus pada dirinya, berlangsung setelah melahirkan sampai hari ke-2 (fase *taking in*)
2. Ibu merasa khawatir akan ketidak mampuan merawat bayi, muncul perasaan sedih (*baby blouse*) disebut fase *taking hold* (hari ke 3-10)
3. Ibu merasa percaya diri untuk merawat diri dan bayinya disebut fase *letting go* (hari ke-10 akhir masa nifas) (Walyani dkk, 2017).

G. Adaptasi Psikologis Ibu Nifas

Menurut Reva Rubin dikutip dari Ari Sulistyawati (2009)

membagi periode ini menjadi 3 bagian, antara lain:

1. Periode “Taking In”

Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya. Tidur tanpa gangguan

sangat penting untuk mengurangi gangguan kesehatan kurang istirahat.

2. Periode “Taking Hold”

Periode ini berlangsung hari ke 2-4 post partum. Ibu menjadi lebih perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayi

3. Periode “Letting Go”

Periode ini biasanya terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Periode ini pun sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga. Depresi post partum umumnya terjadi pada periode ini

H. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Ibu dalam masa nifas mengalami perubahan fisiologis. Setelah keluarnya plasenta, kadar sirkulasi hormone HCG, *human plasental lactogen*, estrogen dan progesterone menurun. *Human plasental lactogen* akan menghilang dari peredaran darah ibu dalam 2 hari dan HCG dalam 2 minggu setelah melahirkan. Kadar estrogen dan progesterone hampir sama dengan kadar yang ditemukan pada fase folikuler dari siklus menstruasi berturut-turut sekitar 3-7 hari. Penarikan polipeptida dan hormon steroid ini mengubah fungsi seluruh system sehingga efek kehamilan berbalik dan wanita dianggap

sedang tidak hamil, sekalipun pada wanita. Perubahan-perubahan yang terjadi yaitu

1. Sistem Reproduksi

a. Uterus

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (invulusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil (Walyani, 2009). Invulusi uteri merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan bobot hanya 60 gram. Proses invulusi uterus adalah sebagai berikut; Autolisis adalah proses penghancuran diri sendiri yang terjadi didalam otot rahim. Dengan invulusi uterus ini, maka lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi necrotic. Desidua yang mati akan keluar bersama sisa cairan suatu campuran antara darah yang dinamakan lochea. Lochea adalah cairan rahim selama masa postnatal. Lochea mempunyai reaksi yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lochea mempunyai bau amis (anyir), meskipun tidak terlalu menyengat, dan volumenya

berbeda-beda pada setiap wanita. Lokes mengalami perubahan karena proses involusi (Rahayu, 2017).

Perubahan *lochea* terdiri dari :

- a) *Lochea rubra* : hari ke 1-2, terdiri dari darah segar bercampur sisa-sisa ketuban, sel-sel *desidua*, sisa sisa *vernix caseosa*, lanugo dan mekonium
- b) *Lochea sanguinolenta* : hari ke 3-7 terdiri dari darah bercampur lendir, warna kecoklatan
- c) *Lochea serosa* : hari ke 7 - 14 berwarna kekuningan
- d) *Lochea alba* : hari ke-14 selesai nifas, hanya merupakan cairan putih *lochea* yang berbau busuk dan terinfeksi disebut *lochea purulent* (Walyani, 2012)

Tabel 1.3

TFU dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi

Involusi	TFU	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	2 jari bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat-sympisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba diatas sympisis	350 gram
6 minggu	Tidak teraba	50 gram

8 minggu	Normal	30 gram
----------	--------	---------

Sumber Saleha, 2013. Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas

b. Perineum, Vagina, dan Vulva

Berkurangnya sirkulasi progesteron mempengaruhi otot-otot panggul, perineum, vagina dan vulva.

Proses ini membantu pemulihan kearah tonisitas/elastisitas normal dari ligamentum otot rahim. Ini merupakan proses bertahap yang akan berguna apabila ibu melakukan ambulasi dini, senam masa postnatal dan mencegah timbulnya konstipasi. Progesteron juga meningkatkan pembuluh darah pada vagina dan vulva selama kehamilan dan persalinan biasanya menyebabkan timbulnya beberapa hematoma dan edema pada jaringan ini dan pada perineum. Bila melaksanakan latihan pengencangan otot perineum akan mengencangkan vaginanya. Pengencangan yang sempurna bila dilakukan setiap hari. Abrasi dan laserasi vulva dan perineum akan cepat sembuh (Rahayu. 2017).

2. Payudara

Laktasi akan dimulai dengan perubahan hormone saat melahirkan dan bila wanita tidak menyusui dapat terjadi

kongesti payudara selamam beberapa hari pertama postnatal karena tubuh mempersiapkan untuk memberikan nutrisi kepada bayi. Wanita yang menyusui berespon terhadap stimulasi bayi yang disusui dan akan terus melepaskan hormone yang akan merangsang alveoli untuk memproduksi susu (Rahayu, 2017).

3. Sistem Pencernaan

Kerap kali diperlukan waktu 3 sampai 4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama 1 atau 2 hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika melahirkan diberikan enema. Rasa sakit daerah perineum sering menghalangi keinginan ke belakang (Walyani, 2017).

4. Sistem Perkemihan

Distensi yang berlebihan pada kandung kemih adalah hal yang umum terjadi karena peningkatan kapasitas kandung kemih, pembengkakan, memar jaringan disekitar uretra, dan hilangnya sesuai tekanan yang meningkat di uretra, hilangnya sesuai terhadap tekanan yang meningkat. Kandung kemih yang penuh menggeser uterus dan dapat menyebabkan retensi urin, pengosongan kandung kemih

yang adekuat umumnya kembali dalam 5-7 hari setelah terjadi pemulihan jaringan yang bengkak dan memar. Laju filtrasi glomerulus (GFR) tetap meningkat kira-kira 7 hari setelah melahirkan. Ureter yang berdilatasi dan pelvis renal kembali ke keadaan sebelum hamil dalam 6-10 minggu setelah melahirkan (Rahayu, 2017).

5. Sistem Muskuloskeletal

Ambulasi pada umumnya menurun 10% dalam waktu sekitar 3 jam post partum. Progesterone turun pada hari ke-3 postpartum. Kadar prolaktin dalam darah berangsur-angsur hilang (Walyani, 2017).

6. Sistem Endokrin

Kadar estrogen menurun 10% dalam waktu sekitar 3 jam postpartum. Progesteron turun pada hari ke 3 postpartum. Kadar prolaktin dalam darah berangsur-angsur hilang (Rahayu, 2017).

7. Sistem Kardiovaskuler

Denyut jantung, volume dan curah jantung meningkat segera setelah melahirkan karena terhentinya aliran darah ke plasenta yang mengakibatkan beban jantung meningkat yang dapat diatasi dengan haemokonsentrasi sampai volume darah kembali normal, dan pembuluh darah kembali ke ukuran semula (Walyani, 2017).



8. Sistem Hematologi

Hari pertama postpartum, konsentrasi hemoglobin dan hematokrit berfluktuasi sedang seminggu setelah persalinan, volume darah akan kembali ke tingkat sebelum hamil (Rahayu, 2017).

I. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

Kebutuhan dasar nifas adalah sebagai berikut :

1. Nutrisi dan cairan

Ibu yang menyusui harus memenuhi kebutuhan akan gizi sebagai berikut:

- a) Makan dengan diet seimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup.
- b) Mengonsumsi makanan tambahan 500 kalori tiap hari.
- c) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari pasca persalinan.
- d) Minum kapsul vitamin A 200.000 unit agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI
- e) Minum setidaknya 3 liter setiap hari (Saleha, 2009).

2. Ambulasi dini

Dilakukan dengan melakukan gerakan dan jalan-jalan ringan sambil bidan melakukan observasi perkembangan pasien dari jam demi jam sampai hitungan hari. Kegiatan

ini dilakukan secara meningkat secara berangsur-angsur frekuensi dan intensitas aktivitasnya sampai pasien dapat melakukannya sendiri tanpa pendampingan sehingga tujuan memandikan pasien dapat terpenuhi (Putranti, 2018)

3. Buang Air Kecil dan Besar

Sebagian besar pasien dapat melakukan ambulasi segera setelah persalinan usai. Aktivitas tersebut amat berguna bagi semua sistem tubuh, terutama fungsi usus, kandung kemih, sirkulasi dan paru-paru. Hal tersebut juga membantu kemajuan ibu dari ketergantungan peran sakit menjadi sehat (Walyani, 2017).

4. Personal hygiene

Pada masa post partum, ibu sangat rentan terhadap infeksi maka kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi.

Langkah-langkah yang dapat dilakukan untuk menjaga kebersihan diri ibu post partum :

- a) Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan seluruh tubuh, terutama *perineum*.
- b) Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah di sekitar

vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang kemudian membersihkan vulva setiap kali selesai buang air kecil atau besar.

- c) Sarankan ibu untuk mengganti pembalut setidaknya dua kali sehari.
- d) Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.
- e) Jika ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah tersebut.

(Saleha, 2009).

5. Kebutuhan perawatan Payudara

Sebaiknya perawatan mammae telah dimulai sejak wanita hamil supaya puting lemas, tidak keras dan kering sebagai persiapan menyusui bayinya . Apabila puting susu lecet oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap kali selesai menyusui, kemudian apabila lecetnya sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam (Walyani, 2017).

6. Istirahat

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

dan 1 jam pada siang hari. Anjurkan ibu untuk istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Sarankan ibu untuk kembali ke kegiatan rumah tangga secara perlahan. Kurang istirahat akan mempengaruhi Ibu dalam berbagai hal, di antaranya mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, serta menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya (Walyani, 2017).

7. Seksual

Secara fisik aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri maka ibu aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap (Saleha, 2009).

9. Latihan/senam nifas

Selama kehamilan dan persalinan ibu banyak mengalami perubahan fisik seperti dinding perut menjadi kendur, longgarnya liang senggama dan otot dasar panggul. Untuk mengembalikan kepada keadaan normal dan menjaga kesehatan agar tetap prima, senam nifas sangat baik dilakukan pada ibu setelah melahirkan. Ibu tidak perlu takut untuk banyak bergerak, karena dengan ambulasi dini

(bangun dan bergerak setelah beberapa jam melahirkan) dapat membantu rahim untuk kembali ke bentuk semula (Walyani, 2017).

8. Rencana KB

Rencana KB setelah ibu melahirkan itu sangatlah penting, dikarenakan secara tidak langsung KB dapat membantu ibu untuk dapat merawat anaknya dengan baik serta mengistirahatkan alat kandungannya (pemulihan alat kandungan). Ibu dan suami dapat memilih alat kontrasepsi kb apa saja yang ingin digunakan (Walyani, 2017).

J. Tanda Bahaya Masa Nifas

Tanda bahaya masa nifas, sebagai berikut :

1. Sakit kepala
2. Nyeri Epigastrik
3. Pengelihatn Kabur
4. Pembengkakan diwajah atau ektremitas
5. Demam
6. Muntah
7. Rasa sakit waktu berkemih
8. Payudara berubah menjadi merah, panas dan sakit
9. Kehilangan nafsu makan
10. Rasa sakit kepala (Sulistyawati, 2009).



K. Komplikasi Masa Nifas

Komplikasi dari masa nifas meliputi :

1. Infeksi Nifas

Infeksi masa nifas adalah infeksi bakteri pada traktus genitalia, terjadi sesudah melahirkan, ditandai kenaikan suhu sampai 38°C atau lebih selama dua hari dalam sepuluh hari pertama pascapersalinan, dengan pengecualian 24 jam pertama (Marliandiani, 2015).

Infeksi tersebut meliputi :

- a) Vulvitis, Vaginitis, Servisititis
 - b) Endometritis
 - c) Septikemia dan Pyemia
 - d) Peritonitis, Salpingitis, dan Ooforitis
- (Sulistyawati, 2009).

2. Komplikasi lain dalam masa nifas

a) Perdarahan pervaginam

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

Menurut waktu terjadinya di bagi atas 2 bagian

- 1) Perdarahan post partum *primer* (*Early Post Partum Hemorrhage*) yang terjadi dalam waktu 24 jam setelah anak lahir. Penyebab utama adalah

atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta dan robekan jalan lahir, terbanyak dalam 2 jam pertama.

- 2) Perdarahan post partum *sekunder* (*Late Post Partum Hemorrhage*) yang terjadi setelah 24 jam, biasanya terjadi antara hari ke-5 sampai ke-15 post partum. Penyebab utama robekan jalan lahir dan sisa plasenta (Yudiana, 2016).

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

Faktor-faktor penyebab perdarahan post partum adalah :

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

b) Robekan jalan lahir

Robekan atau laserasi bisa disebabkan oleh robekan spontan atau memang sengaja dilakukan episiotomi,

robekan jalan lahir dapat terjadi di tempat seperti robekan serviks, perlukaan pervagina, robekan perineum. Faktor risiko robekan jalan lahir yaitu persalinan pervaginam dengan tindakan, makrosomia janin, tidakan episiotomi. Gejala pada robekan jalan lahir adalah darah segar yang mengalir segera setelah bayi lahir, uterus berkontraksi keras, dan plasenta lengkap. Penyulit robekan jalan lahir yaitu pucat, lemah dan menggigil (Marliandiani, 2015).

3. Sub involusi uteri

Involusi adalah keadaan uterus mengecil oleh kontraksi rahim dimana berat rahim dari 1000 gram saat setelah bersalin, menjadi 40-60 gram 6 minggu kemudian. Pada beberapa keadaan terjadi proses involusi rahim tidak berjalan sebagaimana mestinya, sehingga proses pengecilan terlamabat. Keadaan demikian disebut sub involusi uteri (Ambarwati, 2010).

4. Nekrosis hipofisis lobus anterior post partum

Sindroma Sheehan atau nekrosis lobus depan dari hipofisis karena syok akibat perdarahan persalinan. Hipofisis ikut berinvolusi setelah persalinan karena syok akibat perdarahan hebat pada hipofisis terjadilah nekrosis pada pars anterior. Mungkin pula nekrosis ini terjadi karena

pembekuan intravaskuler menyebabkan trombosis pada sinusoid hipofisis. Gejala timbul agalaksia, amenore, dan insufisiensi hormone pars anterior hipofisis (Ambarwati, 2010).

L. Permasalahan dalam Masa Nifas

Menurut Sulistyawati (2009) masalah dalam masa nifas yaitu :

1. Perdarahan per vaginam
2. Infeksi masa nifas
3. Sakit kepala, nyeri epigastrik, dan penglihatan kabur
4. Pembengkakan di wajah atau ekstremitas
5. Demam, muntah, rasa sakit waktu berkemih
6. Payudara berubah menjadi panas, merah, dan sakit
7. Merasa sedih atau tidak mampu dalam merawat dirinya sendiri dan bayinya (baby blues)

M. Program Dan Kebijakan Teknis

1. Jadwal Kunjungan Nifas
 - a) Kunjungan Pertama (6 jam – 3 hari)
 - b) Kunjungan Kedua (4 – 28 hari)
 - c) Kunjungan Ketiga (29 – 42 hari)
2. Jenis Pelayanan
 - a) Periksa kondisi ibu nifas secara umum
 - b) Tekanan darah, suhu, respirasi dan nadi

- c) Perdarahan pervaginam, kondisi perineum, tanda infeksi, kontraksi rahim, tinggi fundus uteri dan memeriksa payudara
- d) Lokea dan perdarahan
- e) Pemeriksaan jalan lahir
- f) Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI

Eksklusif

- g) Pemberian kapsul vitamin A
 - h) Pelayanan kontrasepsi pascapersalinan
 - i) Penanganan risiko tinggi dan komplikasi pada nifas
3. Nasehat yang diberikan pada ibu
- a) Makanan-makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur, dan buah-buahan.
 - b) Kebutuhan air minum pada ibu menyusui 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari.
 - c) Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin.
 - d) Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu beristirahat.
 - e) Bagi ibu yang melahirkan dengan cara operasi Caesar maka harus menjaga kebersihan luka bekas operasi.

- f) Cara menyusui yang benar dan hanya memberikan ASI saja selama 6 bulan.
 - g) Perawatan bayi yang benar.
 - h) Jangan membiarkan bayi menangis terlalu lama, karena membuat bayi stress.
 - i) Lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga.
 - j) Untuk berkonsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan.
- (Buku KIA, 2015).

N. Anatomi dan Fisiologi Payudara

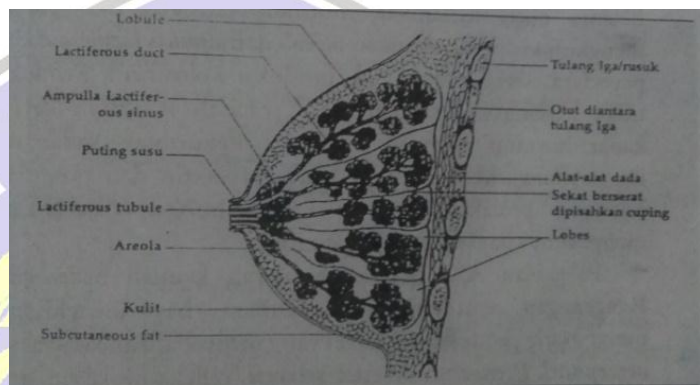
1. Bagian-bagian payudara terdiri dari :

- a) Pabrik ASI (alveoli)
 - 1) Berbentuk seperti buah anggur.
 - 2) Dindingnya terdiri dari sel-sel yang memproduksi ASI jika dirangsang oleh hormon proklatin.
- b) Saluran ASI (duktus lactiferious)
Berfungsi untuk menyalurkan ASI dari pabrik ke gudang
- c) Gudang ASI (sinus lactiferous)

Tempat penyimpanan ASI yang terletak dibawah kalang payudara (areola)

- d) Otot polos (myopithel)
 - 1) Otot yang mengelilingi pabrik ASI

- 2) Jika dirangsang oleh hormon oksitosin maka otot yang melingkari pabrik ASI akan mengerut dan menyembrotkan ASI di dalamnya.
- 3) Selanjutnya, ASI akan mengalir ke saluran payudara dan berakhir di gudang ASI (Sulistyawati, 2009).



Gambar 2.7
Anatomi payudara
Sumber : (Sulistyawati, 2009)

2. Fisiologis laktasi

Hisapan bayi memicu pelepasan ASI dari alveolus mammae melalui duktus ke sinus lactiferous. Hisapan menrangsang produksi oksitosin oleh kelenjar hypofisis posterior. Oksitosin memasuki darah dan menyebabkan kontraksi sel-sel khusus yang mengelilingi alveolus mammae dan duktus lactiferous.

Kontraksi sel-sel khusus ini mendorong ASI keluar dari alveoli melalui duktus lactiferous menuju sinus lactiferous, tempat ASI akan disimpan. Pada saat bayi menghisap, ASI di dalam sinus tertekan keluar, ke mulut bayi. Gerakan ASI dari sinus

dinamakan let down reflect atau “pelepasan”. Pada akhirnya, let down dapat dipacu tanpa rangsangan hisapan. Pelepasan dapat terjadi bila ibu mendengar bayi menangis atau sekedar memikirkan tentang bayinya (Sulistyawati, 2009).

a) Hal-hal yang dapat meningkatkan oksitosin, antara lain:

- 1) Ibu dalam keadaan tenang
- 2) Mencium dan mendengar celoteh bayi atau tangisannya.
- 3) Melihat dan memikirkan bayinya dengan perasaan kasih sayang.
- 4) Ayah menggendong bayi dan diberikan kepada ibu saat akan menyusui dan menyendawakannya,
- 5) Ayah menggantikan popok dan memandikannya
- 6) Ayah bermain, menggendong, mendendangkan nyanyian, dan membantu pekerjaan rumah tangga.
- 7) Ayah memijat bayi.

b) Hal-hal yang dapat mengurangi produksi oksitosin, antara lain:

- 1) Ibu merasa takut jika menyusui akan merusak bentuk payudara.
- 2) Ibu bekerja.
- 3) Ibu merasa khawatir produksi ASI nya tidak cukup
- 4) Ibu merasa kesakitan, terutama saat menyusui.
- 5) Ibu merasa sedih, cemas, kesal, dan bingung.

- 6) Ibu merasa malu untuk menyusui.
- 7) Suami atau keluarga kurang mendukung dan mengerti ASI (Sulistyawati, 2009).

3. Komposisi gizi dalam ASI

a) Kolostrum

Air susu yang pertama kali keluar, berwarna kuning keemasan, kental, dan lengket. Kolostrum ini disekresi oleh kelenjar payudara pada hari pertama sampai hari keempat pascapersalinan. Kolostrum mengandung tinggi protein, mineral, garam, vitamin A, nitrogen, sel darah putih, dan antibodi yang tinggi daripada ASI matur. Kolostrum mengandung rendah lemak dan laktosa. Kolostrum merupakan pencahar ideal untuk membersihkan zat yang tidak terpakai dari usus bayi yang baru lahir dan mempersiapkan saluran pencernaan makanan bagi bayi (Marliandiani, 2015).

b) ASI transisi/ peralihan

ASI peralihan diproduksi pada hari keempat/ ketujuh sampai hari ke-10 sampai ke -14 setelah kolostrum sampai sebelum matang ASI (Roesli, 2012). Pada ASI transisi kadar lemak, laktosa, dan vitamin larut air lebih tinggi, kadar protein dan mineral lebih rendah, serta mengandung lebih banyak kalori (Marliandiani dkk, 2015).



c) ASI matur

Asi matur keluar setelah hari ke-14 dan seterusnya. ASI matur akan terlihat lebih encer daripada susu sapi. Akan tetapi, pada tahap ini ASI banyak mengandung nutrisi yang sangat dibutuhkan oleh bayi (Marliandiani, 2015)

1) Protein

Protein ASI paling rendah, berkisar 1,3 g/ml pada bulan pertama dengan rata-rata 1,15 g/100ml dihitung berdasarkan total nitrogen x 6,25. ASI mengandung whey protein dan casein. Casein adalah protein yang sukar dicerna dan whey protein adalah protein yang membantu menyebabkan isi pencernaan bayi menjadi lebih lembut atau mudah dicerna oleh usus bayi.

2) Lemak

Lemak ASI terdiri dari *trigliserid* (98-99%) yang dengan enzim lipase akan terurai menjadi *trigliserol* dan asam lemak. *Enzim lipase* tidak hanya terdapat pada sistem pencernaan bayi, tapi juga dalam ASI.

Lemak ASI lebih mudah dicerna karena sudah dalam bentuk emulsi. Salah satu keunggulan lemak ASI adalah kandungan asam lemak *essensial*, *decosahexaenoic acid* (DHA) dan *arachonic acid* (AA) yang berperan penting sampai 1 tahun usia anak.

3) Vitamin

a) Vitamin yang larut dalam lemak

Vitamin A adalah satu vitamin yang penting yang tinggi kadarnya dalam kolostrum dan menurun pada ASI biasa. ASI adalah sumber vitamin A yang baik dengan konsentrasi sekitar 200 IU/dl.

Vitamin yang larut dalam lemak lainnya adalah vitamin D, E, dan K.

b) Vitamin yang larut dalam air

Vitamin C, asam nicotinic, B12, B1 (tiamin), B2 (Riboflavin), B6 (piridoksin) sangat dipengaruhi oleh makanan ibu, namun untuk ibu dengan status gizi normal, tidak perlu diberi suplemen.

4) Zat besi

Meskipun Asi mengandung sedikit zat besi (0,5-1,0 mg/liter), namun bayi yang menyusui jarang terkena anemia. Bayi lahir dengan cadangan zat besi dan zat besi dari ASI diserap dengan baik (>70%) dibandingkan dengan penyerapan 30% dari susu sapi dan 10% dari susu formula.

5) Zat anti infeksi

ASI mengandung anti infeksi terhadap berbagai macam penyakit, seperti penyakit saluran pernapasan atas, diare, dan penyakit saluran pencernaan.

6) Laktoferin

Laktoferin banyak dalam ASI (1-6 mg/ ml), tapi tidak dalam susu sapi. Laktoferin bekerja sama dengan IgA untuk menyerap zat besi dari pencernaan sehingga menyebabkan terhidarnya suplai zat besi yang dibutuhkan organisme patogenik, seperti *Eschericia Coli (E.coli)* dan *Candida Albicans*. Oleh karena itu, pemberian suplemen zat besi kepada bayi menyusui harus lebih dipertimbangkan.

7) Faktor bifidus

Faktor bifidus dalam ASI meningkatkan pertumbuhan bakteri baik dalam usus bayi (*Lactobacillus Bifidus*) yang melawan pertumbuhan bakteri patogen (seperti *shigela*, *salmonela*, dan *E. Coli*), yang ditandai dengan Ph rendah (5-6), bersifat asam, dari tinja bayi.

8) Lizozim

Lizozim dapat melawan serangan *E.coli* dan *Salmoonela*, serta lebih unik dibandingkan dengan antibodi lain karena jika yang lain menurun maka kadar

lisozim akan meningkat di ASI setelah bayi berumur di atas 6 bulan sampai saat bayi sudah mulai diberikan makanan pendamping ASI .

9) Taurin

Taurin adalah asam amino dalam ASI yang terbanyak kedua. Berfungsi sebagai *neurotransmitter* dan berperan penting dalam maturasi otak bayi (Sulistyawati, 2009).

4. Posisi dan cara menyusui yang benar

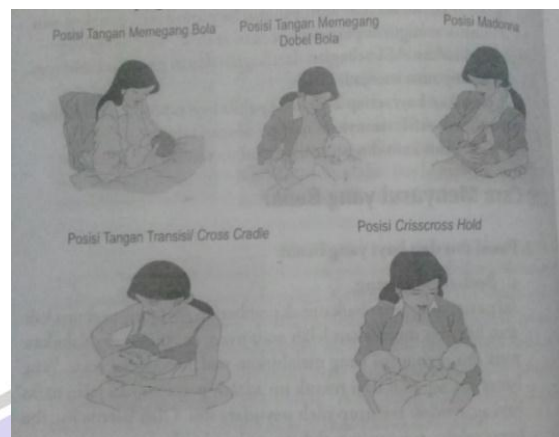
a) Posisi ibu dan bayi yang benar

1) Berbaring miring

Ini posisi yang amat baik untuk pemberian ASI yang pertama kali atau bila ibu merasakan lelah atau nyeri. Ini biasanya dilakukan pada ibu menyusui yang melahirkan melalui operasi sesar. Yang harus diwaspadai dari teknik ini adalah pertahankan jalan napas bayi agar tidak tertutup oleh payudara.

2) Duduk

Untuk posisi duduk, ibu dapat memilih beberapa posisi tangan dan bayi yang paling nyaman. Perhatikan gambar berikut:



Gambar 2.8
Teknik menyusui dengan posisi duduk
Sumber: (Sulistyawati, 2009)

b) Cara menyusui yang benar

Tujuan menyusui yang benar adalah untuk merangsang produksi susu dan memperkuat refleks mengisap bayi.

1) Langkah-langkah perlekatan/ menyusui yang benar

(a) Cuci tangan sebelum menyusui dan mendampingi ibu.

(b) Ibu duduk atau berbaring dengan santai (bila duduk lebih baik menggunakan kursi yang rendah agar kaki ibu tidak menggantung dan punggung ibu bersandar pada kursi).

(c) Mempersilakan dan membantu ibu membuka pakaian bagian atas

(d) Sebelum menyusui bersihkan puting sampai aerola dengan kapas dibasahi air hangat (DTT) lalu Asi dikeluarkan sedikit, kemudian dioleskan pada

putting dan sekita aerola payudara (cara ini mempunyai manfaat sebagai desinfektan dan menjaga kelembapan puting susu).

(e) Jelaskan pada ibu bagaimana teknik memegang bayinya

(1) Kepala dan badan bayi berada pada satu garis

(2) Perut bayi menempel pada perut ibu dengan meletakkan satu tangan bayi dibelakang badan ibu dan yang satu didepan.

(3) Muka bayi menghadap payudara, sedangkan hidungnya ke arah puting susu.

(4) Ibu harus memegang bayinya berdekatan dengan ibu.

(5) Untuk BBL, ibu harus menopang badan bayi bagian belakang disamping kepala dan bahu.

(f) Mengajari ibu untuk menopang payudara dengan ibu jari di atas dan jari yang lain menopang di bawah serta jangan menekan puting susu dan aerolanya.

(g) Mengajari ibu untuk merangsang membuka mulut bayi dengan puting susu.

(h) Setelah bayi membuka mulut (anjurkan ibu untuk medekatkan dengan cepat kepala bayi ke payudara

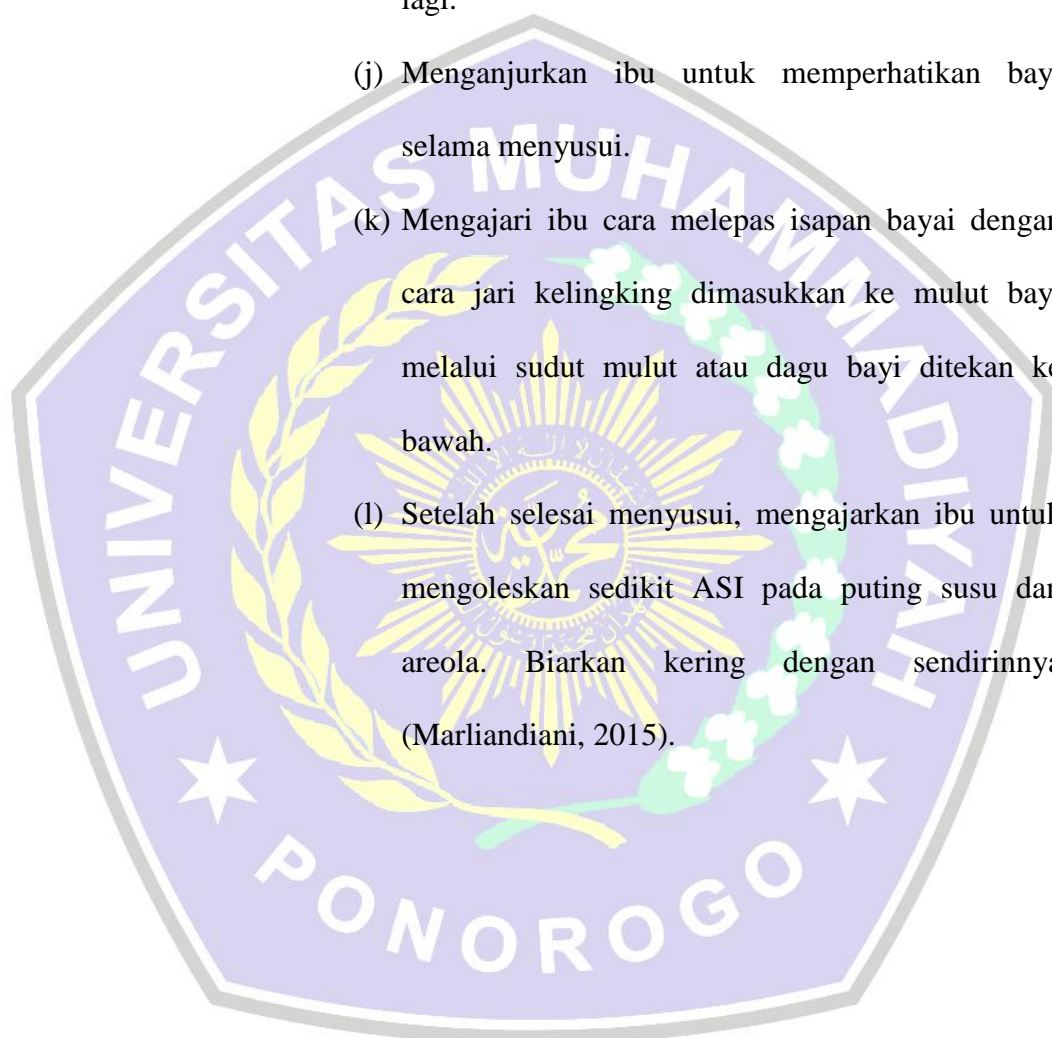
ibu, kemudian memasukkan puting susu serta sebagian besar areola ke mulut bayi)

(i) Setelah bayi memulai mengisap, menganjurkan ibu untuk tidak memegang atau menyangga payudara lagi.

(j) Menganjurkan ibu untuk memperhatikan bayi selama menyusui.

(k) Mengajari ibu cara melepas isapan bayi dengan cara jari kelingking dimasukkan ke mulut bayi melalui sudut mulut atau dagu bayi ditekan ke bawah.

(l) Setelah selesai menyusui, mengajarkan ibu untuk mengoleskan sedikit ASI pada puting susu dan areola. Biarkan kering dengan sendirinya (Marliandiani, 2015).





2.1.4 Konsep Dasar Teori BBL

A. Definisi

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

B. Ciri Ciri Bayi Baru Lahir Normal

Berikut ini adalah ciri ciri bayi baru lahir normal :

1. Lahir aterm antara 17-42 minggu
2. Berat badan 2500-4000 gram
3. Panjang badan 48-52 cm
4. Lingkar dada 30-38 cm
5. Lingkar kepala 33-35 cm
6. Lingkar lengan 11-12 cm
7. Frekuensi denyut jantung 120-160x/menit
8. Pernafasan \pm 40-60 x/menit
9. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup
10. Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna
11. Kuku agak panjang dan lemas

12. Nilai APGAR >7
13. Gerak aktif
14. Bayi lahir langsung menangis normal
15. Refleks rooting (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik
16. Refleks sucking (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik
17. Refleks morro (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik
18. Reflek grasping (menggeggam) sudah baik
19. Genetalia
Pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang. Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang serta adanya labia minora dan mayora
20. Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan

(Vivian, 2010).

Tabel 1.4
APGAR Score

Tanda	Nilai : 0	Nilai : 1	Nilai : 2
Appearance (warna kulit)	Pucat/biru seluruh tubuh	Tubuh merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse (denyut jantung)	Tidak ada	< 100	>100
Grimace (tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
Activity (aktivitas)	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menangis
Respiration (pernapasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis

Interpretasi :

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

C. Tahapan Bayi Baru Lahir

Tahapan yang terjadi pada bayi baru lahir meliputi :

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

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

D. Perubahan Fisiologis Bayi Baru Lahir

Perubahan Fisiologis Bayi Baru Lahir meliputi :

1. Sistem pernapasan

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

Tabel 1.5
Pernapasan Pulmonal

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

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

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

- b) Penurunan PaO₂ dan peningkatan PaCO₂ merangsang kemoreseptor yang terletak di sinus karotikus (stimulasi kimiawi)
- c) Rangsangan didaerah muka dan perubahan suhu di dalam uterus (stimulasi sensorik)
- d) Refleks deflasi Hering Breut

Pernapasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir. Usaha bayi pertama kali untuk mempertahankan tekanan alveoli, selain karena adanya surfaktan, juga karena adanya tarikan napas dan pengeluaran napas dengan merintih sehingga udara bisa tertahan didalam. Cara neonatus bernapas dengan cara bernapas diafragmatik dan abdominal, sedangkan untuk frekuensi dan dalamnya bernapas belum teratur. Apabila surfaktan berkurang, maka alveoli akan kolaps dan paru-paru kaku, sehingga terjadi atelektasis. Dalam kondisi seperti ini (anoksia), neonatus (masih dapat mempertahankan hidupnya karena adanya kelanjutan metabolisme anaerobik

2. Peredaran darah

Pada masa fetus, peredaran darah dimulai dari plasenta melalui vena umbilikal lalu sebagian kehati dan sebagian lainnya langsung ke serambi kiri jantung, kemudian ke bilik

kiri jantung. Dari bilik kiri darah dipompa melalui aorta ke seluruh tubuh, sedangkan yang dari bilik kanan darah dipompa sebagian ke paru dan sebagian melalui duktus arteriosus ke aorta.

Setelah bayi lahir, paru akan berkembang yang akan mengakibatkan tekanan arteriol dalam paru menurun yang diikuti dengan menurunnya tekanan pada jantung kanan.

Kondisi ini menyebabkan tekanan jantung kiri lebih besar dibandingkan dengan tekanan jantung kanan, dan hal tersebutlah yang membuat foramen ovale secara fungsional menutup. Hal ini terjadi pada jam-jam pertama setelah kelahiran. Oleh karena tekanan dalam paru turun dan tekanan dalam aorta desenden naik dan juga karena rangsangan biokimia (PaO_2 yang naik) serta duktus arteriosus yang berobliterasi. Hal ini terjadi pada hari pertama.

Aliran darah paru pada hari pertama kehidupan adalah 4-5 liter per menit/ m^2 . Aliran darah sistolik pada hari pertama rendah yaitu 1,96 liter/menit/ m^2 dan bertambah pada hari kedua dan ketiga (3,54 liter/ m^2) karena penutupan duktus arteriosus. Tekanan darah pada waktu lahir dipengaruhi oleh jumlah darah yang melalui transfusi plasenta yang

pada jam-jam pertama sedikit menurun, untuk kemudian naik lagi dan menjadi konstan kira-kira 85/40 mmHg.

3. Suhu tubuh

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

a) Konduksi

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

b) Konveksi

Panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang bergantung pada kecepatan dan suhu udara). Sebagai contoh, konveksi dapat terjadi ketika membiarkan atau menempatkan BBL dekat jendela, atau membiarkan BBL diruangan yang terpasang kipas angin.

Suhu udara di kamar bersalin tidak boleh kurang dari 20°C dan sebaiknya tidak berangin. Tidak boleh ada pintu dan jendela yang terbuka. Kipas angin dan AC

yang kuat harus cukup jauh dari area resusitasi. Troly resusitasi harus mempunyai sisi untuk meminimalkan konveksi ke udara sekitar bayi (Prawirohardjo, 2014).

c) Radiasi

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

d) Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan yang bergantung pada kecepatan dan kelembapan udara (perpindahan panas dengan cara mengubah cairan menjadi uap. Evaporasi ini dipengaruhi oleh jumlah panas yang dipakai, tingkat kelembapan udara, dan aliran udara yang melewati. Apabila BBL dibiarkan dalam suhu kamar 25°C, maka bayi akan kehilangan panas melalui konveksi, radiasi, dan evaporasi yang besarnya 200 kg/BB, sedangkan yang dibentuk hanya sepersepuluhnya saja. Agar dapat mencegah terjadinya kehilangan panas pada bayi, maka lakukan hal berikut :

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

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

4. Metabolisme

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

5. Keseimbangan air dan fungsi ginjal

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

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

6. Imunoglobulin

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

7. Traktus Digestivus

Traktus Digestivus relatif lebih berat dan lebih panjang dibandingkan dengan orang dewasa. Pada neonatus, traktus

digestivus mengandung zat berwarna hitam kehijauan yang terdiri atas mukopolisakarida atau disebut juga dengan mekonium. Pengeluaran mekonium biasanya pada 10 jam pertama kehidupan dan dalam 4 hari setelah kelahiran biasanya feses sudah berbentuk dan berwarna biasa. Enzim dalam traktus digestivus biasanya sudah terdapat pada neonatus, kecuali enzim emilase pankreas

8. 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 kloramfenikol dengan dosis lebih dari 50 mg/kgBB/hari dapat menimbulkan *grey baby syndrome*

9. Keseimbangan Asam basa

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

E. Penanganan Bayi Baru Lahir

Tujuan utama perawatan bayi segera sesudah lahir menurut (Prawirohardjo, 2009).

1. Membersihkan jalan napas

Bayi normal akan menangis spontan segera setelah lahir. Apabila bayi tidak langsung menangis, penolong segera membersihkan jalan napas dengan cara sebagai berikut :

- a) Letakkan bayi pada posisi di tempat yang keras dan hangat
- b) Gulung sepotong kain dan letakkan di bawah bahu sehingga leher bayi lebih lurus dan kepala tidak menekuk. Posisi kepala diatur lurus sedikit tengadah kebelakang.
- c) Bersihkan hidung, rongga mulut dan tenggorokan bayi dengan jari tangan yang dibungkus dengan steril
- d) Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2-3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain yang kering dan kasar. Dengan rangsangan ini biasanya bayi segera menangis
- e) Alat penghisap lendir mulut (DeLee) atau alat penghisap lainnya yang steril , tabung oksigen dengan selangnya harus telah siap ditempat
- f) Segera lakukan usaha menghisap mulut dan hidung

- g) Petugas harus memantau dan mencatat usaha napas yang pertama
- h) Warna kulit, adanya cairan atau mekonium dalam hidung atau mulut harus diperhatikan
- i) Bantuan untuk memulai prnapasan mungkin diperlukan untuk mewujudkan ventilasi yang adekuat. Dokter atau tenaga medis lain hendaknya melakukan memompa bila setelah 1 menit bayi tak bernapas (Prawirohardjo, 2009)

2. Memotong dan merawat tali pusat

Tali pusat dipotong sebelum atau sesudah plasenta lahir tidak begitu menentukan dan tidak akan mempengaruhi bayi, kecuali pada bayi kurang bulan. Apabila bayi lahir tidak menangis, maka tali pusat segera dipotong untuk memudahkan melakukan tindakan resusitasi pada bayi. Tali pusat dipotong 5 cm dari dinding perut bayi dengan gunting steril dan diikat dengan pengikat steril. Apabila masih terjadi perdarahan dapat dibuat ikatan baru. Luka tali pusat dibersihkan dan dirawat dengan alkohol 70% atau povidon iodine 10 % serta dibalut kasa steril. Pembalut tersebut diganti setiap hari dan atau setiap tali basah/kotor (Prawirohardjo, 2009).

3. Mempertahankan suhu tubuh bayi

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

4. Memberi vitamin K

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

5. Memberi obat tetes/salep mata

Dibeberapa negara perawatan mata bayi baru lahir secara hukum diharuskan untuk mencegah terjadinya oftalmia neonatorum. Di daerah dimana prevalensi gonorhea tinggi, setiap bayi baru lahir perlu diberi salep mata sesudah 5 jam bayi lahir. Pemberian obat mata eritromisin 0,5 % atau tetrasiklin 1% dianjurkan untuk pencegahan penyakit mata

karena klamidia (penyakit menular seksual) (Prawirohardjo, 2009).

6. Identifikasi bayi

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

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

e) Sidik telapak kaki bayi dan sidik jari ibu harus dicetak di catatan yang tidak mudah hilang. Sidik telapak kaki bayi harus dibuat oleh personil yang berpengalaman menerapkan cara ini, dan dibuat dalam catatan bayi. Bantalan sidik kaki harus disimpan dalam ruangan bersuhu kamar. Ukurlah berat lahir, panjang bayi, lingkar kepala, lingkar perut dan catat dalam rekam medik (Prawirohardjo, 2009).

7. Pemantauan bayi baru lahir

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

a) Dua jam pertama sesudah lahir

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

- 1) Kemampuan menghisap kuat atau lemah
- 2) Bayi tampak aktif atau lunglai
- 3) Bayi kemerahan atau biru

b) Sebelum penolong persalinan meninggalkan ibu dan bayinya

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

- 1) Bayi kecil untuk masa kehamilan atau bayi kurang bulan
- 2) Gangguan pernapasan
- 3) Hipotermia
- 4) Infeksi
- 5) Cacat bawaan dan trauma lahir (Prawirohardjo, 2009)

F. Adaptasi Bayi Baru Lahir

Adaptasi Bayi Baru Lahir meliputi :

1. *Homeostatis* adalah kemampuan adaptasi fisiologi bayi baru lahir dalam mengatasi banyaknya perubahan yang akan dialami oleh bayi yang semula berada dalam lingkungan rahim ke lingkungan luar rahim.
 - a) *Homeostatis neonatus* ditentukan oleh keseimbangan antara maturitas dan status gizi
 - b) Kemampuan *Homeostatis* pada neonatus kurang bulan tergantung masa gestasi
 - c) Matriks otak belum sempurna sehingga mudah terjadi perdarahan intrakranial

2. Proses adaptasi fisiologi yang dilakukan bayi baru lahir perlu diketahui dengan lebih baik oleh tenaga kesehatan, khususnya bidan, perawat maternitas dan perawat perinatologi yang bertanggung jawab terhadap ibu dan bayi baru lahir, saat lahir, bayi baru lahir harus beradaptasi dengan keadaan yang sangat tergantung menjadi mandiri
3. Adaptasi fisiologi bayi baru lahir adalah sangat berguna bagi bayi untuk menjaga kelangsungan hidupnya diluar uterus.
 - a) Artinya nantinya bayi harus dapat melaksanakan sendiri segala kegiatan untuk mempertahankan kehidupannya
 - b) Dalam hal ini yang sangat perlu diperhatikan adalah bagaimana upaya untuk menjaga agar bayi tetap terjaga kesehatannya
 - c) Yang utama adalah menjaga bayi agar tetap hangat, mampu mempertahankan pernafasan dengan spontan dan bayi menyusu sendiri pada ibunya (Maryunani, 2014).

G. Yang Perlu Diperhatikan Pada Bayi Lahir

Yang Perlu Diperhatikan Pada Bayi Lahir meliputi :

Tabel 1.6
Yang Perlu Diperhatikan Pada Bayi Lahir

Kesadaran dan reaksi terhadap sekeliling	Perlu dikenali kurangnya reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit, atau suara keras yang mengejutkan atau suara mainan
Keaktifan	Bayi normal melakukan gerakan gerakan tangan dan kaki yang simetri pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala suatu kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut
Simetri	Apakah secara keseluruhan badan seimbang
Kepala	Apakah tidak simetris, berupa tumor lunak di belakang atas yang menyebabkan kepala tampak lebih panjang, sebagai akibat proses kelahiran, atau tumor lunak hanya di belahan kiri atau kanan saja, atau disisi kiri dan kanan tetapi tidak melampaui garis tengah bujur kepala. Ukur lingkar kepala
Muka wajah	Bayi tanpa ekspresi
Mata	Diperhatikan adanya tanda-tanda perdarahan berupa bercak merah yang akan menghilang dalam waktu 6 minggu
Mulut	Salivasi tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapat sekret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna
Leher, dada, abdomen	Melihat adanya cedera akibat persalinan. Ukur lingkar perut
Punggung	Adakah benjolan /tumor atas tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna

Bahu, tangan, sendi, tungkai	Perlu diperhatikan bentuk, gerakannya, fraktur, paresis
Kulit dan kuku	Dalam keadaan normal kulit berwarna kemerahan. Kadang kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan. Pengelupasan yang berlebihan harus dipikirkan kemungkinan adanya kelainan. Waspada timbulnya kulit dengan warna yang tak rata (cutis marmorata) telapak tangan, telapak kaki atau kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat atau kuning . bercak bercak besar biru yang sering terdapat disekitar bokong (mongolian spot) akan menghilang pada umur 1-5 tahun
Kelancaran menghisap dan pencernaan	Harus diperhatikan
Tinja dan kemih	Diharapkan keluar dalam 24 jam pertama. Waspada bila terjadi perut yang tiba-tiba membesar, tanpa keluarnya tinja, disertai muntah, dan mungkin dengan kulit kebiruan, harap segera konsultasi untuk pemeriksaan lebih lanjut
Refleks	Refleks rooting, bayi menoleh kearah benda yang menyentuh pipi Refleks isap terjadi apabila terdapat benda menyentuh bibir, yang disertai refleks menelan Refleks moro ialah timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba tiba digerakkan Refleks mengeluarkan lidah terjadi apabila diletakkan didalam mulut, yang sering ditafsirkan bayi menolak makan/minum
Berat badan	Sebaiknya tiap hari dipantau. Penurunan berat badan lebih dari 5 % berat badan waktu lahir, menunjukkan kekurangan cairan

(Prawirohardjo, 2009)

H. Pemantauan Tanda-Tanda Vital Pada BBL

Pemantauan tanda-tanda vital meliputi :

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

Mencatat hasil pantauan merupakan salah satu cara kerjasama seluruh tim dalam membuat program perawatan. Pencegahan lebih bermafaat dan ekonomis daripada pengobatan (Prawirohardjo, 2009).

I. Penilaian Bayi Untuk Tanda Tanda Kegawatan

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

1. Sesak napas
2. Frekuensi pernapasan 60 kali/menit
3. Gerak retraksi di dada
4. Malas minum
5. Panas atau suhu badan bayi rendah

6. Kurang aktif
7. Berat lahir rendah (1500-2500 gram) dengan kesulitan minum (Prawirohardjo, 2009).

Tanda-tanda bayi sakit berat, apabila terdapat satu atau lebih tanda tanda berikut :

1. Sulit minum
2. Sianosis sentral (lidah biru)
3. Perut kembung
4. Periode apneu
5. Kejang/periode kejang kejang kecil
6. Merintih
7. Perdarahan
8. Sangat kuning
9. Berat badan lahir < 1500 gram (Prawirohardjo, 2009)

J. Kelainan Pada Bayi Baru Lahir

Contoh kelainan kelainan pada bayi baru lahir yang sering terjadi adalah sebagai berikut :

1. Labioszkizis dan labio palatozkizis
2. Atresia esofagus
3. Atresia rekti dan anus
4. Hirshprung
5. Obstruksi billiaris
6. Omfalokel

7. Hernia diafragmatika
8. Meningokel, ensefalokel
9. Hidrosefalus
10. Fimosis
11. Hipospadia (Vivian, 2010).

K. Masalah-masalah Pada Bayi Baru Lahir

1. Asfiksia

Asfiksia pada bayi baru lahir (BBL) menurut IDAI (Ikatan Dokter Anak Indonesia) adalah kegagalan nafas secara spontan dan teratur pada saat lahir atau beberapa saat setelah lahir (Prambudi, 2013). Hal ini disebabkan oleh hipoksia janin dalam uterus dan hipoksia ini berhubungan dengan faktor-faktor yang timbul dalam kehamilan, persalinan, atau segera setelah bayi lahir (Depkes RI, 2009).

2. Infeksi

Infeksi pada bayi baru lahir lebih sering ditemukan pada BBLR dan bayi yang dilahirkan dirumah sakit. Setelah lahir, bayi terpapar dengan kuman yang juga berasal dari orang lain dan terhadap kuman dari orang lain, dalam hal ini bayi tidak mempunyai imunitas.

Penanganannya :

- a) Pertahankan tubuh bayi tetap hangat.
- b) ASI tetap diberikan
- c) Diberi injeksi antibiotic berspektrum luas.
- d) Perawatan sumber infeksi, misalnya pada infeksi tunggal tali pusat (omfalitis) diberi salep yang mengandung neomisin dan basitrasin (Prawirohardjo, 2009).

3. Ikterus

Ikterus adalah perubahan warna kulit yang sering ditemukan pada bayi baru lahir. Macam-macam ikterus menurut Prawirohardjo, 2009) :

a) Ikterus fisiologis

Ikterus yang timbul pada hari kedua dan ketiga, tidak mempunyai dasar patologi, keadaan tidak melampaui potensi menjadi kern-ikterus, tidak menyebabkan suatu morbiditas pada bayi.

b) Ikterus patologis

Ikterus yang mempunyai dasar patologis, kadar bilirubinnya mencapai nilai hiperbilirubinemia. Penilaian kadar bilirubin, sebaiknya dilakukan secara laboratories, apabila fasilitas tidak memungkinkan dapat dilakukan secara klinis.

4. Kejang

Kejang pada bayi baru lahir sering tidak dikenali karena bentuknya berbeda dengan kejang pada anak atau orang dewasa. Manifestasi kejang pada bayi baru lahir dapat berupa tremor, hiperaktif, kejang-kejang, tiba-tiba menangis melengking, tonus otot hilang disertai atau tidak dengan hilangnya kesadaran, gerakan tidak menentu, mata mengedip-ngedip paroksimal, gerakan seperti mengayuh dan menelan, bahkan apnu. Gerakan kejang berlangsung berulang-ulang dan periodic (Prawirohardjo, 2009).

5. Tanda-tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

- a) Pernafasan sulit atau lebih dari 60 kali / menit, retraksi dada inspirasi
- b) Kulit, bibir biru atau pucat, memar atau sangat kuning (terutama pada 24 jam pertama)
- c) Suhu terlalu panas lebih dari 38°C atau terlalu dingin atau kurang dari 36°C.
- d) Pemberian ASI sulit (hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah)
- e) Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan (pus), bau busuk, berdarah
- f) Mekonium tidak keluar setelah 3 hari pertama setelah kelahiran, urine tidak keluar dalam 24 jam pertama,

muntak terus menerus, distensi abdomen, feses hijau/berlendir/darah.

- g) Mata bengkak dan mengeluarkan cairan.
- h) Adanya infeksi yang ditandai dengan suhu tubuh meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (pus), bau busuk, pernafasan sulit.
- i) Bayi menggigil atau menangis tidak seperti biasanya, lemas, mengantuk, lunglai, kejang halus, tidak bisa tenang.
- j) Menangis terus-menerus (Muslihatun, 2010).

L. Asuhan Bayi Baru Lahir

1. Pelayanan Kesehatan Neonatus

- a) Kunjungan neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir. Hal yang dilakukan :

- 1) Jaga kehangatan tubuh bayi.
- 2) Berikan ASI eksklusif
- 3) Rawat tali pusat.

- b) Kunjungan neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke-3 sampai dengan hari ke-7 setelah lahir.

- 1) Jaga kehangatan tubuh bayi.
- 2) Berikan ASI eksklusif.

- 3) Cegah infeksi.
 - 4) Rawat tali pusat.
- c) Kunjungan neonatal ke-3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke 8 sampai dengan hari ke-28 setelah lahir.

1) Periksa ada atau tidak tanda bahaya atau gejala sakit.

2) Lakukan :

- a) Jaga kehangatan tubuh.
- b) Beri ASI eksklusif
- c) Rawat tali pusat (Walyani, 2014).

2. Refleks pada Bayi Baru Lahir

Menurut Marmi, 2015 yaitu :

a) Refleks Glabella

Ketuk daerah pangkal hidung secara perlahan-lahan dengan menggunakan jari telunjuk pada saat mata terbuka. Bayi akan mengedipkan mata pada 4 sampai 5 ketukan pertama.

b) Refleks Sucking

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

c) Refleks mencari (rooting)

Bayi menoleh kearah benda yang menyentuh pipi.

Misalnya: mengusap pipi bayi dengan lembut: bayi akan menolehkan kepalanya kearah jari kita dan membuka mulutnya.

d) Refleks Palmagraph

Dengan meletakkan jari telunjuk pada palmar, tekanan dengan gentle, normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat.

e) Refleks Babinski

Gores telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki kearah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hyperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi.

f) Refleks moro

Timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan atau dikejutkan dengan cara bertepuk tangan.

e) Bounding Attachment

Terjadi pada kala IV, dimana diadakan kontak antara ibu-anak berada dalam 1 ruangan melalui pemberian ASI

Ekklusif, kontak mata, suara, aroma dan kontak dini
(Marmi, 2015)

M. Kebutuhan Dasar Bayi Baru Lahir

1. Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua energi berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6. Kebutuhan energ bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energy sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marmi, 2012).

Tabel 1.7
Kebutuhan Dasar Cairan Dan Kalori Pada Neonatus

Hari Kelahiran	Cairan/Kg/hari	Kalori/Kg/hari
Hari ke-1	60 ml	40 kal
Hari ke-2	70 ml	50 kal
Hari ke-3	80 ml	60 kal
Hari ke-4	90 ml	70 kal
Hari ke-5	100 ml	80 kal
Hari ke-6	110 ml	90 kal
Hari ke-7	120 ml	100 kal
Hari ke- lebih 10	150-200 ml	Lebih 120 kal

Sumber : (Saifuddin, 2009).

2. Eliminasi

Pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa (Marmi, 2012). Feses pertama ini berwarna hijau kehitaman, lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel. Sejak hari ketiga hingga ke lima kelahiran, feses mengalami tahap transisi dan menjadi berwarna kuning kecoklatan (Fraser, 2009). Urin pertama dikeluarkan dalam 24 jam pertama dan setelahnya dengan frekuensi yang semakin sering seiring meningkatnya asupan cairan. Urin encer, berwarna kuning dan tidak berbau (Fraser, 2009).

3. Istirahat dan tidur

Bayi baru lahir tidur 16-18 jam sehari, paling sering waktu 45 menit sampai 2 jam. Bayi dapat menangis setidaknya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari (Marmi, 2012).

4. Personal hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mengering. Pencucian rambut hanya perlu

dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urin dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah (Marmi, 2012).

5. Aktifitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut (Marmi, 2012). Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari, bergantung pada temperamen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok basah, suhu ekstrim, dan stimulasi berlebihan (Marmi, 2012).

6. Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga didapat pola tidur yang lebih baik. 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 (Marmi, 2012).



2.1.5 Konsep Dasar Teori Keluarga Berencana

A. Definisi Keluarga Berencana

Keluarga berencana adalah usaha untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang di inginkan. Untuk dapat mencapai hal tersebut maka dibuatlah beberapa cara atau alternative untuk mencegah ataupun menunda kehamilan (Rahayu, 2017).

B. Jenis-Jenis Kontrasepsi

Berikut ini adalah jenis-jenis kontrasepsi :

1. KB Metode Sederhana

Metode KB sederhana adalah metode KB yang digunakan tanpa bantuan orang lain. Yang termasuk metode KB sederhana adalah kondom, pantang berkala, senggama terputus, dan spremisida. Metode sederhana akan lebih efektif bila penggunaannya diperhitungkan masa subur.

a) Kondom

Kondom, dalam usaha untuk meningkatkan pemeriksaan gerakan keluarga berencana nasional, peran pria sebenarnya sangat penting dan menentukan.

Sebagai kepala keluarga pria merupakan tulang punggung keluarga dan selalu terlibat untuk mengambil keputusan tentang kesejahteraan keluarga, termasuk untuk menentukan jumlah anak yang diinginkan.



Gambar 2.9
Alat Kontrasepsi Kondom

Menurut sejarah, kondom sudah diketahui sejak zaman Mesir kuno dan dibuat dari kulit atau usus binatang. Atas perintah Charles II di Inggris, dokter Condom membuat kondom dari kulit binatang dengan panjang 190 mm, diameter 60 mm dan tebalnya 0,038mm. Teknik dan biaya pembuatannya cukup mahal dan keberhasilannya masih rendah sebagai alat kontrasepsi. Dokter Fallopio dari Italia membuat kondom linen dengan tujuan utama untuk menghindari infeksi hubungan seksual pada tahun 1564. Dokter Hercule Saxonnia pada tahun 1597 membuat kondom dari kulit binatang yang bila hendak dipakai direndam dulu. Kondom terbuat dari karet dikembangkan oleh Dokter Hancock pada tahun 1944 dan oleh Goodyer pada tahun 1970 (Manuaba, 2010).

1) Cara Kerja

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 (Arum, 2011).

2) Kefektivitasan

Kondom yang dipakai bersamaan dengan metode pantang berkala mempunyai efektivitas yang meningkat (Manuaba, 2010).

3) Manfaat

Keuntungan kontrasepsi :

- a) Efektif bila digunakan dengan benar
- b) Tidak mengganggu produksi ASI
- c) Tidak mengganggu kesehatan klien
- d) Tidak mempunyai pengaruh sistemik
- e) Murah dan dapat dibeli secara umum
- f) Tidak perlu resep dokter dan pemeriksaan khusus
- g) Metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi lainnya harus ditunda (Arum, 2011).



Nonkontrasepsi :

- a) Memberi dorongan kepada suami istri ikut ber-KB
- b) Memberi dorongan kepada suami istri ikut ber-KB
- c) Dapat mencegah penularan IMS
- d) Mencegah ejakulasi dini
- e) Membantu mencegah terjadinya kanker serviks (mengurangi iritasi bahan karsinogenik eksogen pada serviks)
- f) Saling berinteraksi sesama pasangan
- g) Mencegah imuno infertilitas (Arum, 2011).

4) Kerugian

Kerugian penggunaan kondom adalah kenikmatan terganggu, mungkin alergi terhadap karet atau jelinya yang mengandung spermisida, dan sulit dipasarkan kepada masyarakat dengan pendidikan rendah (Manuaba, 2010).

b) Pantang Berkala

Metode pantang berkala memiliki syarat utamanya adalah patrun menstruasi yang teratur dan kerja sama suami yang baik. metode pantang berkala memiliki

tingkat kegagalan tinggi bila patrun menstruasi tidak teratur, apalagi kerja sama dengan suami tidak mungkin dilakukan.

1) Jenis metode pantang berkala yaitu;

(a) Pantang Berkala Dengan Sistem Kalender

Sistem ini dikenal dengan nama system Ogino-Knaus, nama orang yang meneliti terjadinya ovulasi sekitar 12 sampai 16 hari sebelum menstruasi. Kelemahan system ini sulit menilai menstruasi yang akan datang. Metode ini memerlukan system menstruasi teratur yang teratur sehingga dapat memperhitungkan masa subur untuk menghindari kehamilan system masa subur oleh Ogino-Knaus, metode pantang berkala makin dikenal masyarakat.

Masa subur wanita dapat dihitung dengan melakukan perhitungan minggu subur sebagai berikut;

- (1) Menstruasi wanita teratur antara 26 sampai 30 hari.
- (2) Masa subur dapat diperhitungkan, yaitu menstruasi hari pertama minggu subur

dan akhir minggu subur adalah hari pertama menstruasi ditambah 19.

Puncak minggu subur adalah hari pertama menstruasi ditambah 14 (Manuaba, 2010).

2) Pantang Berkala Dengan Sistem Suhu Basal

Telah diketahui bahwa penurunan suhu basal sebanyak 0,5 sampai 1 derajat Celcius pada hari ke 12 sampai ke 13 menstruasi, ketika ovulasi terjadi pada hari ke 14. Setelah menstruasi suhu akan naik lebih dari suhu basal sehingga siklus menstruasi yang disertai "ovulasi" terdapat temperature "bifasik".

Pantangan berkala dengan system pengukuran suhu basal memerlukan pengetahuan dan metode pengukuran yang akurat, sehingga dapat bermanfaat. Kegagalan system suhu basal sekitar 10% sampai 20%. Kelemahan system pantang berkala adalah pengukuran suhu basal merepotkan dan tidak akurat, hanya dapat digunakan oleh mereka yang terdidik dan hanya berguna pada siklus

menstruasi 20 sampai 30 hari (Manuaba, 2010).

1) Manfaat

Kontrasepsi :

- (a) Dapat digunakan untuk menghindari atau mencapai kehamilan
- (b) Tidak ada risiko kesehatan yang berhubungan dengan kontrasepsi
- (c) Tidak ada efek samping sistemik
- (d) Murah tanpa biaya

Nonkontrasepsi :

- (a) Meningkatkan keterlibatan suami dalam keluarga berencana
- (b) Menambah pengetahuan tentang sistem reproduksi pada suami dan istri
- (c) Memungkinkan mengeratkan relasi/hubungan melalui peningkatan komunikasi antara suami istri/pasangan

2) Keterbatasan

- (a) Sebagai kontrasepsi sedang (9-20 kehamilan per 100 perempuan selama tahu pertama pemakaian)

(b) Keefektifan tergantung dari kemauan dan disiplin pasangan untuk mengikuti instruksi

(c) Perlu ada pelatihan sebagai persyaratan untuk menggunakan jenis KBA yang paling efektif secara benar

(d) Perlu pencatatan setiap hari

(e) Tidak terlindung dari IMS termasuk HBV (Virus Hepatitis B) dan HIV/AIDS (Arum, 2011).

b) Senggama Terputus

1) Cara kerja

Alat kelamin pria (penis) dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina sehingga tidak ada pertemuan antara sperm dan ovum, dan kehamilan dapat dicegah (Afandi, 2012).

2) Manfaat

Kontrasepsi

(a) Efektif bila dilaksanakan dengan benar

(b) Tidak mengganggu produksi ASI

(c) Dapat digunakan sebagai pendukung metode KB lainnya

(d) Tidak ada efek samping

(e) Dapat digunakan setiap waktu

(f) Tidak membutuhkan biaya

Nonkontrasepsi :

(a) Meningkatkan keterlibatan suami dalam keluarga berencana

(b) Untuk pasangan memungkinkan hubungan lebih dekat dan pengertian yang sangat dalam (Afandi, 2012).

3) Keterbatasan

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

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

(3) Memutus kenikmatan dalam berhubungan dengan seksual (Afandi, 2012).

2. Spermisida

Spermisida adalah zat kimia yang dapat melumpuhkan sampai mematikan spermatozoa yang digunakan menjelang

hubungan seksual. Setelah pemasangan 5 sampai 10 menit, hubungan seksual dapat dilakukan agar spermasid dapat berfungsi. Metode spermisida telah dikenal pada zaman Yunani Kuno. Metode spermasid tetap dikembangkan oleh berbagai pabrik farmasi seperti foam tablet, krem, atau pasta, supositoria, dan jeli (Manuaba, 2010).

a) Cara kerja

Menyebabkan sel membran terpecah, memperlambat pergerakan sperma dan menurunkan kemampuan pembuahan sel telur (Afandi, 2012).

b) Manfaat

Kontrasepsi :

- 1) Efektif seketika (busa dan krim)
- 2) Tidak mengganggu produksi ASI
- 3) Bisa digunakan sebagai pendukung metode lain
- 4) Tidak mengganggu kesehatan klien
- 5) Tidak mempunyai pengaruh sistemik
- 6) Mudah digunakan
- 7) Meningkatkan lubrikasi selama hubungan seksual
- 8) Tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus (Afandi, 2012).

Nonkontrasepsi :

Merupakan salah satu perlindungan terhadap IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS (Afandi, 2012).

c) Kekurangan spermisida

- 1) Merepotkan menjelang hubungan senggama
- 2) Nilai kepuasan berkurang
- 3) Dapat menimbulkan iritasi atau alergi
- 4) Kejadian hamil tinggi sekitar 30 sampai 35% karena pemasangan tidak sempurna atau terlalu cepat melakukan senggama (Manuaba, 2010).

3. KB Efektif

Kontrasepsi hormonal, perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi hormonal telah mempelajari bahwa estrogen dan progesterone memberi umpan baik terhadap kelenjar hipofisis melalui hipotalamusehingga terjadi hambatan terhadap perkembangan folikel dan proses ovulasi. Melalui hipotalamus atau hipofisis estrogen dapat menghambat pengeluaran *follicle stimulating hormone* (FSH) sehingga perkembangan dan kematangan folikel de Graaf tidak terjadi. Disamping itu progesteron dapat menghambat pengeluaran hormon lutenizing (LH). Estrogen

mempercepat peristaltik tuba sehingga hasil konsepsi mencapai uterus-endometrium yang belum siap untuk menerima implantasi.

a) Kontrasepsi Hormonal Pil

Kontrasepsi hormonal pil telah mengalami penelitian panjang, sehingga sebagian besar wanita dapat menerima tanpa kesulitan, dengan patrun menstruasi normal serta durasi antara 4 sampai 6 hari. Disamping durasi 4 sampai 6 hari, masih terdapat patru menstruasi wanita. Wanita tergolong durasi menstruasi kurang dari 4 hari, memerlukan pil KB dengan efek estrogen tinggi. Wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efek yang rendah (Manuaba, 2010).



Gambar 2.10
Alat kontrasepsi Pil

Berbagai pabrik farmasi telah memastikan pil KB dengan kelebihan dan kekurangannya, sehingga dapat memilih sesuai keberadaan wanita itu. Pada setiap pil terdapat perbandingan kekuatan estrogenik (lebih dominan estrogen) atau progesterogenik (dominan progesteron), melalui penilaian patrun menstruasi.

Sifat khas kontrasepsi hormonal dengan komponen estrogen menyebabkan pemakainya mudah tersinggung, tegang, retensi air dan garam, berat badan bertambah, menimbulkan nyeri kepala, perdarahan leukorea, menimbulkan perlunakan serviks. Sedangkan dengan komponen progesteron menyebabkan payudara tegang, acne (jerawat), kulit dan rambut kering, menstruasi berkurang, kaki dan tangan sering kram, liang senggama kering.

1) Keuntungan dan Kerugian memakai KB Pil

Keuntungan

- a) Bila pil diminum sesuai dengan aturan dijamin berhasil 100%
- b) Dapat dipakai pengobatan terhadap beberapa masalah : Ketegangan menjelang menstruasi, Perdarahan menstruasi yang tidak teratur,

Nyeri saat menstruasi, Pengobatan pasangan mandul.

- c) Pengobatan penyakit endometriosis
- d) Dapat meningkatkan Libido

Kerugian

- (a) Harus minum pil secara teratur
- (b) Dalam jangka panjang dapat menekan fungsi ovarium
- (c) Penyulit ringan(berat badan bertambah, rambut rontok, tumbuh akne, mual sampai muntah)
- (d) Mempengaruhi fungsi hati (Manuaba, 2010)

2) Jenis Pil KB

- (a) Monofasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progesteron dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif
- (b) Bifasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progesteron dengan dua dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif
- (c) Trifasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif

estrogen/progesteron dengan 3 dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

(Afandi, 2011).

3) Petunjuk Pemakaian Pil KB

- (1) Minumlah KB pil dengan teratur
- (2) Bila lupa, pil KB harus diminum dua buah
- (3) Bila perdarahan, tidak memerlukan perhatian karena belum beradaptasi
- (4) Gangguan ringan dalam bentuk ; mual dan muntah, sebaiknya diatasi.
- (5) Pedoman untuk memulai Memberikan Pil KB
- (6) Pada ibu postpartum dapat diberikan Exluton yang mengandung komponen progesterone
- (7) Tidak mengganggu pengeluaran ASI
- (8) Efektif sampai laktasi dihentikan
- (9) Kesulitan dapat menimbulkan; *perdarahan spotting(bercak)*, tidak menstruasi berkepanjangan.
- (10) Post-abortus atau hari kelima menstruasi.

Dapat digunakan pil KB system sekuensial atau kombinasi (Manuaba ,2011).

4. Kontrasepsi Hormonal Suntikan

Metode suntikan KB telah menjadi bagian gerakan keluarga berencana nasional serta peminatnya makin bertambah. Tingginya minat pemakai suntik KB oleh karena aman, sederhana, efektif, tidak menimbulkan gangguan dan dapat dipakai pada pasca persalinan.



Gambar 2.11
Alat Kontrasepsi KB Suntik

Dua perusahaan farmasi menemukan suntikan KB hampir bersamaan yaitu Upjohn Company (1958) yang menemukan Depo Provera yang mengandung medroxyprogesteron acetat 50 mg dan komponen estrogen sedangkan Schering AG (1957) menemukan Norigest 200 mg yang merupakan derivate testosterone.

- a) Mekanisme kerja komponen progesterone atau derivate testosterone adalah;
- b) Menghalangi pengeluaran FSH dan LH sehingga tidak terjadi pelepasan ovum

- c) Mengentalkan lendir serviks, sehingga sulit menembus spermatozoa
- d) Mengganggu peristaltik tuba fallopii, sehingga konsepsi dihambat
- e) Mengubah suasana endometrium, sehingga tidak sempurna untuk di implantasi hasil konsepsi.

1) Keuntungan dan Kerugian KB Suntik

Keuntungan

- (a) Pemberiannya sederhana setiap 8-12 minggu
- (b) Tingkat efektifitasnya tinggi
- (c) Hubungan seks dengan suntikan KB bebas
- (d) Pengawasan medis yang ringan
- (e) Dapat diberikan pasca persalinan, pasca keguguran atau pasca menstruasi
- (f) Tidak mengganggu pengeluaran laktasi dan tumbuh kembang bayi
- (g) Suntikan KB Cyclofem diberikan setiap bulan dan peserta KB akan mendapatkan menstruasi

Kerugian

- (a) Perdarahan yang tidak teratur
- (b) Terjadi amenorea (tidak datang bulan) berkepanjangan

- (c) Masih terjadi kemungkinan hamil
- (d) Kerugian atau penyulit inilah yang menyebabkan peserta KB menghentikan suntikan KB (Manuaba, 2010).

2) Waktu Pemberian

- (a) Pasca persalinan (segera ketika masih di rumah sakit, jadwal suntikan berikutnya)
- (b) Pasca abortus (segera setelah perawatan, jadwal waktu suntikan diperhitungkan)
- (c) Interval (hari kelima menstruasi, jadwal waktu diperhitungkan)
- (d) Jadwal waktu suntikan berikutnya diperhitungkan dengan pedoman Depoprovera (interval 12 minggu), Norigest (interval 8 minggu), dan Cyclofem (interval 4 minggu) (Manuaba, 2010).

5. Kontrasepsi hormonal Susuk (Norplant atau Implan)

Susuk KB yang diperkenalkan di Indonesia sejak tahun 1982 dapat diterima masyarakat sehingga Indonesia merupakan Negara terbesar pemakai Norplant. Susuk KB disebut alat KB bawah kulit(AKBK).

- a) Teknik pemasangan susuk KB

Prinsip pemasangan susuk KB adalah dipasang pada lengan kiri atas atau pemasangan seperti kipas mekar dengan 6 kapsul.



Gambar 2.12
Alat Kontrasepsi KB Implan

Rekayasa tempat pemasangan dengan seperti kipas terbuka

- 1) Tempat pemasangan di lengan kiri atas, dibius dengan lidokain 2%
- 2) Dibuat insisi, sehingga trokar dapat masuk
- 3) Trokar ditusukan subkutaneum sampai batasnya
- 4) Kapsul dimasukkan ke dalam trokar, dan didorong dengan alat pendorong sampai terasa tidak tahan
- 5) Untuk menepelkan bahwa kapsul telah ditempatnya, alat pendorong dimasukkan sampai terasa tidak ada tahanan.

- 6) Setelah 6 kapsul dipasang, bekas insisi di tutup dengan plaster



b) Cara kerja

Setiap kapsul susuk KB mengandung 36 mg Levonotgestrel yang akan dikeluarkan setiap harinya sebanyak 80 mcg. Konsep mekanisme kerjanya sebagai progesterone yang dapat menghalangi pengeluaran LH sehingga tidak terjadi ovulasi, mengentalkan lendir serviks dan menghalangi migrasi spermatozoa, dan menyebabkan endometrium tidak siap menjadi tempat nidasi (Manuaba, 2010).

c) Keuntungan dan Kerugian KB Susuk

Keuntungan

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

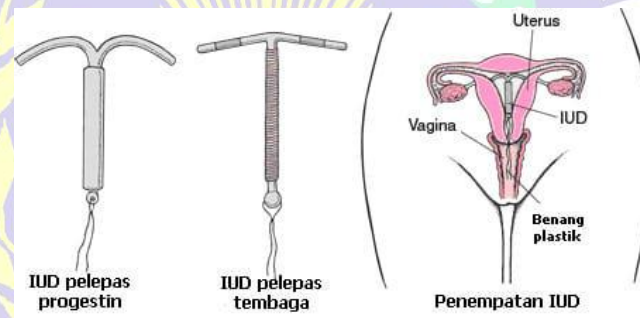
Kerugian

- 1) Menimbulkan gangguan menstruasi, yaitu tidak mendapat menstruasi dan terjadi perdarahan yang tidak teratur
- 2) Berat badan bertambah
- 3) Menimbulkan akne, ketegangan payudara

4) Liang senggama terasa kering (Manuaba, 2010).

6. Kontrasepsi Mekanis

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR), atau IUD mempunyai sejarah perkembangan yang panjang sebelum generasi ke III dengan keamanan, efektivitas, dan penyulit yang tidak terlalu besar. Pengetahuan tentang desinfektan dan sterilisasi belum memuaskan sehingga banyak dijumpai infeksi organ kandungan.



Gambar 2.13
Alat Kontrsepsi AKDR

Di Indonesia telah banyak dicoba AKDR generasi kedua seperti spiral Margulis, Lippes Loop, AKDR M (metal) dengan hasil yang baik. Telah dikembangkan AKDR generasi ke III yang mengandung Cu atau hormonal diantaranya Seven cupper, Multiload, Cupper T 380, Medosa, dan Progestasert (AKDR dengan progesteron).

BKKBN menggunakan Copper T 380 A sebagai standar yang di buat oleh Kimia Farma (Manuaba, 2010).

a) Mekanisme Kerja AKDR

Mekanisme kerja lokal AKDR sebagai berikut.

1) AKDR merupakan benda asing dalam rahim sehingga menimbulkan reaksi benda asing dengan timbunan leukosit, makrofag, dan limfosit.

2) AKDR menimbulkan perubahan pengeluaran cairan, prostaglandin yang menghalangi kapasitas nidasi.

3) Pematatan endometrium oleh leukosit, makrofag dan limfosit menyebabkan blastokis mungkin dirusak oleh makrofag dan blastokis tidak mampu melaksanakan nidasi.

4) Ion Cu yang di keluarkan AKDR dengan Copper menyebabkan gangguan gerak spermatozoa sehingga mengurangi kemampuan untuk melaksanakan konsepsi (Manuaba, 2010).

b) Keuntungan dan Kerugian AKDR

Keuntungan

- 1) Alat kontrasepsi dalam rahim dapat diterima masyarakat dunia, termasuk Indonesia dan menempati urutan ketiga dalam pemakaian.
- 2) Pemasangan tidak memerlukan medis teknis yang sulit
- 3) Kontak medis yang ringan
- 4) Penyulit tidak terlalu berat
- 5) Pemulihan kesuburan setelah AKDR dicabut berlangsung baik

Kerugian

- 1) Masih terjadi kehamilan dengan AKDR in situ.
- 2) Terdapat perdarahan (*spotting* dan menometroragia)
- 3) Leukorea, sehingga menguras protein tubuh dan liang senggama terasa lebih basah
- 4) Dapat terjadi infeksi
- 5) Tingkat akhir infeksi menimbulkan kemandula primer atau skunder dan kehamilan ektopik
- 6) Tali AKDR dapat menimbulkan perlukaan portio uteri dan mengganggu hubungan seksual (Manuaba, 2010).

c) Teknik Pemasangan

Persiapan :

- 1) Pasien tidur terlentang dimeja ginekologi
- 2) Vulva dibersihkan dengan kapas lisol, betadin, hiboscrub, atau lainnya.
- 3) Dilakukan pemeriksaan dalam untuk menentukan besar dan arah rahim
- 4) Duk steril dipasang dibawah bokong
- 5) Spekulum cocor bebek dipasang, sehingga serviks tampak
- 6) Serviks-porsio dibersihkan dengan kapas betadin atau lisol atau lainnya.
- 7) Dilakukan *sodage* untuk menentukan dalam-panjang rahim dan arah posisi rahim

Pemasangan: Beberapa jenis pemasangan AKDR

- 1) Jenis Lippes Loop
- 2) Jenis Copper atau Seven Copper
- 3) Jenis Multiload atau Medusa (Manuaba, 2010).

7. Kontrasepsi Mantap

a) Kontrasepsi Mantap Wanita

Kontrasepsi mantap atau sterilisasi merupakan metode KB yang paling efektif, murah, aman, dan mempunyai

nilai demografi yang tinggi. Kontak sampai saat ini belum masuk program gerakan keluarga berencana nasional Indonesia, namun pelayanan kontrasepsi mantap dapat diterima masyarakat, dan makin lama makin besar jumlahnya dengan usia semakin muda.

1) Peralatan

Alat utama melakukan vasektomi tuba adalah “alat vasektomi BKKBN” dan dilengkapi dengan (alat-alat ini lebih sederhana dari peralatan NTTOT)

- (a) Alat laparotomi abdomen
- (b) Sebuah spuit 5 cc
- (c) Chloret atau aquabides steril
- (d) Untuk penutup tuba; benang sutra tuba, alat termokauter, dan cincin Falope dan aplikatornya (Manuaba, 2010).

b) Kontrasepsi Mantap Pria

Operasi pria ini yang dikenal dengan nama vasektomi merupakan operasi ringan, murah, aman, dan mempunyai arti demografis yang tinggi, artinya dengan operasi ini banyak kelahiran dapat dihindari. Perkembangan operasi pria ini berkurang ini berkembang dengan hitungan 1 metode operasi pria

berbanding 7 sampai 8 operasi wanita (Manuaba, 2010).



2.2.1 Kehamilan

A. Data Subyektif

1. Biodata

Mengidentifikasi informasi klien seperti:

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

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

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

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

e) Pekerjaan : Data ini menggambarkan tingkat social ekonomi, pola social budaya, dan data pendukung dalam menentukan pola komunikasi yang akan dipilih selama asuhan (Varney, 2007).

f) Suku/bangsa : Data ini berhubungan dengan social budaya yang dianut oleh pasien dan keluarga yang berkaitan dengan persalinan (Marmi, 2011).

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

2. Alasan Datang

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

3. Riwayat Menstruasi

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

- a) Umur menarche
- b) Frekuensi, jarak/siklus jika normal
- c) Lamanya
- d) Jumlah darah yang keluar
- e) Karakteristik darah (misalnya bergumpal)
- f) HPHT, lama dan jumlahnya normal

- g) Disminorhea
 - h) Perdarahan uterus disfungsional, misalnya spotting, menoragia, dan lalin-lain.
 - i) Penggunaan produk sanitari (misalnya celana dalam, pembalut)
 - j) Sindrom syok keracunan
 - k) Sindrom premenstrual (Hani, 2011).
4. Riwayat Obstetri
- a) Gravida/Para
 - b) Tipe golongan darah (ABO dan Rh)
 - c) Kehamilan yang lalu
 - 1) Tanggal persalinan
 - 2) Usia gestasi
 - 3) Tempat lahir
 - 4) Bentuk persalinan (spontan, SC, forcep, atau vakum ekstraksi)
 - 5) Masalah obstetric, medis dan social yang lain, dalam kehamilan (Preeklamsia dan lain-lain), dalam persalinan (malpresentasi, drip oksitosin dan lain-lain), dalam nifas (perdarahan, infeksi kandungan, bagaimana laktasi, dan lain-lain), berat badan bayi, jenis kelamin, kelainan congenital bayi dan komplikasi yang seperti

ikterus, status bayi saat lahir (hidup atau mati), status kehidupan bayi, jika meninggal apa penyebabnya

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

5. Riwayat Kehamilan Sekarang

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

6. Riwayat KB

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

7. Riwayat kesehatan keluarga

- a) Usia ayah dan ibu, juga statusnya (hidup atau mati)
- b) Kanker
- c) Penyakit jantung
- d) Hipertensi
- e) Diabetes
- f) Penyakit ginjal

- g) Penyakit jiwa
- h) Kelainan bawaan
- i) Kehamilan ganda
- j) TB (Tuberkulosis)
- k) Epilepsi
- l) Kelainan darah (anemia dan lain-lain)
- m) Alergi
- n) Kelainan genetic
- o) Riwayat keturunan kembar (Hani, 2011).

8. Pola Fungsi Kesehatan

a) Nutrisi

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

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

1) Kalori

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

2) Protein

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

3) Kalsium

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

4) Zat Besi

Pemberian zat besi dimulai dengan memberikan satu tablet sehari segera setelah rasa mual hilang. Setiap tablet mengandung FeSO_4 320 mg (Zat besi 60 mg) dan asam folat 500 μg , minimal masing-masing 90 tablet. Tablet zat besi sebaiknya tidak diminum bersama kopi atau teh karena mengganggu penyerapan. Metabolisme yang tinggi pada ibu hamil memerlukan kecukupan

oksigenasi jaringan yang diperoleh dari pengikatan dan pengantaran oksigen melalui hemoglobin 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 dapat diperoleh dari sayuran hijau, daging yang berwarna merah, dan kacang-kacangan. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi.

5) Asam Folat

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

Tabel 1.8
Tambahan kebutuhan nutrisi ibu hamil

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

Tabel 1.9
Contoh menu makanan dalam sehari bagi ibu hamil

Bahan makanan	Porsi hidangan sehari	Jenis hidangan
Nasi	5 + 1 porsi	Makan pagi: nasi 1,5 porsi (150 gram) dengan ikan/daging 1 potong sedang (40 gram), tempe 2 potong sedang (50 gram), sayur 1 mangkuk dan buah 1 potong sedang.
Sayuran	3 mangkuk	
Buah	4 potong	
Tempe	3 potong	Makanan selingan: susu 1 gelas dan buah 1 potong sedang
Daging	3 potong	
Susu	2 gelas	Makan siang: nasi 3 porsi (300 gram), dengan lauk, sayur dan buah sama dengan pagi Makan selingan: susu 1 gelas dan buah 1 potong sedang Makan malam: nasi 2,5 porsi (259 gram) dengan lauk, sayur dan buah sama dengan pagi/siang Selingan: susu 1 gelas
Minyak	2 gelas	
Gula	2 sendok makan	

Sumber: Marmi, 2013.

b) Pola Eliminasi

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

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

c) Pola Aktivitas

Berhubungan dengan sistem muskuluskeletal. Persendian sakro-iliaka, sakro koksigis dan pubik yang akan menyebabkan keretakan, pusat gravitasi berubah sehingga postur tubuh berubah, terjadi perubahan postur tubuh menjadi lordosis fisiologis. Penekanan pada ligament dan pelvik, cara berbaring, duduk, berjalan, berdiri dihindari jangan sampai mengakibatkan injuri karena jatuh (Rukiyah, 2009).

d) Pola Istirahat dan Tidur

Berhubungan dengan kebutuhan kalori pada masa kehamilan, mandi air hangat sebelum tidur, tidur dalam posisi miring ke kiri, letakan beberapa bantal untuk menyangga, pada ibu hamil sebaiknya banyak menggunakan waktu luangnya untuk banyak istirahat atau

tidur walau bukan tidur bertulan hanya baringkan badan untuk memperbaiki sirkulasi darah (Rukiyah, 2009).



e) Pola Seksual

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

f) Personal Higiene

Menjaga kebersihan diri terutama lipatak kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genetalia) dengan cara membersihkan dengan air dan dikeringkan (Saifuddin, 2009).

g) Riwayat Keteregantungan

1) Merokok

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

terjadinya abortus spontan, plasenta abnormal dan preeklamsia (Marmi, 2011).

2) Alkohol

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

3) Obat Terlarang

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

9. 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 keberapa (Sulistyawati, 2010).

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum

Data ini didapat dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang dilaporkan kriterianya adalah:

- 1) Baik: jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.
- 2) Lemah: Pasien dimasukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberi respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain dan dia sudah tidak mampu berjalan sendiri (Sulistyawati, 2010).

b) Kesadaran

- 1) Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien dari keadaan *composmentis* (kesadaran maksimal) sampai *coma* (pasien tidak dalam keadaan sadat) (Sulistyawati, 2010).

c) Tanda-tanda Vital

1) Tekanan Darah

Tekanan darah dalam batas normal, yaitu 100/70-130/90 mmHg. Wanita yang tekanan darahnya sedikit meningkat

diawal peretengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika wanita multipara dengan sistolik >120 mmHg. Berisiko mengalami pre-eklamsia(Marmi, 2014:163). Kenaikan tidak boleh lebih dari 30 mmHg pada sistolik atau 15 mmHg pada diastolik, lebih dari batasan tersebut ada kemungkinan mulai terdapat pre-eklamsia (Manuaba, 2012).

2) Nadi

Denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100 denyut per menit (dpm). Curigai *hipotridisme* jika denyut nadi > 100x/menit (Marmi, 2011).

3) Suhu

Suhu tubuh yang normal adalah 36-37,5 °C. Bila suhu tubuh lebih dari 37,5 °C perlu waspadai adanya infeksi (Romauli, 2011).

4) Pernafasan

Untuk mengetahui system pernafasan, normalnya 16-24 kali permenit (Romauli, 2011).

5) Antropometri

(a) Tinggi Badan

Tubuh yang pendek dapat menjadi indicator gangguan genetik. Tinggi badan harus diukur pada

saat kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah ≥ 145 cm (Marmi, 2014).

(b) Berat Badan

Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5 sampai 15 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar 0,5 kg/ minggu (Manuaba, 2012).

(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).

2. Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

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

b) Leher

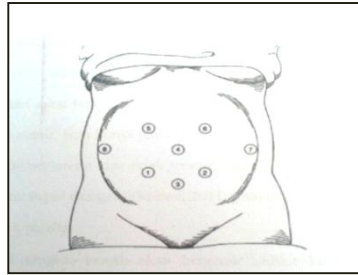
Normal apabila tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tidak di temukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011).

c) Dada/payudara

- 1) Retraksi atau penonjolan interkosta dan atau subklavia.
- 2) Kesimetrisan gerak napas
- 3) Frakuensi, kedalaman irama dan tipe pernapasan (dada, abdomen)
- 4) Auskultasi paru(bunyi napas normal, rales, ronki, mengi, *friction rub*, bunyi tambahan lain)
- 5) Auskultasi jantung (frekuensi, irama, dan kualitas bunyi napas pada empat area katup, bunyi tambahan, murmur, *sprrlitting*, gesekan, *thrill*)
- 6) Pemeriksaan payudara yang dilakukan meliputi bentuk, besar masing-masing payudara(seimbang atay tidak), *hiperpigmentasi* areolla payudara, teraba massa yang nyeri atau tidak bila ditekan, *colostrum*, keadaan putting (menonjol, datar, atau masuk ke dalam), kebersihan, bentuk *Breast Holder* (BH)

d) Abdomen

Amati bentuk, bekas luka operasi, striae, linea, TFU, hasil pemeriksaan palpasi Leopold, kontraksi uterus, TBJ, DJJ, palpasi kandung kemih (Sulistyawati, 2010).



Gambar 2.15
Letak Punctum Maksimum

1) Normalnya DJJ 120-160x/menit apabila kurang dari 120x/menit disebut *bradikardi*, sedangkan bila lebih dari 160x/menit disebut *takikardi* (Romauli, 2011).

2) Ukuran janin

Dengan cara Mc.Donald, untuk mengetahui TFU dengan pita ukur kemudian dilakukan penghitungan tafsiran berat janin dengan rumus dari Johnson Tausak (TFU (cm) $-n \times 155 =$ TBJ). Bila kepala diatas *spina ischiadica* maka $n=12$. Bila kepala di atas *ischiadica* maka $n=11 = 11$ (Varney, 2011).

3) Letak dan Presentasi

Letak dan presentasi dapat diketahui menggunakan palpasi. Salah satunya dengan cara palpasi yang sering digunakan adalah Leopold, yaitu:

(a) Leopold I : untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang berada pada bagian fundus

(b) Leopold II : untuk mengetahui letak janin memanjang atau melintang dan bagian janin yang disebelah kiri atau kanan.

(c) Leopold III : untuk menentukan bagian janin yang berada dibawah (presentasi).

(d) Leopold IV : untuk menentukan apakah bagian bawah janin sudah masuk panggul (Akhmad, 2016).

e) Anus

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

f) Genetalia

Pemeriksaan alat genetalia eksterna terdiri dari inspeksi vulva untuk mengetahui pengeluaran cairan atau darah dari liang senggama, perlukaan pada vulva/labium mayus dan pertumbuhan abnormal (*kandiloma akuminata, kista bartholini, abses bartholini, fibroma labium mayus*). Pada palpasi vulva akan teraba mayus dan teraba pembengkakan kelenjar bartholini (Manuaba 2012).

g) 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-eklamsia (Marmi, 2014). Bila bawah bergerak sedikit ketika tendon ditekuk, bila geraknya berlebihan dan cepat maka hal ini mungkin merupakan tanda preeklamsia. bila reflek patella negatif kemungkinan pasien mengalami kekurangan vitamin B1 (Romauli, 2011).

3. Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan Darah

1) *Haemoglobin*

Pemeriksaan dan pengawasan *Haemoglobin* (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat Sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan Sahli dapat digolongkan sebagai berikut:

Anemia jika Hb 11 g%, anemia ringan jika 9-10 g%, anemia sedang jika 7-8 g%, anemia berat jika Hb < 7 g% (Manuaba, 2012).

2) Golongan Darah

Golongan darah ABO dan faktor *Rhesus* (Rh). Ibu dengan *rhesus* negatif berisiko mengalami keguguran, *amniosentesis* atau trauma uterus dan harus diberi anti-gamaglobulin D dalam beberapa hari setelah pemeriksaan. Jika titrasi menunjukkan peningkatan beberapa respon antibodi, harus dilakukan pemeriksaan yang lebih sering dalam rangka merencanakan penatalaksanaan pengobatan oleh spesialis *Rhesus* (Faser dkk, 2009).

b) Pemeriksaan Protein Urine

Pemeriksaan urine dilakukan pada kunjungan pertama dan setiap kunjungan trimester III. Cara menilai hasil yaitu tidak ada kekeruhan (-), ada kekeruhan tanpa butir-butir (+), kekeruhan mudah terlihat dengan butir-butir (++), kekeruhan jelas dan berkeping-keping (+++). Sangat keruh berkeping-keping besar atau bergumpal (++++). (Romauli, 2011).

c) Pemeriksaan Reduksi

Untuk mengetahui kadar glukosa dalam urine dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan. Pemeriksaan reduksi yang paling sering digunakan adalah metode *Fehling* (Romauli, 2011).

d) *Ultrasonografi*

Menurut Romauli (2011), penentuan usia kehamilan dengan USG menggunakan 3 cara:

- 1) Dengan mengukur diameter kantung kehamilan (GS: *gestationalsac*) untuk kehamilan 0-12 minggu.
- 2) Dengan mengukur jarak kepala-bokong (GRI= *Groun Rum Length*) untuk mengukur umur kehamilan 7-14 minggu.
- 3) Dengan mengukur diameter bipareteral (BPD) untuk kehamilan lebih 12 minggu.

e) Kartu Skor Poedji Rochyati

Untuk mendeteksi risiko ibu hamil dapat menggunakan Kartu Skor Poedji Rochyati (KSPR). Terdiri dari Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan skor 2 ditolong oleh bidan, Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan skor 6-10 ditolong oleh bidan atau dokter, Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan skor > 12 ditolong oleh dokter (Kemenkes, 2014).

C. Analisis/Diagnosa Kebidanan

Menurut Permenkes RI No 938/Menkes/VIII/2017 bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakan diagnosa dan masalah yang tepat.

Diagnosa : G₁/_>1P_{APIAH} usia kehamilan 20-40 minggu tunggal intrauteri , situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokonng, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2012).

Dengan kemungkinan masalah: edema dependen, nokturia, hemoroid, konstipasi, kram pada tungkai, sesak nafas, pusing, nyeri pinggang, varises, panas dan nyeri di ulu hati (*heart burn*) dan kecemasan menghadapi persalinan (Varney dkk, 2007).

D. Perencanaan

Dianosa Kebidanan: G₁/_>1P_{APIAH} usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2012).

Tujuan : Ibu dan janin, sejahtera sampai melahirkan .

Kriteria :

1. Keadaan umum baik
2. Kesadaran *Composmentis*
3. Tanda-tanda vital normal:

Tekanan darah :100/70 mmHg

Nadi :76-88x/menit

Suhu :36,5-37,5°C

Respirasi Rate :16-24x/menit

4. Pemeriksaan Laboratorium

5. Hb \geq 11% gr%, protein urine (-), reduksi urine (-)
6. DJJ 120-160x/menit, kuat, irama teratur
7. TFU sesuai dengan usia kehamilan
8. Situs bujur dan presentasi kepala

Intervensi menurut (Varney, dkk 2007) yaitu :

- a) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan

R/ Bila ibu mengerti keadaannya, ibu bisa kooperatif dengan tindakan yang diberikan.

- b) Jelaskan tentang 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, perslan higien, aktivitas, hubungan seksual perawatan payudara.

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-eklamsia, ketuban pecah dini, dll yang mengindikasi pentingnya menghubungi tenaga kesehatan dengan segera.

R/ Mengidentifikasi tanda bahaya dalam kehamilan, supaya ibu mengetahui kehamilan 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).

f) Jelaskan pada ibu 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.

Potensi masalah:

1) Masalah I : Edema Dependen

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi terhadap perubahan yang fisiologis (edema dependen).

Kriteria : Setelah tidur/istirahat edema berkurang

Intervensi menurut Varney,dkk (2007) :

(a) Jelaskan penyebab edema

R/ Ibu mengerti penyebab edema dependen yaitu karena tekanan pembesaran uterus pada vena pelviks ketika duduk atau pada vena cava inferior ketika berbaring.

- (b) Anjurkan ibu tidur miring ke kiri dan kaki agak di tinggikan.

R/ Mengurangi penekanan pada vena dalam panggul

- (c) Anjurkan ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama.

R/ Meringankan penekanan pada vena dalam panggul

- (d) Anjurkan ibu untuk menghindari pakaian yang ketat.

R/ Pakaian yang ketat dapat menekan vena sehingga menghambat sirkulasi darah pada ekstremitas

- (e) Anjurkan pada ibu menggunakan penyokong atau korset pada abdomen maternal

R/ Penggunaan penyokong atau korset pada abdomen maternal yang dapat melonggarkan tekanan pada vena-vena panggul.

2) Masalah 2 : Nokturia

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang dialami (nokturia)

Kriteria :

- (a) Ibu BAK 7-8x/ hari terutama siang hari

- (b) Infeksi saluran kencing tidak terjadi

Intervensi menurut Manuaba (2010) :

(a) Jelaskan pada ibu terjadinya sering kencing.

R/ Ibu mengerti penyebab sering kencing karena tekanan bagian bawah janin pada kandung kemih.

(b) Anjurkan ibu untuk menghindari minum-minuman bahan diuretik alamiah seperti kopi, the, *softdrink*.

R/ Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih.

(c) Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK

R/ Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

(d) Anjurkan ibu untuk minum 8-10 gelas/hari tetapi banyak minum pada siang hari dan akan menguranginya setelah makan sore, serta sebelum tidur buang air kecil

R/ Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

3) Masalah 3 : Konstipasi sehubungan dengan peningkatan progesteron

Tujuan : Tidak terjadi konstipasi

Kriteria : Ibu bisa BAB 1-2x/hari

Intervensi menurut Pantiawati (2009: 112)

(a) Anjurkan ibu untuk membiasakan BAB teratur

R/ Berperan besar dalam menentukan waktu defekasi, tidak mengukur dapat menghindari pembekuan feses.

(b) Anjurkan ibu meningkatkan intake cairan, serat dalam diet

R/ Makanan tinggi serat menjadikan fese tidak terlalu padat, keras

(c) Anjurkan ibu minum cairan dingin/panas (terutama ketika perut kosong)

R/ Dengan minum panas/dingin sehingga dapat merangsang BAB

(d) Anjurkan ibu untuk melakukan latihan secara umum, berjalan setiap hari, pertahankan postur tubuh, latihan kontraksi otot bagian bawah secara teratur.

R/ Mengidentifikasi sirkulasi vena sehingga mencegah kongesti pada usus besar.

4) Masalah 4 : Hemoroid

Tujuan : Hemoroid tidak terjadi atau tidak bertambah parah

Kriteria : 1.BAB 1-2x/hari, konsistensi lunak

2.BAB tidak berdarah dan tidak nyeri

Intervensi menurut Varney, dkk (2007) :

(a) Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan tinggi serat untuk menghindari konstipasi

R/ Makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat/keras sehingga mempermudah pengeluaran feses

(b) Anjurkan ibu untuk minum air hangat 1 gelas tiap bangun pagi.

R/ Minum air hangat akan merangsang peristaltic usus sehingga dapat merangsang pengosongan kolon lebih cepat.

(c) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan atau senam ringan.

R/ Olahraga dapat melancarkan peredaran darah sehingga semua sistem tubuh dapat berjalan lancar termasuk pencernaan.

(d) Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi

R/ Mengejan yang terlalu sering memicu terjadinya hemoroid.

(e) Anjurkan ibu untuk berendam air hangat.

R/ Hangatnya air tidak hanya memberikan kenyamanan, tetapi juga meningkatkan sirkulasi

(f) Anjurkan ibu untuk mengompres es dan air hangat

R/ Kompres diperlukan untuk mengurangi hemoroid.

5) Masalah 5 : Kram pada kaki

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologi (kram tungkai) atau tidak terjadi kram tungkai.

Kriteria : Kram pada kaki berkurang dan ibu mampu mengatasi bila kram tungkai berkurang

Intervensi menurut Romauli (2007) :

(a) Jelaskan penyebab kram kaki.

R/ Ibu mengerti penyebab kram pada kaki yaitu ketidakseimbangan rasio kalsium.

(b) Anjurkan ibu untuk senam hamil teratur.

R/ Senam hamil memperlancar peredaran darah, suplai O₂ ke jaringan sel terpenuhi.

(c) Anjurkan ibu untuk menghangatkan kaki dan betis dengan *massage*.

R/ Sirkulasi darah ke jaringan lancar.

(d) Minta ibu untuk tidak berdiri lama.

R/ Mengurangi penekanan yang lama pada kaki sehingga sirkulasi darah lancar.

(e) Anjurkan ibu untuk menghindari aktivitas berat dan cukup beristirahat.

R/ Otot-otot bisa relaksasi sehingga kram berkurang.

(f) Anjurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor

R/ Konsumsi kalsium dan fosfor baik untuk kesehatan tulang.

6) Masalah 6 : Sesak napas

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan ketidaknyamanan dan kebutuhan O₂ ibu terpenuhi

Kriteria : 1. Frekuensi pernapasan 14-24x/menit

2. Ibu menggunakan pernafasan perut

Intervensi menurut Saleha (2009) :

(a) Jelaskan pada ibu penyebab sesak napas.

R/ Ibu mengerti penyebab sesak napas yaitu karna membesarnya uterus.

(b) Anjurkan ibu untuk tidur dengan posisi yang nyaman dengan bantal tinggi.

R/ Menghindari penekanan pada diafragma

(c) Anjurkan ibu senam hamil teratur

R/ Merelaksasi otot-otot

(d) Anjurkan ibu menghindari kerja keras

R/ Aktivitas berat menyebabkan energi yang digunakan banyak dan menambah kebutuhan O₂.

(e) Anjurkan ibu berdiri meregangkan lengannya di atas kepala

R/ Penegangan tulang meringankan penarikan napas.

7) Masalah 7 : Pusing sehubungan dengan ketegangan otot,

stress, perubahan postur tubuh, ketegangan mata dan kelelahan

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya sehingga tidak cemas

Kriteria : 1. Pusing berkurang

2. Kesadaran *composmentis*

3. Tidak terjadi jatuh/hilang keseimbangan

Intervensi menurut Rukiyah (2008) :

(a) Jelaskan kepada ibu penyebab pusing

R/ Ibu mengerti penyebab pusing karena hipertensi postural yang berhubungan dengan perubahan-perubahan hemodinamis.

(b) Anjurkan ibu cara bangun perlahan dari posisi istirahat

R/ Agar ibu tidak terjatuh dari bangun tidur

(c) Anjurkan ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama di lingkungan panas dan sesak.

R/ Kekurangan O_2 karena lingkungan sesak dapat menyebabkan pusing.

8) Masalah 8 : Nyeri punggung

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang terjadi (nyeri punggung)

Kriteria : Nyeri punggung berkurang

Intervensi menurut Saifuddin (2008) :

(a) Tekuk kaki dari pada membungkuk ketika mengangkat apapun. Lebarkan kedua kaki dan tempatkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain saat menekukan kaki.

R/ Menekuk kaki akan membuat kedua tungkai yang menopang berat badan dan meregang, bukan punggung.

Merebakan kedua kaki dan menempatkan satu kaki sedikit didepan dari posisi setengah jongkok.

(b) Hindari membungkuk berlebihan dan mengangkat beban.

R/ Menghilangkan tegang pada punggung bawah yang disebabkan oleh peningkatan lengkung vertebrata lumbosakral dengan pengencangan otot-otot punggung.

(c) Anjurkan tidur miring ke kiri dan perut diganjal bantal

R/ Mengurangi penekanan uterus pada ligamentum rotundum.

(d) Gunakan sepatu tumit rendah

R/ Sepatu tumit tinggi tidak stabil dan memperberat masalah pada pusat gravitasi serta lordosis.

(e) Gunakan kasur yang menyokong dan posisikan badan dengan menggunakan bantal sebagai penganjal

R/ Kasur yang menyokong dan penggunaan bantal dapat meluruskan punggung serta meringankan tarikan dan regangan.

9) Masalah 9 : Varises

Tujuan : Tidak terjadi varices atau tidak bertambah parah.

Kriteriaa : Tidak terdapat varises

Intervensi menurut Varney (2007) :

(a) Kenakan kaus kaki penyokong

R/ Penggunaan kaos kaki penyokong dapat meningkatkan aliran balik vena menurunkan risiko terjadinya varises.

(b) Hindari mengenakan pakaian berat

R/ Pakaian ketat dapat menghambat aliran balik vena

(c) Hindari berdiri lama dan tidak menyilangkak saat duduk

R/ Meningkatkan sirkulasi balik vena dan menurunkan risiko terjadinya varises

(d) Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur .

R/ Latihan ringan dan berjalan secara teratur dapat memfasilitasi peningkatan sirkulasi.

(e) Kenakan penyokong abdomen maternal atau korset.

R/ Penggunaan korset dapat mengurangi tekanan pada vena panggul

10) Masalah 10 : Panas dan nyeri ulu hati (*heart burn*)

Tujuan : Tidak terjadi *heart burn*

Kriteria : 1. Tidak kembung

2. Ibu tidak ada nyeri tekan pada perut bagian atas

Intervensi menurut Sulistyawati (2012) :

(a) Jelaskan pada ibu penyebab nyeri dan panas ulu hati

(*heart burn*) yaitu peningkatan produksi hormon progesteron, relaksasi *sphincter esophagus* bagian bawah bersamaan perubahan dalam gradient tekanan sepanjang

sphincter, kemampuan gerak serta tonus gastrointestinal menurun, serta pergeseran lambung karena pembesaran uterus.

R/ Ibu mengerti penyebab timbulnya nyeri dan panas ulu hati sehingga tidak cemas lagi

(b) Anjurkan ibu makan porsi sedikit tapi sering

R/ Untuk mengurangi rasa mual dan muntah yang dialami ibu

(c) Anjurkan ibu untuk menghindari makanan yang berlemak, berbumbu merangsang dan pedas.

R/ Karena makanan yang berlemak, berbumbu merangsang, dan pedas dapat meingkatkan asam lambung sehingga akan memperparah gejala.

(d) Hindari rokok, kopi, alkohol dan coklat

R/ Karena selain memperparah gejala juga akan berdampak pada pertumbuhan janin dalam rahim

(e) Hindari berbaring setelah makan

R/ Bila setelah makan langsung berbaring maka asam lambung akan naik sehingga akan menyebabkan mual.

(f) Hindari minum selain air putih

R/ Karena air putih adalah zat tidak berpartikel sehingga akan memperlancar proses metabolisme dalam tubuh.

(g) Tidur dengan kaki ditegakkan

R/ Memperlancar aliran darah *uteroplasenter*. sehingga janin tidak mengalami *fetal distress*.

(h) Berikan antasida

R/ Antasida adalah obat yang digunakan untuk menetralkan asam lambung sehingga dapat mengurangi masalah yang ada.

11) Masalah 11 : Kecemasan menghadapi persalinan

Tujuan : Kecemasan berkurang

Kriteria : 1. Ibu tampak tenang dan rileks
2. Ibu tampak tersenyum
3. Suami dan keluarga memberi dukungan

Intervensi menurut Romauli (2007) :

(a) Jelaskan pada ibu tentang hal-hal yang dapat menyebabkan kecemasan

R/ Ibu mengerti penyebab kecemasan menjelang persalinan adalah hal yang normal

(b) Anjurkan ibu mandi air hangat

R/ Selain memperlancar sirkulasi darah, juga memberikan rasa nyaman

(c) Anjurkan ibu menatalaksanakan relaksasi progresif

R/ Relaksasi dapat mengurangi masalah-masalah psikologi seperti halnya rasa cemas menjelang persalinan

12) Masalah 12 : Insomnia

Tujuan : Ibu dapat tidur dan beristirahat dengan baik

Kriteria :1.Ibu tampak tenang dan rileks

2.Ibu tampak tersenyum

3.Suami dan keluarga memberi semangat

Intervensi menurut Saifuddin (2008) :

(a) Tinjau ulang kebutuhan ibu perubahan tidur normal berkenaan dengan kehamilan. Tinjau pola tidur saat ini.

R/ Membantu mengidentifikasi kebutuhan untuk menetapkan pola tidur yang berbeda.

(b) Evaluasi tingkat kelelahan

R/ Peningkatan retensi cairan, penambahan berat badan dan pertumbuhan berat janin, semua memperberat perasaan lelah, khususnya multipara.

(c) Kaji terhadap insomnia dan respon ibu terhadap penurunan tidur, serta teknik relaksasi, membaca, mandi air hangat dan penurunan aktivitas sebelum tidur.

R/ Aktivitas yang berlebihan, kegembiraan, masalah fisik dan aktivitas janin dapat mempersulit tidur.

(d) Perhatikan kesulitan bernapas karena posisi, anjurkan pada posisi *semi flower*.

R/ Pada posisi *recumbent*, pembesaran uterus, serta organ *abdomen* menekan *diafragma*, sehingga membantu *expansi* paru. Penggunaan posisi *semi flower*

memungkinkan *diafragma* menurun, membantu mengembangkan *ekspansi* paru lebih optimal.

- (e) Kolaborasi pemeriksaan laboratorium terhadap sel darah merah dan kadar *hemoglobin* (Hb).

R/ Anemia dan penurunan kadar Hb mengakibatkan penurunan oksigenasi jaringan serta mempengaruhi perasaan letih yang akan mengganggu pola tidur ibu.

- (f) Rujuk ibu untuk konseling bila kekurangan tidur atau mengalami kelelahan yang mempengaruhi aktivitas

R/ Mungkin perlu bagi ibu menghadapi perubahan siklus tidur sampai terjaga, mengidentifikasi prioritas yang tepat dan memodifikasi komitmen.

- (g) Berikan informasi tentang perubahan perkemihan sehubungan dengan trimester III.

R/ Membantu ibu memahami alasan fisiologis dari frekuensi berkemih dan nokturia karena pembesaran uterus trimester ketiga.

- (h) Anjurkan ibu untuk melaksanakan posisi miring saat tidur. Perhatikan keluhan *nokturia*.

R/ Meningkatkan peruse ginjal

- (i) Anjurkan ibu untuk menghindari posisi tegak dalam waktu yang lama.

R/ Posisi ini memungkinkan terjadinya sindrom vena kava dan menurunkan aliran vena.

- (j) Berikan informasi mengenai perlunya masukan cair gelas /per hari, pengurangan masukan 2-3 jam sebelum beristirahat dan penggunaan garam, makanan dan produk mengandung natrium dalam jumlah sedang

R/ Mempertahankan tingkat cairan dan perfusi adekuat, yang mengurangi natrium diet

- (k) Berikan informasi penghilangan natrium dari diet.

R/ Kehilangan atau pembatasan natrium dapat sangat menekan regulator rennin-angiotensin-aldosteron dari kadar cairan

- (l) Tes urine *midstream* untuk memeriksa albumin

R/ Dapat mengidentifikasi *spasme glomerulus* atau penurunan perfusi ginjal berkenaan dengan hipertensi akibat kehamilan.

2.2.2 Persalinan

A. Data Subyektif

1. Biodata

a) Nama

Selain sebagai identitas, upayakan agar bidan memanggil dengan nama panggilan sehingga hubungan komunikasi antara bidan dan pasien menjadi akrab (Sulistyawati, 2011).

b) Usia

Untuk mengetahui apakah ibu termasuk resiko tinggi atau tidak.

Usia di bawah 16 tahun atau di atas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di atas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes, hipertensi kronis, persalinan 245 lama, dan kematian janin (Wahney, 2008).

c) Agama

Sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan (Sulistyawati, 2011).

d) Pendidikan

Pendidikan berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Ambarwati, 2009).

e) Pekerjaan

Mengetahui pekerjaan ibu, gunannya untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut (Amabarwati, 2009).

f) Suku/Bangsa

Data ini berhubungan dengan sosial budaya yang dianut oleh pasien dari keluarga yang berkaitan dengan persalinan (Sulistyawati, 2011).

g) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah apabila diperlukan (Eny, 2010).

2. Keluhan Utama

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Pada kasus persalinan, informasi yang harus didapat dari pasien adalah kapan mulai merasa ada kencang-kencang di perut, bagaimana intensitas dari frekuensinya, apakah ada pengeluaran cairan dari vagina yang berbeda dari air kemih, apakah sudah ada pengeluaran lendir bercampur darah, serta pergerakan janin untuk memastikan kesejahteraannya (Sulistyawati, 2011). Biasanya ibu yang akan bersalin datang dengan keluhan seperti:

- a) Pinggang terasa sakit menjalar ke depan
- b) Mengeluarkan lendir dan darah
- c) Mengeluarkan cairan (air ketuban) (Sulistyawati, 2010).

3. Riwayat Obstetri

a) Riwayat Menstruasi

Pada riwayat menstruasi hal yang perlu dikaji adalah umur menarche, siklus, lamanya, banyaknya darah, dan adanya dismenorhea. Selain itu kaji pula HPHT (hari pertama haid terakhir) ibu. Hari pertama haid terakhir merupakan data dasar yang di perlukan untuk menentukan usia kehamilan apakah

bulan atau prematur. Kaji pula kapan bayi lahir (menurut taksiran ibu) dan taksiran persalinan (Rohani, 2014).

Riwayat menstruasi menurut (Marmi, 2014). Menarche adalah terjadinya haid yang pertama kali. Menarche terjadi pada usia pubertas yaitu 12-16 tahun, rata-rata 12,5 tahun. Siklus haid yang klasik adalah 28 hari \pm 2 hari, sedangkan pola haid dan lamanya perdarahan tergantung tipe wanita dan biasanya 3-8 hari. Hari pertama haid terakhir HPHT dapat dijabarkan untuk memperhitungkan tanggal tafsiran persalinan. Bila siklus haid \pm 28 hari, rumus yang di pakai adalah +7, bulan -3, tahun +1.

b) Riwayat Riwayat Kehamilan Sekarang

HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir) : Untuk mengetahui umur kehamilan yang sebenarnya dan sekaligus taksiran persalinan yang dihitung dengan rumus neagle yaitu TTP (Taksiran Tanggal Persalinan) = HPHT +7 bulan haid -3 dan tahun +1 (Manuaba, 2010). Dikaji tentang jumlah kunjungan. Jumlah kunjungan minimal empat kali (4x) yaitu satu kali pada trimester I, satu kali pada trimester II, dan dua kali pada trimester III. Hal ini dapat memberikan peluang yang lebih besar bagi petugas kesehatan untuk mengenali secara dini berbagai penyulit atau gangguan kesehatan yang terjadi pada ibu hamil. Beberapa penyakit atau penyulit tidak segera timbul bersamaan dengan terjadinya kehamilan hipertensi dalam kehamilan, atau baru

akan menampakkan gejala pada usia kehamilan tertentu misalnya perdarahan antepartum yang disebabkan oleh plasenta previa (Prawirohardjo, 2010).

Di kaji tentang imunisasi TT karena ibu hamil yang mendapatkan imunisasi TT dalam tubuhnya akan membentuk antibody tetanus. Jadwal imunisasi TT I ke TT II adalah 4 minggu dan akan memberikan perlindungan selama 3 tahun (Saifuddin, 2007).

c) Riwayat Kehamilan yang Lalu

Terminasi kehamilan dapat mempengaruhi viabilitas kehamilan yang berikutnya. Dilatasi dan kuretase menyebabkan terjadinya inkompetensi serviks (Fraser et al, 2009). Aborsi spontan berulang dapat mengindikasikan adanya kondisi seperti abnormalitas genetik, ketidakseimbangan hormon, atau inkompetensi serviks (Fraser dkk, 2009).

d) Riwayat Persalinan

Lama persalinan sebelumnya merupakan indikasi yang baik untuk memperkirakan lama persalinan kali ini sehingga memungkinkan untuk membedakan persalinan antara primigravida dan gravida selanjutnya serta persalinan dengan paritas yang lebih tinggi. Untuk mengidentifikasi kelahiran melalui SC atau kelahiran operatif pervaginam sebelumnya (Verney et al, 2008).

Ukuran bayi yang terbesar dilahirkan pervaginam memastikan keadekuatan panggul wanita untuk ukuran bayi saat ini. Selain itu juga untuk mengantisipasi kemungkinan komplikasi jika dibanding dengan perkiraan berat janin (Varney et al, 2008).

Wanita yang memiliki riwayat melahirkan bayi kecil dari ayah yang sama cenderung memiliki bayi kecil juga pada kehamilan ini (Verney et al, 2008). Semua wanita dengan riwayat SC pada segmen uterus bawah (insisi transversal bawah atau vertical bawah) dan tidak memiliki kontraindikasi dianjurkan menjalani persalinan pervaginam (Varney et al, 2008).

e) Riwayat Nifas

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C berturut-turut selama 2 hari kemungkinan terjadi infeksi. Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga terdapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri disebut “nyeri ikutan” (*after pain*) terutama pada multipara (Manuaba, 2010).

f) Riwayat Kelahiran Bayi

Jenis kelamin, hidup atau tidak ,kalau meninggal umur berapa dan sebabnya meninggal, berat badan waktu lahir. Pernyataan ini sangat mempengaruhi prognosa persalinan dan pimpinan persalinan, karena jalanya persalinan yang lampau adalah hasil

ujian-ujian dari segala faktor yang mempengaruhi persalinan (Wiknjosastro, 2010).

g) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah ibu sudah menjadi akseptor keluarga berencana (KB) sebelum hamil atau tidak. Metode kontrasepsi yang digunakan apa dan sudah berapa lama ibu menjadi akseptor KB serta rencana KB apa yang akan di gunakan ibu (klien) setelah melahirkan (Fathma, 2014).

4. Riwayat Kesehatan dan Penyakit Klien

Penting untuk melakukan penapisan pada ibu secepatnya terhadap kemungkinan komplikasi antepartum yang dapat mempengaruhi periode intrapartum (misal preeklamsi, anemia) atau muncul menyerupai tanda-tanda persalinan. (Verney, 2007). Berikut ini adalah kondisi medis dari beberapa kategori ini:

a) Diabetes mellitus gestasional

Komplikasi yang mungkin terjadi pada kehamilan dengan diabetes sangat bervariasi. Pada ibu akan meningkatkan resiko terjadinya preeklamsia, seksiosesarea, dan terjadinya diabetes mellitus tipe II di kemudian hari, sedangkan pada janin meningkatkan risiko terjadinya makrosomia, trauma persalinan, hipobilirubinemia, hipoglikemia, hipokalsemia, hiperbilirubenia bayi baru lahir, sindroma distress respirasi (RDS), serta meningkatkan mortalitas atau kematian janin (Saifuddin, 2009).

b) Anemia

Bahaya saat persalinan adalah gangguan his (kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio plasenta dan perdarahan postpartum karena atonia uteri, kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri (Manuaba, 2010).

c) Hipertiroid

Biasanya pada kehamilan berakhir dengan abortus (inhabitualis)/partus prematurus, cacat bawaan, dan kretinismus pada janin lebih besar (Sarwono, 2009).

d) Hipotiroid

Pada hipotiroid subklinis bisa meningkatkan terjadinya persalinan premature, solusio plasenta, dan perawatan bayi di NICU (Saifuddin, 2009).

e) Epilepsi

Pada umumnya epilepsi tidak dipengaruhi oleh kehamilan. Namun wanita hamil dengan epilepsi mempunyai risiko terhadap hipertensi karena kehamilan, persalinan premature, bayi berat badan rendah, bayi dengan kelainan bawaan dan kematian perinatal (Saifuddin, 2010).



f) Gagal ginjal akut

Gagal ginjal akut merupakan komplikasi yang sangat gawat dalam kehamilan dan nifas karena dapat menimbulkan kematian atau kerusakan fungsi ginjal yang tidak bisa sembuh lagi. Penderita dapat meninggal dalam waktu 14 hari setelah timbulnya anuria. Kerusakan jaringan dapat terjadi di beberapa tempat yang tersebar atau keseluruhan jaringan ginjal (Saifuddin, 2009).

g) HIV

Transmisi HIV dari keadaan janin dapat terjadi melalui intrauterine, saat persalinan, dan pasca persalinan. Kelainan yang dapat terjadi adalah berat badan lahir rendah, bayi lahir mati, partus preterm dan abortus spontan (Sarwono, 2009).

h) Sifilis

Merupakan penyakit sistemik yang disebabkan oleh *treponema pallidum*. Transmisi *treponema* dari ibu ke janin umumnya terjadi setelah plasenta terbentuk utuh, kira-kira sekitar umur 16 minggu, kemungkinan untuk timbulnya sifilis congenital lebih memungkinkan (Sarwono, 2009).

5. Riwayat Kesehatan Keluarga

Informasi tentang keluarga klien penting untuk mengidentifikasi wanita yang berisiko menderita penyakit genetik yang dapat memengaruhi hasil akhir kehamilan atau berisiko memiliki bayi

yang menderita penyakit genetik. Informasi ini juga dapat mengidentifikasi latar belakang rasa atau etnik yang di perlukan untuk melakukan pendekatan berdasarkan pertimbangan budaya atau untuk mengetahui penyakit organik yang memiliki komponen herediter (Marmi, 2011). Kejadian kehamilan ganda dipengaruhi salah satunya oleh faktor genetik atau keturunan (Saifuddin, 2009).

6. Data Fungsional Kesehatan

a) Nutrisi

Dikaji tentang jenis makanan yang dikonsumsi klien, apakah sudah mengonsumsi makanan yang sesuai dengan menu seimbang (nasi, lauk pauk, sayur, buah) atau belum, karena asupan nutrisi juga akan berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin di kandungannya. Selain makanan, berapa kali minum dalam sehari juga perlu untuk dipertanyakan, hal ini juga dimaksudkan untuk mencegah keadaan kekurangan cairan (Fathma, 2014).

Ibu diperbolehkan mengonsumsi makanan rendah lemak dan rendah residu sesuai selera untuk memberinya energi. Namun makan dan minum selama persalinan menyebabkan peningkatan risiko regurgitasi dan aspirasi isi lambung (Fraser et al, 2009).

b) Eliminasi

Kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terendah janin, sehingga di anjurkan ibu untuk sesering

mungkin untuk BAK. Apabila ibu belum BAB kemungkinan akan dikeluarkan saat persalinan, yang bisa mengganggu bila bersamaan dengan keluarnya kepala bayi (Marmi, 2011).

c) Aktivitas

Norma-norma yang mengatur aktivitas fisik sangat bervariasi. Mereka takut kehilangan fisik yang fit selama periode mereka terpaksa mengurangi kegiatan. Wanita yang biasanya tidak berolahraga harus memenuhi kegiatan fisik dan intensitasnya rendah dan meningkatkan aktivitas secara teratur. Pada kala I apabila kepala janin sudah masuk sebagian ke dalam PAP serta ketuban pecah, klien dianjurkan duduk atau berjalan-jalan disekitar ruangan atau kamar bersalin. Pada kala II kepala janin sudah masuk rongga PAP klien dalam posisi miring kanan atau kiri. Klien dapat tidur terlentang, miring kanan atau kiri tergantung pada letak punggung anak, klien sulit tidur terutama pada kala I-IV (Marmi, 2011). Kita perlu mengkaji aktivitas sehari-hari pasien karena data ini member gambaran kita tentang seberapa berat aktivitas yang biasa dilakukan pasien dirumah. Jika diakhir kehamilannya pasien melakukan aktivitas yang terlalu berat di khawatirkan pasien akan merasakan kelelahan sampai akhirnya dapat menimbulkan penyulit pada masa bersalin (Sulistyawati, 2011).



d) Istirahat dan Tidur

Sebaiknya ibu hamil banyak istirahat atau tidur meskipun bukan tidur betulan hanya memberikan badan untuk memperbaiki sirkulasi darah (Yeyeh, 2009). Data yang perlu ditanyakan yang berhubungan dengan istirahat pasien:

- 1) Kapan terakhir tidur
- 2) Berapa lama

e) Personal Higiene

Data ini perlu kita gali karena akan sangat berkaitan dengan kenyamanan pasien dalam menjalani proses persalinannya. Beberapa pertanyaan yang perlu diajukan berhubungan dengan perawatan kebersihan diri pasien.

- 1) Kapan terakhir mandi, keramas dan gosok gigi.
- 2) Kapan terakhir ganti baju dan pakaian dalam (Sulistyawati, 2010).

Bagi ibu yang sedang berada pada proses persalinan normal, mandi air hangat (*birthing pool*) dapat menjadi pereda nyeri efektif yang akan meningkatkan mobilitas tanpa meningkatkan efek samping bagi ibu atau bayinya (Fraser et al, 2009).

f) Pola Seksual

Sampai saat ini belum membuktikan dengan pasti bahwa coitus dan orgasme di koordinasikan selama masa hamil untuk wanita

yang sehat secara medis dan memiliki kondisi obstetric yang prima. Akan tetapi, riwayat abortus spontan atau ancaman abortus lebih 1 kali, keguguran yang nyaris terjadi pada trimester ke dua, ketuban pecah dini, perdarahan atau sakit perut pada kehamilan trimester tiga merupakan peringatan untuk tidak melakukan coitus dan orgasme (Marmi, 2011).

g) Ketergantungan

1) Merokok

Kebanyakan wanita mengetahui bahwa mereka tidak boleh merokok pada masa kehamilan meskipun mereka tidak mengetahui bahaya yang sebenarnya. Wanita yang merokok pada masa kehamilan pertama dan melahirkan bayi sehat mungkin tidak percaya bahwa mereka membawa risiko (Marmi, 2011).

2) Alkohol

Masalah signifikan yang di timbulkan oleh anak-anak yang mengalami sindrom alkohol dan gangguan perkembangan saraf janin-alkohol membuat klinis wajib menanyakan asupan alkohol dan mengingatkan wanita efek potensial alkohol jangka panjang pada bayi yang di kandungnya (Marmi, 2011).

3) Obat terlarang

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

7. Data Psikososial dan Spiritual

Kualitas asuhan dapat dinilai melalui kompetensi budaya atau kemampuan seorang penyedia pelayanan untuk mengintegrasikan pengetahuan tentang keyakinan dan norma budaya karena keyakinan dan norma budaya terkait dengan pengalaman melahirkan. Pengkajian budaya harus dilakukan untuk memastikan pemberi asuhan memiliki pengetahuan yang adekuat mengenai keyakinan terhadap dukungan persalinan, terapi obat, dan pantangan (Kennedy, 2009).

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum

Menurut Sulistyawati (2011:226), data ini didapat dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang dilaporkan kriterianya adalah sebagai berikut.



1) Baik

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

2) Lemah

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

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan composmentis (kesadaran normal/sepenuhnya), samnolens kesadaran menurun, psikomotor yang lambat dan mudah tertidur namun masih dapat pulih apabila dirangsang), apatis (pasien tampak segan/acuh untuk berhubungan dengan lingkungan), spoor comatis (keadaan seperti teridur lelap tetapi ada respon terhadap nyeri), coma (pasien tidak dalam keadaan sadar, tidak ada respon dan tidak bisa di bangunkan)

(Sulistyawati, 2011).

c) Tanda-Tanda Vital

1) Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi di sertai dengan peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan sistolik

rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diawal kontraksi tekanan darah kembali tingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat di hindari (Varney, dkk. 2007). Diukur untuk mengetahui preeklamsia, yaitu bila tekanan darahnya lebih dari 140 atau 90 mmHg (Marmi, 2011).

2) Nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titi puncak sampai frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang (Varney,dkk. 2007). Untuk mengetahui fungsi jantung ibu, normalnya 80-90 x/menit (Marmi, 2011).

3) Suhu

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titi puncak sampai frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi uterus tidk terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang (Varney,dkk. 2007). Untuk

mengetahui fungsi jantung ibu, normalnya 80-90 x/menit (Marmi, 2011).

4) Respirasi Rate

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Varney dkk, 2007).

Ibu hamil yang akan bersalin seringkali bernafas dengan sangat cepat pada puncak kontraksi, bernafas dengan cepat atau menahan nafas merupakan tanda-tanda kepanikan (Fraser et al, 2009).

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

d) Pemeriksaan Antropometri

1) Tinggi Badan

Tubuh yang pendek dapat menjadi faktor gangguan genetik.

Tinggi badan harus diukur pada saat kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah ≥ 145 cm (Marmi, 2011).

2) Berat Badan

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian volume darah, volume darah, dan cairan ekstraselular. Di perkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg. Pada

trimester ke 2 dan ke 3 pada perempuan dengan gizi baik di anjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih di anjurkan menambah berat badan perminggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg (Saifuddin, 2011). Kenaikkan berat badan >0,57 kg/minggumerupakan faktor reiko timbulnya preeklamsia (Saifuddin,2010). Rekomendasi penambahan berat badan berdasarkan indeks masa tubuh

Tabel 1.10
Indek Masa Tubuh

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

Sumber : Sarwono, 2009

3) LILA

Standar minimal LILA pada wanita dewasa adalah 23,5 cm. jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinnya adalah Kurang Energi Kronik (KEK) (Janah,2012). Selain itu merupakan indikator kuat status gizi ibu yang kurang/buruk, sehingga berisiko untuk melahirkan berat bayi lahir rendah (BBLR). Dengan demikian bila hal ini ditemukan sejak awal

kehamilan petugas dapat memotivasi ibu agar lebih memperhatikan kesehatanya serta jumlah kualitas makanannya (Romaui, 2011).

2. Pemeriksaan Fisik

a) Muka

Pada wajah perlu dilakukan pemeriksaa edema yang merupakan tanda klasik pre eklamsia (Verney et 1,2007). Edema adalah penimbunan secara umum dan berlebihan dalam jaringan tubuh, dan biasanya dapat di ketahui dari kenaikan berat badan dan pembengkakan kaki,jari tangan, dan muka (Wiknjosastro, 2007).

b) Mata

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

c) Mulut dan Gigi

Mulut simetris atau tidak, bibir kering atau tidak, gigi terdapat karies atau tidak (Baety ,2012). Wanita yang bersalin biasanya mengeluarkan bau nafas yang tidak sedap, mulut kering atau pecah-pecah, tenggorokan nyeri dan gigi berjogong, trauma jika ia bersalin selama berjam-jam tanpa mendapat cairan oral dan perawatan mulut (Verney et al,2008).



d) Leher

Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi (Saifuddin, 2010). Kelenjar limfe yang membengkak merupakan salah satu gejala klinis infeksi toksoplasmosis pada ibu hamil, pengaruhnya terhadap kehamilan dapat mengakibatkan keguguran, persalinan prematuritas, dan cacat bawaan (Manuaba, 2012).

e) Payudara

Menjelang proses persalinan, perlu dilakukannya pemeriksaan terhadap kondisi puting ibu misalnya kolostrum kering/berkerak, muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam mengeluarkan puting yang rata atau inverse pada wanita yang merencanakan untuk menyusui (Verney et al, 2007).

f) Abdomen

Lihat bentuk, bekas operasi, striae, linea, tinggi fundus uteri (TFU), hasil pemeriksaan palpasi Leopold, kontraksi uterus, taksiran berat janin (TBJ), denyut jantung janin (DJJ), palpasi kandung kemih (Sulistiyawati, 2010). Pemeriksaan abdomen digunakan untuk:

- 1) Menentukan tinggi fundus uteri (pastikan pengukuran dilakukan pada saat uterus tidak sedang berkontraksi).

2) Memantau kontraksi uterus, pemantauan kontraksi uterus dilakukan waktu 10 menit. Kontraksi harus dievaluasi tidak hanya frekuensi, durasi dan intensitasnya tetapi juga hubungan ketiga faktor tersebut (Verney et al, 2007).

3) Memantau denyut jantung janin, Denyut jantung janin (DJJ) yang normal adalah kurang dari 100 atau lebih dari 180 denyut permenit (Saifuddin, 2010).

4) Menentukan presentasi (apakah kepala atau bokong).

5) Menentukan penurunan bagian terbawah janin, Penilaian dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada diatas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan pemeriksa (perlimaanan). Penurunan bagian terbawah dengan metode lima jari :

(a) 5/5 bagian terbawah janin seluruhnya teraba diatas simfisis pubis.

(b) 4/5 jika sebagian 1/5 bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul.

(c) 3/5 jika sebagian 2/5 bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul.

(d) 2/5 jika hanya sebaagian dari bagian terbawah janin masih berada diatas simfisis dan 3/5 bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digunakan).

(e) 1/5 jika hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada diatas simfisis dan 4/5 bagian telah masuk kedalam rongga panggul.

(f) 0/5 bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk kedalam rongga panggul (APN, 2008).

g) Genetalia

Tanda-tanda inpartu pada vagina yaitu terdapat pengeluaran darah pervaginam yang berupa *bloody show*, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka sebagai tanda gejala kala II (Manuaba, 2012).

Vulva dan vagina bersih atau tidak, odema atau tidak, ada flour albus atau tidak, terdapat pembesaran kelenjara skene dan jellenjar bartolini atau tidak, ada condilomatalata atau tidak, ada condiloma acuminate atau tidak, kemerahan atau tidak. Perineum ada luka bekas episiotomi atau tidak (Marmi, 2011).

h) Anus

Periksa kebersihan pada anus adakah hemeroid atau tidak (Sulistyawati, 2010). Kemajuan kepala janin menjelang persalinan akan menyebabkan penonjolan pada rectum (Varney, dkk. 2007).



i) Ekstremitas

Terutama pada pemeriksaan reflek lutut. Reflek lutut negatif pada hipovitaminose dan penyakit urat saraf (Marmi, 2012). Edema ekstremitas merupakan tanda klasik preeklamsia, bidan harus memeriksa dan mengevaluasi pada pergelangan kaki, area pretibia atau jari. Edema pada kaki biasanya merupakan edema dependen yang disebabkan karena adanya penurunan aliran darah vena akibat uterus yang membesar (Varney et al, 2007).

3. Pemeriksaan Khusus

a) Palpasi

Palpasi adalah perabaan untuk menentukan seberapa besar bagian kepala janin yang terpalpasi diatas pintu panggul untuk menentukan seberapa jauh terjadinya *engagement*, mengidentifikasi punggung janin untuk menentukan posisi dan menentukan letak bokong dan kepala dan presentasi janin (Fraser et al, 2009).

b) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Menurut Mochtar (2011) usia kehamilan berdasarkan cm sesuai usia kehamilan dalam minggu adalah seperti pada di tabel berikut:

Tabel 1.11
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).

Cara menghitung TFU: Menurut Kustmardji (2008), pengukuran TFU dilakukan dengan rumus MC.Donald menggunakan suatu metode untuk menaksir berat janin dengan pengukuran tinggi fundus uteri yaitu mengukur jarak antar tepi atas tulang kemaluan (*simfisis osis pubis*) sampai ke puncak rahim (*fundus uteri*) dengan mengikuti lengkungan uterus, memakai pita pengukur. Rumus Mc.Donald dapat dikatakan jarak dibagian atas tulang kemaluan (*simfisis osis pubis*) ke puncak rahim (*fundus uteri*) dalam centimeter di kurang 11 atau 12 hasilnya di kalikan 155 di dapatkan berat bayi dalam gram. Pengurangan 11 atau 12 tergantung dari posisis kepala bayi. Jika kepala di atas

atau pada spina ischiadika maka di kurang 12, jika kepala di bawah spina ischiadika maka di kurang 11.

c) Cara Menentukan TBJ (Tafsiran Berat Janin)

Menurut Janah (2012) untuk mengukur TBJ dalam gram perlu di ketahui apakah kepala sudah masuk pintu atas panggul atau belum. Rumusnya:

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

n : posisi kepala masih diatas spina ischiadika atau bawah. Bila di atas (12) dan di bawah (-11).

Untuk lebih jelasnya mengenai taksiran berat janin dapat di lihat tabel berikut:

Tabel 1.12
Tafsiran Berat Janin







Usia Kehamilan (Bulan)	Berat Badan (Gram)
7	1000
8	1800
9	2500
10	3000

Sumber : Manuaba, 2012

d) Penurunan Bagian Terbawah Janin

Berikut ini adalah metode lima jari (perlimaanan) menurut (Marmi, 2011) dapat dilihat di tabel sebagai berikut:

Tabel 2.13
Perlindungan Dan Bidang Hodge

Perlindungan	Hodge	Keterangan
5/5 		Kepala di atas PAP mudah digerakkan
4/5 	HI-HII	Sulit di gerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
3/5 	HII-HIII	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
2/5 	HIII +	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
1/5 	H IV	Kepala di dasar panggul
0/5 	H IV	Di Perineum

e) Auskultasi

Untuk menguji status bayi. Frekuensi jantung bayi kurang dari 120 atau lebih dari 160 kali permenit dapat menunjukkan tanda-tanda gawat janin dan perlu di lakukan evaluasi segera. Cara menghitung bunyi jantung dapat dilakukan dengan mendengarkan 3 kali 5 detik kemudian jumlah bunyi jantung di kalikan 4, misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga, 5 detik ke lima ke dalam satu menit adalah:

- 1) (11-12-11) kesimpulan teratur, frekuensi 136x/menit, DJJ normal.

- 2) (10-14-9) kesipulanya tidak teratur, frekuensi 132x/menit, janin dalam keadaan asfeksia.
- 3) (8-7-8) kesimpulan teratur, frekuensi 92x/menit, janin dalam keadaan asfiksia (Jannah, 2009).



f) HIS

Pada kala II his semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik (Manuaba, 2010). Adanya his dalam persalinan dapat dibedakan sebagai berikut:

1) Kala I

Kala I persalinan di mulai pada saat terjadinya kontraksi uterus mulai kuat, dan teratur (frekuensi dan kekuatannya) dan pembukaan serviks mencapai pembukaan lengkap (10cm) (Marmi, 2011). Kala I persalinan terdiri dari 2 fase yaitu fase aktif dan fase laten (Wiknjosastro, 2008).

2) Kala II

Persalinan kala II di mulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap 10 cm dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga di sebut dengan kala pengeluaran bayi (Wikenjosastro, 2008).

3) Kala III

Persalinan kala tiga di mulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (Wikenjosastri, 2011).

4) Kala IV

Persalinan kala empat di mulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu (Marmi, 2011).



4. Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan Dalam

Dilakukan untuk menentukan apakah pembukaan serviks progresif telah terjadi dalam mendiagnosis persalinan. Serta untuk menentukan tahap dan fase persalinan wanita, jika ia dalam persalinan (Varney et al, 2007). Pemeriksaan dalam dilakukan atas indikasi:

- 1) Ketuban pecah sedangkan bagian depan masih tinggi
- 2) Apabila kita mengharapkan pembukaa n lengkap
- 3) Untuk menyelesaikan persalinan

Menurut pelatihan klinis APN 2008 yang perlu dilakukan dalam pemeriksaan dalam adalah:

- 1) Memeriksa genitalia eksterna, memperhatikan ada tidaknya luka atau massa (benjolan) termasuk koNdiloma, varikosis vulva atau rectum, atau luka parut di bagian perineum.
- 2) Menilai cairan vagina dan menentukan bercak darah serta perdarahan pervaginam atau mekonium:

(a) Jika ada perdarahan pervaginam dilarang melakukan pemeriksaan dalam

(b) Jika ketuban sudah pecah, perhatikan warna dan bau air ketuban. Lihat warnanya mekonium kekentalan dan pemeriksaan DJJ.

(c) Jika mekonium encer dan DJJ normal, lanjutkan pemantauan DJJ dengan seksama menurut petunjuk paragraf

(d) Jika mekonium kental nilai DJJ dan merujuk

(e) Jika tercium bau busuk mungkin telah terjadi tanda infeksi

(f) Jika ketuban belum pecah jangan melakukan amniotomi.

(g) Adanya luka perut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya. Hal ini merupakan informasi penting untuk menenungkan tindakan saat kelahiran bayi.

3) Menilai pembukaan dan penipisan serviks.

4) Memastikan tali pusat dan bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba saat melakukan pemeriksaan dalam.

5) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian yang masuk kedalam rongga panggul.

Jika bagian terbawah kepala, memastikan penunjuknya (ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar) dan celah (sutura) sagitalis untuk menilai derajat penyusupan atau tumpang tindih tulang kepala serta menilai ukuran kepala janin dengan ukuran jalan lahir apakah sesuai.

b) Pemeriksaan Panggul

Pemeriksaan ini dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu.

Pemeriksaannya dilakukan dengan cara *Vaginal Toucher* (VT),

caranya pemeriksa (dokter atau bidan) memasukan dua jari (jari telunjuk dan jari tengah) ke jalan lahir hingga menyentuh bagian tulang belakang atau promontorium. Kemudian hitung jarak minimal antara tulang kemaluan dan promontorium adalah 11 cm. Jika kurang, maka dikategorikan sebagai panggul sempit (Suwigya, 2010).

c) Pemeriksaan Hemoglobin (Hb)

Pemeriksaan Hb dapat dilakukan menggunakan sahli. Hasil dari pemeriksaan Hb dengan sahli dapat digolongkan sebagai berikut:

Hb 11 g%	:Tidak anemia
Hb 9-10 g%	:Anemia ringan
Hb 7-8 g%	:Anemia sedang
Hb < 7 g%	:Anemia berat

Pemeriksa darah dilakukan minimal 2 kali, yaitu pada trimester I dan trimester III (Manuaba, 2010).

d) Pemeriksaan Golongan Darah

Golongan darah ABO dan faktor *Rhesus* (Rh). Ibu dengan *rhesus* negatif berisiko mengalami keguguran, *amniosentesis* atau trauma uterus dan harus diberi anti-gamaglobulin D dalam beberapa hari setelah pemeriksaan. Jika titrasi menunjukkan peningkatan beberapa respon antibodi, harus dilakukan pemeriksaan yang lebih sering dalam rangka merencanakan

penatalaksanaan pengobatan oleh spesialis *Rhesus* (Fraser dkk, 2009).

e) Pemeriksaan Urine

Menurut Fraser, kk(2009:) urinalisasi dilakukan setiap kunjungan untuk memastikan tidak adanya *abnormalitas*. Hal lain yang dapat ditemukan pada urinalisasi rutin antara lain:

1) Keton akibat pemecahan lemak untuk menyediakan glukosa, disebabkan oleh kurangnya pemenuhan kebutuhan janin yang dapat terjadi akibat muntah, hiperemesis, kelaparan, atau latihan fisik yang berlebihan.

2) Glukosa karena peningkatan sirkulasi darah, penurunan ambang ginjal atau penyakit.

Protein akibat kontaminasi oleh leukore vagina, atau penyakit seperti infeksi saluran perkemihan atau gangguan hipertensi pada kehamilan.

f) Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

Dibandingkan dengan pemeriksaan rontgen, USG tidak berbahaya untuk janin karena memaki prinsip sonar (bunyi).

Sehingga boleh dipergunakan pada kehamilan muda. Pada layar, dapat dilihat letak, gerakan, dan gerakan jantung janin (Mochtar, 2011)

g) Pemeriksaan Non Stres Test (NST)

Pemeriksaan ini dilakukan untuk memulai hubungan gambar DJJ dan aktivitas janin. Cara pemeriksaan ini dikenal dengan nama *aktomardiograf*, atau *fetal activity acceleration determination (FAD:FAAD)*. Penilaian dilakukan terhadap frekuensi dasar DJJ, variabilitas dan timbulnya akselerasi yang menyertai gerakan janin (Marmi, 2011).

C. Diagnosa Kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Norma 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar Asuhan Kebidanan. Bidan menganalisa data yang diperoleh dari hasil pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnose dan masalah kebidanan yang tepat. dengan kriteria:

1. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
2. Masalah diselesaikan sesuai kondisi pasien
3. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Diagnosa : G \geq 1P0/ \geq UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, situs nujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU bud an janin baik,

Inpartu:

- a) Kala I dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan (Varney, 2007)
- b) Kala II dengan kemungkinan masalah:
 - 1) Keletihan (Varney, dkk. 2007)
 - 2) Infeksi (Saifuddin, 2010)
 - 3) Kram tungkai (Varney, dkk 2007).

Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kemenkes No.938/Menkes/SK/8/2007) tentang standar asuhan kebidanan

- a) $P_{\geq 1}$ Kala III Persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa dengan baik kemungkinan masalah retensio plasenta (Sukistyawati, 2011).
- b) $P_{\geq 1}$ Kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah terjadi menurut Wiknjastro (2008).
 - 1) Atonia Uteri
 - 2) Robekan vagina, perineum, serviks
 - 3) Subinvolusi sehubungan dengan kandung kemih penuh.

D. Perencanaan

Diagnosa : $G_{\geq 1}P_0 / >$ UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H, kepala sudah masuk

PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/fase aktif.

Tujuan : Proses persalinan berjalan dengan normal ibu dan bayi sehat.

Kriteria :

1. KU baik, kesadaran *composemtis*.
2. TTV dalam batas normal
 - a. Tekanan Darah : 100/60-130/90 mmHg
 - b. Nadi : 80-100 x/menit
 - c. Suhu : 36,5-37,5 °C
 - d. Respirasi Rate : 16-24 x/Menit
3. His minimal 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik.
4. Kala I pada primigravida <13 jam sedangkan mulai gravid <7 jam.
5. Kala II primigravida <2 jam sedangkan pada multigravida <1 jam
6. Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif.
7. Kala III pada primigravida <30 menit sedangkan Multigravida < 15 menit.
8. Plasenta lahir spontan, lengkap.
9. Perdarahan <500 cc

Intervensi:

1. Perhatikan psikososial ibu dan beri dukungan mental pada ibu dengan menghadirkan keluarganya. Anjurkan agar ibu selalu

didampingi oleh keluarganya selama proses persalinan dan kelahiran bayinya. Dukungan suami, keluarga, dan kerabat yang disukai ibu sangat diperlukan dalam menjalani proses persalinan. Adakalanya ibu merasa khawatir dalam menjalani kala II persalinan. Berikan rasa aman dan semangat serta tentramkan hatinya selama persalinan berlangsung. Dukungan dan perhatian akan mengurangi perasaan tegang, membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi.

R/ibu yakin dan tabah dalam menjalani proses persalinan nanti.

2. Anjurkan pada ibu untuk makan dan minum. Asupan air yang cukup dapat mencegah terjadinya dehidrasi pada ibu dalam proses persalinan serta sebagai persediaan energy dalam mengejan.

R/persiapan energi ibu untuk persalinan.

3. Bantu ibu memilih posisi yang nyaman dengan tidur miring ke kiri.

Ibu dapat istirahat/tidur dengan posisi apapun kecuali pada posisi berbaring terlentang. Hal ini dikarenakan jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya menekan vena cava inferior ibu. Ini akan mengurangi pasokan oksigen melalui sirkulasi utero plasenta sehingga akan menyebabkan hipoksia pada bayi. Berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif. Ibu dianjurkan untuk berbaring miring ke kiri untuk mempercepat penurunan kepala janin.

R/mempercepat penurunan kepala janin.

4. Anjurkan ibu untuk jalan-jalan jika ketuban belum pecah dan pembukaan belum lengkap.

a) Bila his jarang, bagian terdalam belum masuk pintu atas panggul dan ketuban \otimes maka pasien diperbolehkan jalan agar his bertambah kuat dan sering.

b) Bila his jarang, kepala belum masuk pintu atas panggul dan ketuban \ominus ibu tidak boleh jalan, dianjurkan tidur miring kiri untuk menghindari kelainan letak.

c) Bila his kuat, kepala masuk pintu atas panggul, ketuban \bigcirc pasien tidak boleh jalan karena dengan jalan his akan bertambah kuat dan lebih cepat mendorong anak, sehingga persalinaan akan terjadi terlalu cepat.

d) Bila his kuat, presentasi sudah masuk lebih dalam, ketuban \ominus atau \bigcirc , penderita tidak boleh jalan dan harus tidur miring kiri agar tidak terjadi persalinaan yang terlalu cepat.

R/mempercepat penurunan kepala janin.

5. Observasi TTV dan HBPK

a) DJJ setiap $\frac{1}{2}$ jam.

b) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap $\frac{1}{2}$ jam.

c) Nadi setiap $\frac{1}{2}$ jam.

d) Pembukaan serviks tiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II jika terdapat indikasi

- e) Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika ada indikasi.
 - f) Tekanan darah dan temperature tubuh setiap 4 jam.
 - g) Produksi urin, asetan dan protein tiap 2-4 jam
- R/ Mengetahui perkembangan kondisi ibu dan janin.

6. Anjurkan ibu untuk menggosok kandung kencing tiap 2 jam.

Dalam proses persaliann harus berkemih tiap 2 jam/ lebih, kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan kepala, selain itu juga akan menambah rasa nyeri pada perut bawah, menghambat penatalaksanaan distosia bahu, menghalangi lahirnya plasenta, dan perdarahan pasca persalinan.

R/Kandung kemih yang penuh dapat menghalangi penurunan kepala janin sehingga menyebabkan nyeri waktu his.

Tunggu pembukaan lengkap, jika telah memasuki kala II segera pimpin persalinan secara sesuai standar asuhan kebidanan persalinan normal (Wiknjosastro, 2008)

Masalah

1. Kala I :

- a) Cemas menghadapi proses persalianan

Tujuan : Mengurangi rasa takut dan cemas selama proses persaliann

Kriteria : Ibu tampak tenang

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008)

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/Seorang ibu bersalin memerlukan penjelasan mengenai kondisi dirinya.

3) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang diberlakukan.

R/ ibu paham untuk diberlakukannya prosedur yang dibutuhkan dan memahami batasan tertentu yang diberlakukan.

b) Ketidaknyamanan menghadapi proses persalianan

Tujuan : Ibu merasa terhadap persalianan

Kriteria :

- 1) Nyeri punggung berkurang
- 2) Ibu tidak meras cemas
- 3) Ibu meras tenang

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008)

1) Hadirkan orang terdekat ibu

R/Kehadiran orang terdekat mampu memberikan kenyamanan psikologis dan mental ibu yang menghadapi proses persalianan.

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 relaksi.

4) Pengipasan atau penggunaan handuk sebagai kipis.

R/ibu bersalin menghasilkan banyak panas sehingga mengeluh kepanasan dan berkeringat.

5) Pemberian kompres panas

R/Kompres panas akan meningkatkan sirkulasi dipunggung sehingga memperbaiki anoreksi jaringan yang disebabkan oleh tekanan.

2. Kala II

a) Kekurangan cairan (Wiknjosastro, 2008)

Tujuan : tidak terjadi dehidrasi

Kriteria :

- 1) Nadi 76-100x/menit ,
- 2) Urin jernih, produksi urine 300cc/jam.

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008):

- 1) Anjurkan ibu untuk minum

R/ Ibu yang menghadapi persalinan akan menghasilkan panas sehingga memerlukan kecukupan minum.

- 2) Jika dalam satu jam dehidrasi tidak teratasi, pasang infus menggunakan jarum dengan diameter 16/18 G dan berikan RL atau infus NS 125cc/jam.

R/ Pemberian cairan intravena akan cepat di serap oleh tubuh.

- 3) Segera rujuk kefasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawat darurat obstetri dan bayi baru lahir.

R/ Rujukan dini pada ibu dengan kekurangan cairan dapat meminimalkan resiko terjadinya dehidrasi.

b) Infeksi

Tujuan : tidak terjadi infeksi

Kriteria : tanda tanda vital

- 1) Nadi dalam batas normal (76-10x/menit)
- 2) Suhu 36-37,5⁰C
- 3) KU baik
- 4) Cairan ketuban/ cairan vagina tidak berbau

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008)

- 1) Baringkan miring ke kiri

R/ tidur miring mempercepat penurunan kepala janin sehingga mempersingkat waktu persalinan.

2) Pasang infus menggunakan jarum dengan diameter besar ukuran 16/18 dan berikan RL atau NS 125cc/jam.

R/ salah satu tanda infeksi adanya peningkatan suhu tubuh, suhu meningkat menyebabkan dehidrasi.

3) Berikan ampisilin 2 gram atau amoxicillin 2 gram /oral

R/ antibiotik mengandung senyawa aktif yang mampu membunuh bakteri dengan mengganggu sintesis protein pada bakteri penyebab penyakit.

4) Segera rujuk ke fasilitas kesehatan yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetri.

R/ infeksi yang tidak segera tertangani akan berkembang ke arah syok yang menyebabkan terjadinya kegawatdaruratan ibu dan janin.

c) Kram tungkai (Varney, 2007)

Tujuan : tidak terjadi kram tungkai

Kriteria : sirkulasi darah lancar

Intervensi :

1) Luruskan tungkai ibu inpartu

R/ Meluruskan tungkai dapat melancarkan peredaran darah ke ekstremitas bawah

2) Atur posisi dorsofleksi

R/ Relaksasi yang dilakukan secara bergantian dengan dorsofleksi kaki dapat mempercepat peredaran nyeri.

3) Jangan lakukan pemijatan pada tungkai

R/ Tungkai wanita tidak boleh dipijit karena berisiko trombi
tanpa sengaja terlepas.



3. Kala III

a) Retensio plasenta (Wiknjosastro, 2008)

Tujuan : plasenta dapat dikeluarkan dengan lengkap

Kriteria : tidak ada plasenta yang tertinggal

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008) :

- 1) Plasenta di dalam uterus selama 30 menit dan terjadi perdarahan berat, pasang infus menggunakan jarum besaar (ukuran 16/18)n dan berikan RL atau NS dengan 20 unit oksitosin.
- 2) Coba lakukan plasenta manual dan lakukan penanganan lanjut.
- 3) Bila tidak memenuhi syarat plasenta manual di tempat atau tidak kompeten maka segera rujuk ibu bersalin ke fasilitas terdekat dengan kapabilitas kegawatdaruratan obstetri.
- 4) Dampingi ibu ke tempat rujukan
- 5) Tawarkan bantuan walaupun ibu telah di rujuk dan memdapat pertolongan di fasilitas kesehatan rujukan.

b) Terjadi avulsi tali pusat

Tujuan : avulsi tidak terjadi, plasenta lahir lengkap

Kriteria : tali pusat utuh

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008)

- 1) Palpasi uterus untuk melihat kontraksi, inta ibu meneran pada setiap kontraksi

- 2) Saat plasenta terlepas, lakukan periksa dalam dengan hati-hati. Jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso-kranial pada uterus.
- 3) Setelah plasenta lahir, lakukan massase uterus dan periksa plasenta
- 4) Jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit, tangani sebagai retensio plasenta

4. Kala IV

a) Terjadinya atonia uteri (Wiknjosastro, 2008)

Tujuan : Atonia uteri dapat teratasi

Kriteria :

- 1) Kontraksi uterus baik, keras dan bundar
- 2) Perdarahan < 500 cc

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008) :

- a) Segera lakukan kompresi bimanual internal (KBI) selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang
- b) Jika kompresi uterus tidak berkontraksi dan perdarahan terus keluar, ajarkan keluarga untuk melakukan kompresi bimanual Eksternal . Berikan suntikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600-1000 mg per rectal dan gunakan jarum

berdiameter besar (ukuran 16-18) pasang infus dan berikan 500cc larutan RL yang mengandung 20 unit oksitosin

c) Jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar ulangi KBI.

d) Jika uterus tidak berkontraksi selama 1-2 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan tindakan operasi dan tranfusi darah

e) Dampingi ibu selama merujuk, lanjutkan tindakan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba di tempat rujukan.

b) Robekan vagina, perineum atau serviks

Tujuan : robekan vagina, perineum atau serviks dapat teratasi

Kriteria :

1) Vagina, perineum atau serviks dapat terjahit dengan baik

2) Perdarahan < 500cc

Intervensi:

a) Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi yang timbul

b) Jika terjadi laserasi derajat satu dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat dua lakukan penjahitan.

c) Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks:

- (a) Pasang infus dengan menggunakan jarum besar (ukuran 16 dan 18) dan berikan RL atau NS
- (b) Pasang tampon untuk mengurangi darah yang keluar
- (c) Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawat darurat obstetri.
- (d) Dampingi ibu ketempat rujukan

2.2.3 BBL

A. Pengkajian data

1. Data Subyektif

a) Identitas bayi dan orang tua

Identitas sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepas sampai penyerahan bayi (Manuaba, 2012).

b) Keluhan utama

Keluhan utama pada neonatus adalah bayi gelisah, tidak ada keinginan untuk menghisap ASI, bayi lapar, tidak sabar untuk menghisap puting (Manuaba, 2010). Terjadi seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, *oral truch* (moniliasis/sariawan), *diaper rash* (Marmi, 2012).

c) Riwayat antenatal

Bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu kelahiran. Jumlah kunjungan prenatal dicatat bersama setiap masalah prenatal yang ada. Semua

hasil laboratorium dan pengujian prenatal termasuk laporan ultrasonografi, harus ditinjau. Kondisi prenatal dan kondisi intrapartum yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan bayi baru lahir (Varney, 2007).

d) Riwayat natal

Usia gestasi pada waktu kelahiran, lama persalinan, presentasi janin dan rute kelahiran harus ditinjau ulang. Pecah ketuban lama, demam pada ibu, dan cairan amnion yang berbau adalah faktor risiko signifikan untuk atau predictor infeksi neonatal. Cairan amnion berwarna mekonium meningkatkan risiko penyakit pernapasan. Medikasi selama persalinan seperti analgesic, anestetik, magnesium sulfat dan glukosa dapat mempengaruhi perilaku dan metabolisme bayi baru lahir. Abnormalitas plasenta dan kedua pembuluh darah tali pusat dikaitkan dengan peningkatan insiden anomaly neonatus (Walsh, 2012).

e) Riwayat post natal

Riwayat baru sejak lahir harus ditinjau ulang, termasuk pola menyusui, berkemih, defekasi, tidur dan menangis. Tanda vital, medikasi yang diberikan pada bayi baru lahir dan hasil laboratorium (Walsh, 2012).

f) Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Kebutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan pertama adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energi sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marmi, 2012).

2) Eliminasi

(a) Buang air kecil (BAK)

BAK bayi normalnya mengalami berkemih 7 sampai 10 kali per hari. Untuk menjaga bayi agar tetap bersih, hangat dan kering maka setelah BAK harus diganti popoknya. Biasanya terdapat urine dalam jumlah yang kecil pada kandung kemih bayi saat lahir, tetapi ada kemungkinan urine tidak dikeluarkan selama 12-24 jam.

(b) Buang air besar (BAB)

Bayi yang pencernaannya normal akan BAB pada 24 jam pertama dan dalam 4 hari. BAB pertama ini disebut mekonium. Feses pertama ini biasanya berwarna hijau kehitaman dan lengket serta

mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel (Marmi, 2012).

3) Pola tidur

Bayi baru lahir biasanya akan tidur pada sebagian besar waktu diantara waktu makan, namun akan waspada dan beraksi ketika terjaga, ini adalah hal yang normal dalam 2 minggu pertama. Perlahan bayi sering terjaga diantara waktu menyusui (Dewi, 2011).

Tabel 1.14
Perubahan Pola Tidur Bayi

Usia	Lama Tidur
1 minggu	16,5 jam
1 tahun	14 jam
2 tahun	13 jam
5 tahun	11 jam
9 tahun	10 jam

Sumber : Dewi, 2011

4) Aktivitas

Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak banyaknya 2 jam perhari, tergantung pada tempramen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidknyamanan karena popok basah dan stimulasi berlebihan (Walsh, 2007).

5) Personal Higiene

Kulit bayi baru lahir sangat rentan mengering. Kulit kering yang berlebihan pada bayi menyebabkan ketidaknyamanan dan dermatitis popok (Walsh, 2007).

g) Riwayat psikososial

Kontak awal ibu dengan bayi setelah kelahiran melalui sentuhan, kontak mata, suara, aroma, bioritme akan terbentuk ikatan kasih sayang antara ibu dan orang tua (Marmi, 2011).

2. Data obyektif

a) Keadaan Umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu $36,5^{\circ}\text{C}$ - 37°C (Wiknjosastro, 2005). Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan (Saifuddin, 2006).

b) Tanda- tanda Vital

1) Nadi

Frekuensi jantung bayi cepat sekitar 120-160 kali per menit (Marmi, 2014).

2) Suhu

Suhu bayi baru lahir dapat dikaji di berbagai tempat dengan jenis termometer yang berbeda-beda. Dianjurkan bahwa suhu rektal dan aksila tetap dalam

rentang 36,5-37,5°C dan suhu kulit abdomen dalam rentang 36-36.5 °C (Varney, 2007).



3) Pernapasan

Bayi baru lahir selama 1 menit penuh dengan mengobservasi gerakan naik turun perut bayi.

Pernafasan bayi dapat naik turun, semakin lambat atau semakin cepat dari waktu ke waktu, kondisi ini normal.

Pada pernapasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi dan eskpirasi (Saifuddin, 2009). Frekuensi rata-rata 40 kali per menit.

Rentang 30-60 kali per menit. Pernapasan merupakan pernapasan diafragma dan abdomen (Varney, 2007).

4) APGAR SCORE

Tanda	Nilai : 0	Nilai : 1	Nilai : 2
Appearance (warna kulit)	Pucat/biru seluruh tubuh	Tubuh merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse (denyut jantung)	Tidak ada	< 100	>100
Grimace (tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
Activity (aktivitas)	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menangis
Resporation (pernapasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis

c) Antopometri

1) Panjang badan

Panjang bayi diukur dari kepala sampai tumit, dengan keyakinan bahwa kaki terekstensi penuh (Walsh, 2008). Menurut Varney (2007) panjang bayi baru lahir paling akurat dikaji jika kepala bayi baru lahir terlentang rata terhadap permukaan yang keras. Kedua tungkai diluruskan dan kertas di meja pemeriksaan diberi tanda. Setelah bayi baru lahir dipindahkan, bidan kemudian dapat mengukur panjang bayi dalam satuan sentimeter.

2) Berat badan

Berat badan bayi rata-rata adalah 2500-4000 gram (Marmi, 2014).

3) Ukuran kepala

Ukuran kepala bayi aterm dibagi menjadi ukuran muka belakang dan ukuran melintang menurut Manuaba (2010) ukuran muka belakang dibagi menjadi 5 antara lain :

- (a) Diameter suboksipito-bregmatika : 9,5-10 cm
- (b) Diameter oksipito-frontalis : 11 cm
- (c) Diameter mentop oksipitalis : 12 cm
- (d) Diameter mentop oksipitalis : 13,5-15cm
- (e) Diameter sub mento-bregmatika : 9,5-10 cm

Ukuran melintang dibagi menjadi 2 antara lain :

- (a) Diameter biparietalis : 9,5-10 cm

- (b) Diameter bitemporalis : 8-10 cm
- (c) Cirkumferensial fronto-oksipitalis : ± 34 cm
- (d) Cirkumferensial mento-oksipitalis : ± 35 cm
- (e) Cirkumferensial suboksipito bregmatika : ± 32 cm

(f) Lingkar dada 30-38 cm

(g) Lingkar lengan 11-12 cm

(Vivian, 2010).

d) Pemeriksaan Fisik

1) Kepala

Raba sepanjang garis sutura dan fontanel untuk mengetahui ukuran dan tampilannya normal. Sutura yang berjarak lebar mengindikasikan bayi preterm, moulding yang buruk atau hidrosefalus. Periksa adanya trauma kelahiran misalnya : *caput suksendanum* (ciri-cirinya pada perabaan teraba benjolan lunak, terbatas tidak tegas, tidak berfluktuasi tetapi bersifat edema tekan), *sefal hematoma* (ciri-cirinya pada perabaan teraba adanya fluktuasi karena merupakan timbunan darah, biasanya tampak di daerah tulang parietal, sifatnya perlahan lahan tumbuh benjolan biasanya baru tampak jelas setelah bayi lahir dan membesar sampai hari kedua dan ketiga). Perdarahan sub aponeurotik atau

fraktur tulang tengkorak. Perhatikan adanya kelainan seperti *anensefali*, *mikrosefali*, *kraniotabes* dan sebagainya (Marmi, 2014).

2) Wajah

Wajah harus tampak simetris. Terkadang wajah bayi tampak asimetris hal ini dikarenakan posisi bayi di intrauterine. Perhatikan kelainan wajah yang khas seperti sindrom *piere robin*. Perhatikan juga kelainan wajah akibat trauma lahir seperti *laserasi*, *parsi* dan *fasialis* (Marmi, 2014).

3) Mata

Goyangkan kepala bayi secara perlahan-lahan supaya mata bayi terbuka. Periksa jumlah, posisi atau letak mata. Periksa adanya *strabismus* yaitu koordinasi mata yang belum sempurna. Periksa adanya *glaukoma* kongenital, mulanya akan tampak sebagai pembesaran kemudian sebagai kekeruhan pada kornea. Periksa juga adanya trauma seperti pendarahan konjungtiva. Periksa adanya sekret pada mata, konjungtivitis oleh kuman *gonokokus* dapat mejadi *panoftalmia* dan menyebabkan kebutaan (Marmi, 2014).

4) Hidung

Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm. Periksa adanya pernapasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernafasan (Marmi, 2014).

5) Mulut

Simetris, tidak ada sumbing (skizis), refleks hisap kuat, saliva berlebihan dikaitan dengan fistula atau atresia trakeosofagus (Walsh, 2007).

6) Telinga

Telinga harus menempel pada titik garis horizontal dari kantus luar mata. Kartilago harus keras dan berkembang baik. Pendengaran harus baik, bayi harus terkejut dengan bunyi keras dan mampu memalingkan perhatian kearah suara yang dikenalnya (Walsh, 2007).

7) Leher

Simetris, tidak teraba massa dan pembesaran thyroid, tidak ada krepitus atau fraktur (Walsh, 2007). Leher bayi biasanya pendek dan diperiksa ke simetrisannya. Pergerakan harus baik. Jika terdapat keterbatasan pergerakan kemungkinan ada kelainan tulang leher. Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhealis (Marmi, 2014).



8) Dada

Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernafas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotpraks, paresis diafragma atau hernia diafragma. Pernafasan yang normal dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan. Tarikan sternum atau interkostal pada saat bernafas perlu diperhatikan. Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk baik dan tampak simetris (Marmi, 2014).

9) Aksila

Aksila harus dipalpasi, dan nodus kecil dapat terlihat ada beberapa neonatus sehat. Neonatus yang pernah terpajan pada HIV mengalami limfadenopati aksilaris (Walsh, 2007).

10) Abdomen

Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan, jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika. Abdomen membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor lainnya. Dan apabila perut kembung kemungkinan adanya enterokolitis vesikalis, omfalokel atau ductus omfaloentriskus persisten (Marmi, 2014).

11) Punggung

Bayi harus dibalik sehingga pemeriksaan dapat menginfeksi lipatan luteal untuk simetrisitas. Lipatan yang asimetris dapat menunjukkan abnormalitas panggul atau tungkai. Bokong harus diregangkan untuk mengkaji lesung dan sinus yang dapat mengindikasikan anomaly medulla spinalis (Walsh, 2007).

12) Genetalia

a) Perempuan

Terkadang tampak adanya secret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormone ibu. Pada bayi cukup bulan, labia mayora menutupi labia minora. Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina (Marmi, 2014).

b) Laki-laki

Pada bayi laki laki panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. Periksa posisi lubang uretra. Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis.

Periksa adanya hipospadia dan epispadia (Marmi, 2014).

13) Anus

Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya mekonium plug syndrome megakolom atau obstruksi saluran pencernaan (Marmi, 2014).

14) Ekstremitas

Ukuran setiap tulang harus proporsional untuk ukuran seluruh tungkai dan tubuh secara umum. Tungkai harus simetris harus terdapat 10 jari. Telapak harus terbuka secara penuh untuk memeriksa jari ekstra dan lekukan telapak tangan. Sindaktili adalah penyatuan atau penggabungan jari-jari, dan polidaktili menunjukkan jari ekstra. Kuku jari harus ada pada jari. Panjang tulang pada ekstremitas bawah harus dievaluasi untuk ketepatannya. Bayi yang lahir dengan presentasi bokong berisiko tinggi untuk mengalami kelainan panggul kongenital (Walsh, 2008).

15) Kulit dan kuku

Dalam keadaan normal, kulit berwarna kemerahan kadang-kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan. Pengelupasan yang berlebihan harus dipikirkan kemungkinan adanya kelainan. Waspada timbulnya kulit dengan warna kulit yang tidak rata (*Cutis*

Marmorata), telapak tangan, telapak kaki atau kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat atau kuning. Bercak berak besar biru yang sering terdapat di sekitar bokong (*Mongolian Spot*) akan menghilang pada umur 1-5 tahun (Saifuddin, 2006). Kulit bayi baru lahir yang normal tipis, halus dan mudah sekali mengalami trauma akibat desakan, tekanan atau zat yang memiliki Ph berbeda. Rambut halus disebut dengan lanugo, menutupi kulit dan banyak terdapat dibahu, lengan atas dan paha. Warna kulit bayi bergantung pada asal suku, bervariasi mulai dari merah muda dan putih hingga coklat kekuningan atau coklat tua (Fraser, 2009).

e) Pemeriksaan Penunjang

1) Refleks melangkah

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

2) Refleks menelan (*Swallowing Reflex*)

Kumpulan ASI didalam mulut bayi mendesak otot-otot didaerah mulut dan faring untuk mengaktifkan refleks

menelan dan mendorong ASI kedalam lambung bayi (Wiknjosastro, 2008).

3) Reflek berkedip (*glabellar reflex*)

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

4) Reflek menghisap (*sucking reflex*)

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

5) Reflek mencari (*rooting reflex*)

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

6) Refleks menggenggam (*grasping reflex*)

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

7) Refleks terkejut (*morro reflex*)

Ketika bayi kaget akan menunjukkan respon berupa memeluk dengan abduksi dan ekstensi dari ekstremitas atas yang cepat dan diikuti dengan aduksi yang lebih

lambat dan kemudian timbul fleksi. Refleks ini juga berfungsi untuk mengkaji kondisi umum bayi serta kenormalan sistem syaraf pusatnya.

8) Refleks babinsky

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

9) Refleks menoleh (*tonikneck reflex*)

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

10) Refleks ekstruksi

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

B. Diagnosa Kebidanan

Menurut Kemenkes RI (2011) perumusan diagnosa atau masalah kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh pada

pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnose dan masalah kebidanan yang tepat. Kriteria perumusan diagnosa atau masalah adalah :

- 1) Diagnose sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- 2) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien
- 3) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir diberikan kepada bayi bayi baru lahir dengan masalah sebagai berikut, hemangioma, ikterik, muntah, gumoh, diaperash, seborrhea, bisulan, miliarasis, diare, obstipasi, infeksi, dan bayi meninggal mendadak (Marmi, 2014).

C. Intervensi

Diagnosa : diagnosa yang dapat ditegakan adalah bayi baru lahir normal, umur, jam, bayi baru lahir tanggal, dengan normal, tangisan kuat, warna kulit merah, tonus otot baik, BB (2500-4000 gram), PB(48-52 cm)

Tujuan : bayi tetap dalam keadaan normal dan bayi tidak mengalami infeksi dan hipotermi

- 1) Kriteria
 - a) Bayi tampak sehat, kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis kuat, minum ASI (Wiknjosastro, 2006).
 - b) Nadi 120-160x/menit

- c) Suhu bayi 36,5-37,°C
- d) Frekuensi pernapasan rata rata 40 kali per menit, rentang 30-60 kali per menit (Varney, 2007).
- e) Berat badan 2500-4000 gram

2) Intervensi

- a) Lakukan inform consent

R/ Inform consent merupakan langkah awal untuk melakukan tindakan lebih lanjut

- b) Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan

R/ Cuci tangan merupakan prosedur pencegahan kontaminasi silang.

- c) Beri identitas bayi

R/ Identitas merupakan cara yang tepat untuk menghindari kekeliruan

- d) Bungkus bayi dengan kain kering dan lembut

R/ Membungkus bayi merupakan mencegah hipotermi

- e) Rawat tali pusat dan mmebungkus dengan kassa

R/ Tali pusat yang terbungkus merupakan cara mencegah infeksi

- f) Timbang berat badan setiap hari setelah dimandikan

R/ Deteksi dini pada pertumbuhan dan kelainan pada bayi

- g) Ukur suhu tubuh bayi denyut jantung dan respirasi setiap jam

R/ Deteksi dini terhadap adanya komplikasi

- h) Anjurkan ibu untuk mengganti popok bayi setelah BAB/BAK

R/ Segera mengganti popok setelah basah merupakan salah satu cara untuk menghindari bayi dari kehilangan panas

- i) Anjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif

R/ ASI adalah makanan terbaik bayi untuk tumbuh kembang dan pertahanan tubuh/kebutuhan nutrisi 60 cc/kg/hari

3) Potensi Masalah

- a) Masalah I : Risiko Hipotermi

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

Kriteria :

(1) Suhu bayi 36.5-37,5°C (Marmi, 2014).

(2) Bayi menetek kuat, tidak lesu, akral hangat, denyut jantung bayi 120-160x/menit, kulit tubuh bayi lembab, turgor baik (Saifuddin, 2009: 97-100).

Intervensi menurut Marmi (2012)

- (a) Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksila atau kulit

R/ Penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh yang dapat menjadi indikator awal setres dingin

(b) Kaji tanda tanda hipotermi

R/ Selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal yang berakhir dengan kematian

(c) Cegah kehilangan panas tubuh bayi melalui konduksi, konveksi, radiasi, evaporasi

R/ Konveksi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi-bayi ditempatkan didekat benda-benda yang mempunyai suhu tubuh lebih rendah dari suhu tubuh bayi. Evaporasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas yang terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas bayi sendiri karena setelah lahir, tubuh bayi tidak segera dikeringkan dan diselimuti.

b) Masalah 2 : Risiko Hipglikemi

Tujuan : Hipoglikemi tidak terjadi

Kriteria :

(1) Kadar glukosa dalam darah \geq mg/dl

- (2) Bayi tidak kejang, tidak letargi, pernafasan teratur, kulit kemerahan, tidak pucat, minum ASI adekuat, tangis kuat dan nomotermi.

Intervensi menurut Marmi (2012) :

- (a) Kaji bayi baru lahir dan cacat setiap faktor risiko

R/ Bayi preterm, bayi dari ibu diabetes, bayi baru lahir dengan asfiksia, stres karena kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk berisiko mengalami hipoglikemi

- (b) Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan strip kimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1-2 jam setelah kelahiran.

R/ Bayi yang berisiko harus dikaji tidak lebih dari 2 jam setelah kelahiran, serta saat sebelum pemberian ASI, apabila terdapat tanda ketidaknormalan dan setiap 20-4 jam hingga stabil

- (c) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemi

R/ Tanda-tanda hipoglikemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut

- (d) Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10% bagi bayi yang berisiko hipoglikemi.

R/ nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglikemi

(e) Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat, dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal

R/ tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energi bayi

c) Masalah 3 : Risiko Ikterik

Tujuan : Ikterik tidak terjadi

Kriteria :

- (1) Kadar bilirubin serum $\leq 12,9$ mg/dl
- (2) Timbl pada hari ke-2 dan ke-3 setelah bayi lahir
- (3) Kulit bayi berwarna kemerahan, mukosa, sklera dan urine tidak berwarna kekuning-kuningan
- (4) Mengkaji faktor-faktor risiko

R/ Riwayat prenatal tentang imunisasi Rh inkompatibilitas ABO, penggunaan askrim pada ibu, sulfanodima, atau obat-obatan anti mikroba dan cairan amnion berwarna kuning (indikasi penyakit hemolitik tertentu) merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat

(5) Mengkaji tanda dan gejala ikterik

R/ Pola penerimaan ASI buruk, letargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya reflex moro, merupakan tanda-tanda vital enselopati bilirubin (kerniterus).

(6) Berikan ASI sesegera mungkin dan lanjutkan 2-4 jam

R/ Kolostrum sebagai pembersih selaput BBL sehingga saluran pencernaan siap untuk menerima makanan

(7) Jemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit

(8) 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

d) Masalah 4 : Seborrhea

Tujuan : Seborrhea tidak terjadi

Kriteria :

(1) Cuaca dingin

(2) Jarang mencuci rambut

- (3) Pemakaian lotion yang mengandung alkohol

Intervensi menurut Marmi (2012) :

- (a) Menyelimuti bayi dan memakaikan baju

R/ Menjaga suhu bayi tetap hangat

- (b) Memberikan obat-obatan topical seperti sampo yang tidak berbusa

R/ Mengeramasi bayi 2-3 kali seminggu

- (c) Memberikan krim silanum sulvida/HG presipitatus albus 2 %

R/ Memberikan salep sehari 3 kali sehabis mandi

- e) Masalah : Miliariasis

Tujuan : miliariais tidak terjadi

Kriteria :

(1) Lingkungan lembab

(2) Pakaian tidak menyerap keringat

Intervensi menurut Marmi (2012) :

- (a) Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa mengeringkan terlebih dahulu

R/ pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat memperparah miliariasis

- (b) Kenakan pakaian bahan katun untuk bayi

R/ bahan katun dapat menyerap keringat

(c) Mandikan bayi secara teratur 2 kali sehari

R/ mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat yang berlebihan

(d) Bawa periksa ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal, luka/lect, rewel dan sulit tidur

R/ penatalaksanaan lebih lanjut

(e) Bila berkeringat, seka tubuhnya sesering mungkin dengan handuk, lap kering atau waslap basah

R/ meminimalkan terjadinya subatan pada saluran kelenjar keringat

f) Masalah : Muntah dan Gumoh

Tujuan : bayi tidak muntah dan gumoh setelah minum

Kriteria :

(1) Tidak muntah dan gumoh setelah minum

(2) Bayi tidak rewel

Intervensi menurut Marmi (2012) :

(a) Sendawakan bayi setelah selesai menyusui

R/ Bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui

(b) Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel atau menangis

R/ mengurangi masuknya udara yang berlebihan

g) Masalah : *Oral Trush*

Tujuan : *Oral Trush* tidak terjadi

Kriteria : mulut bayi tampak bersih

Intervensi menurut Muslihatun (2010) :

(a) Bersihkan mulut bayi dengan ujung jari ibu yang dibungkus dengan kain bersih dan telah dicelupkan dengan air hangat bergaram

R/ Mulut yang bersih dapat meminimalkan tumbuh kembang jamur *candida albicans* penyebab *oral trush* (Marmi, 2012).

(b) Olesi bercak trush dalam muut bayi dengan larutan nistalin oral atau gentian violet 0,25-0,5 % sampai 4 kali sehari

R/ agar *oral trush* tidak semakin parah

(c) Anjurkan kepada ibu untuk mengolesi payudaranya dengan krim nistalin oral atau gentian violet 0,25-0,5 % setiap kali setelah menyusui selama bayi diobati

R/ untuk menghilangkan jamur *candida albicans* sehingga mencegah terjadinya *oral trush*.

h) Masalah : *Diaper Rush*

Tujuan : tidak terjadi *Diaper Rush*

Kriteria : tidak timbul bintik merah pada kelain dan bokong bayi

Intervensi :

(a) Perhatikan daya tampung diaper, bila telah menggantung atau menggembung ganti dengan yang baru

R/ Menjaga kebersihan sekitar genetalia sampai anus bayi

(b) Hindari pemakaian diaper yang terlalu sering. Gunakan diaper disaat yang membutuhkan sekali

R/ mencegah timbulnya *Diaper Rash*

(c) Bersihkan daerah genetalia dan anus bila bayi BAB dan BAK, jangan sampai ada sisa urine atau kotoran dikulit bayi

R/ Kotoran padat 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

(d) Keringkan pantat bayi lebih lama sebagai salah satu tindakan pencegahan

R/ kulit tetap kering sehingga meminimalkan timbulnya iritasi

4) Implementasi

- a) Merawat bayi diruang hangat dengan membungkus bayi dengan selimut dan meletakkan bayi dalam inkubator atau didekatkan disisi ibu
- b) Merawat bayi dengan teknik aseptik dan abtiseptik, cuci tangan sebelum dan sesudah merawat bayi
- c) Melakukan dan mengajarkan kepada ibu kalau merawat tali pusat dengan steril dengan kassa kering dna steril
- d) Mengajari ibu cara menyusui yang benar
 - (1) Bayi menghisap pelan tapi kuat dan mulut membuka lebar
 - (2) Puting sampai bagian aerolla payudara ibu masuk ke mulut bayi
 - (3) Dada bayi menempel pada payudara atau dada ibu
 - (4) Tangan dengan telinga dalam posisi lurus
- e) Menganjurkan ibu menyusui bayinya sesering mungkin
- f) Melakukan perawatan sehari-hari
 - (1) Mengganti popok bayi ketika basah karena BAB dan BAK
 - (2) Memandikan bayi 2 kali sehari
 - (3) Merawat tali pusat dengan kassa steril kering tanpa alkohol
- g) Menjelaskan tanda bahaya bayi baru lahir

- (1) Tidak dapat menyusu, hisapan lemah, mengantuk berlebih, banyak muntah
 - (2) Nafas cepat lebih dari 60x/menit
 - (3) Susah untuk dibangunkan atau lemah
 - (4) Sering merintih
 - (5) Suhu tubuh $\leq 36,5^{\circ}\text{C}$ atau $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$
 - (6) Warna kulit kuning (terutama timbul dalam 24 jam pertama)
 - (7) Tali pusat memerah, bengkak, keluar cairan nanah, bau busuk
 - (8) Demam
 - (9) Mata bayi merah (trauma saat lahir)
- 5) Evaluasi
- Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang diberikan, sesuai dengan perkembangan kondisi klien. Dengan cara :
- a) Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
 - b) Hasil evaluasi segera dicatat dan direkomendasikan kepada klien dan atau keluarga

- c) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standart
 - d) Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai kondisi klien atau pasien
- 6) Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria :

- a) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.
- b) S adalah data Subjektif, mencatat hasil pemeriksaan
- c) O adalah data Obyektif, mencatat hasil pemeriksaan
- d) A adalah Analisa, mencatat hasil diagnosa dan masalah kebidanan
- e) P adalah Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera komperhensif. Penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan

Langkah implementasi, evaluasi dan dokumentai diatas dilakukan untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, asuhan kebidanan pada ibu bersalin, asuhan kebidanan pada masa nifas, asuhan kebidanan pada

bayi baru lahir, dan asuhan kebidanan pada keluarga berencana.

2.2.4 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).

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).

3) Agama

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

4) Pendidikan

Pendidikan yang kurang membuat masyarakat tetap berorientasi pada pengobatan dan pelayanan tradisional sehingga memengaruhi kesejahteraan ibu (Manuaba, 2010).

5) Alamat

Untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Eny, 2010).

6) Pekerjaan

Pekerjaan perlu dikaji untuk mengetahui penghasilan pasien (Manuaba, 2010).

7) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas dapat menambah sulitnya masalah sosial ekonomi, sehingga memengaruhi status gizi ibu nifas (Manuaba, 2010).

8) Penanggung jawab

Untuk mengetahui siapa yang bertanggung jawab terhadap pasien, sehingga bila sewaktu-waktu dibutuhkan bantuannya dapat segera ditemui (Sulistyawati, 2012).

b) Keluhan Utama

Menurut Varney et al (2007), 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

menyusu. 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 masalah jahitan robekan perineum atau episiotomi derajat 3 atau 4.

6) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari.

c) Riwayat Obstetri

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). Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum mendapatkan lagi haidnya selama meneteki (Saifuddin, 2009).

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).

3) Riwayat Nifas

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).

4) Riwayat KB

Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama meneteki. Oleh karena itu, metode amenorhea laktasi dapat dipakai sebelum

haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan baru (Saifuddin, 2009). 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).

d) Riwayat Kesehatan dan Penyakit Klien

1) Anemia

Pada kehamilan yang tidak tertangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan: terjadi sub involusi 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).

2) Penyakit TBC

Ibu dengan *tuberculosis* aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Manuaba, 2010).

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).

4) Penyakit asma

Penyakit asma yang berat dapat memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O₂ dan CO₂ (Manuaba, 2010).

5) Pengaruh penyakit jantung dalam masa nifas menurut Manuaba (2012):

(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. Mudah terjadi postpartum yang memerlukan kerja tambahan jantung.

e) Pola Kesehatan Fungsional

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).

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). Miksi dan defeksi diatur sehingga kelancaran kedua sistem tersebut dapat berlangsung dengan baik (Manuaba, 2010).

3) Personal higiene

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).

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).

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).

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).

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).

7) Kebiasaan Yang Merugikan

Menurut Saifuddin (2014), kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan antara lain:

- 1) Penggunaan bebet perut segera pada masa nifas (2-4 jam pertama).
- 2) Penggunaan kantong es batu pas masa nifas (2-4 jam pertama).
- 3) Penggunaan kantong es batu atau pasir untuk menjaga uterus berkontraksi karena merupakan perawatan yang tidak efektif untuk atonia uteri.
- 4) Memisahkan bayi dari ibunya pada 1 jam setelah melahirkan karena masa transisi adalah masa kritis untuk ikatan batin ibu dan bayi.
- 5) Wanita yang mengalami masa puerperium diharuskan tidur telentang selama 40 hari.

f) Riwayat Psikososial dan Budaya

Menurut Anggraini (2010), 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) membagi fase nifas menjadi 3 fase yaitu:

a. 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.

b. Fase *taking hold*

- (a) Periode ini berlangsung 3 sampai 10 hari setelah melahirkan.
- (b) Ibu mulai timbul rasa khawatir akan ketidaknyamanan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayinya.

(c) Ibu mempunyai perasaan sangat sensitive sehingga mudah tersinggung dan mudah marah.

c. 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.

2. Data Obyektif

a) Pemeriksaan umum

1) Kesadaran

Meliputi komposentis atau sadar penuh, apatis atau tak acuh terhadap keadaan sekitarnya, samnolen atau koma (Indriasari, 2012).

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).

(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).

(c) Suhu

Suhu 38°C atau lebih yang terjadi diantara hari ke-2 sampai ke-10 postpartum dan diukur sedikitnya 4 kali sehari. Kenaikan suhu tubuh yang terjadi di dalam masa nifas, dianggap sebagai infeksi nifas jika tidak ditemukan sebab-sebab ekstragenital (Saifuddin, 2014).

(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).

b) Pemeriksaan fisik

1) 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).

2) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011).

3) Payudara

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari hal berikut yaitu: puting susu pecah/pendek/rata, nyeri tekan payudara, abses, produksi ASI terhenti, dan pengeluaran ASI (Saifuddin, 2009).

4) Abdomen

Pada abdomen harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan kandung kemih (Saifuddin, 2009). Menurut Varney et al (2007), 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.

5) Genetalia

Pemeriksaan tipe, kuantitas, dan bau lochea (Varney et al, 2007). Hal yang perlu dilihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah penjahitan laserasi atau luka episiotomi, pembengkakan luka dan hemoroid (Saifuddin, 2009).

6) 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).

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).

1) Terapi yang didapat

Terapi yang diberikan pada ibu nifas menurut Sulistyawati (2009) yaitu:

(a) Pil zat besi 40 tablet harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari setelah melahirkan.

Vitamin A 200.000 IU agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

3. 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). 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, 2007).

4. Perencanaan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan,

bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnose dan masalah yang ditegakkan.

Dengan kriteria sebagai berikut:

1. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif
2. Melibatkan klien dan atau keluarga
3. Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga
4. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien
5. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada

Diagnosa: P₁/>APIAH, postpartum hari ke ..., laktasi 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).

Tujuan: Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi pada ibu dan bayi.

Kriteria: Menurut Manuaba (2012) adalah sebagai berikut:

- 1) Keadaan Umum: kesadaran composmentis.

2) Kontraksi uterus baik (bundar dan keras).

3) Tanda-tanda vital:

TD: 110/70-130/90 mmHg N: 60-80 x/menit

S : 36-37,5°C R: 16-24 x/menit

(Sulistyawati, 2009:123)

4) Laktasi normal

ASI dibedakan menjadi 3 yaitu:

- (a) Kolostrum merupakan cairan pertama kali disekresi oleh kelenjar payudara dari hari pertama sampai ketiga atau keempat pasca persalinan. Kolostrum berwarna kekuning-kuningan, viskositas kental, lengket. Mengandung tinggi protein, mineral, garam, vitamin A, nitrogen, sel darah putih, dan anti bodi yang tinggi.
- (b) ASI transisi atau peralihan diproduksi pada hari keempat sampai kesepuluh, warna putih jernih. Kadar imunoglobulin dan protein menurun, sedangkan lemak dan laktosa meningkat.
- (c) ASI matur merupakan ASI yang disekresi pada hari kesepuluh sampai seterusnya, berwarna putih. Kandungan ASI matur relative konstan tidal menggumpal bila dipanaskan (Sulistyawati, 2009).

5) Involusi uterus normal

Tabel 1.15
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

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).

7) KU bayi baik

R: 30-60 x/menit

S: 36,5-37,5°C

Intervensi menurut Suherni (2009) :

(a) Lakukan pemeriksaan KU, TTV, laktasi, involusi, dan lochea.

R/ menilai status ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi (Saifuddin, 2009).

(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).

(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).

(d) Beri konseling ibu tentang KB pascasalin.

R/ untuk menjarangkan kehamilan (Mochtar, 2012).

(e) Anjurkan ibu untuk mengimunitasikan bayinya.

R/ untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan (Marmi, 2012).

Masalah

1) Masalah 1 : Gangguan eliminasi

Tujuan : Masalah eliminasi teratasi

Kriteria : Ibu bisa BAB dan BAK dengan lancar

Intervensi menurut Sulistyawati (2009) 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.

(b) Yakinkan pasien bahwa jongkok dan mengejan ketika BAB tidak akan menimbulkan kerusakan pada luka jahitan.

R/ menghilangkan rasa takut pada pasien untuk melakukan BAB.

(c) Anjurkan pasien untuk banyak minum air putih serta makan sayur dan buah.

R/ membantu memperlancar eliminasi.

2) 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) antara lain:

(a) Observasi luka jahitan perineum.

R/ untuk mengkaji jahitan perineum dan mengetahui adanya infeksi atau tidak.

(b) Ajarkan ibu tentang perawatan perineum yang benar.

R/ ibu bisa melakukan perawatan perineum secara benar dan mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.

(c) Beri analgesik oral (paracetamol 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu).

R/ mengurangi rasa nyeri pada luka jahitan perineum.

3) 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) antara lain:

(a) 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*.

(b) Sarankan ibu untuk tidur dengan posisi telungkup dan bantal di bawah perut.

R/ posisi ini menjaga kontraksi tetap baik dan menghilangkan nyeri.

(c) Berikan analgesik jika perlu (paracetamol, asam mefenamat).

R/ mengurangi rasa nyeri.

4) 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) antara lain:

(a) Anjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin atau 2-3 jam sekali.

R/ sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara.

(b) Anjurkan ibu untuk menyusui di kedua payudara.

R/ menyusui di salah satu payudara dapat membuat payudara yang satunya menjadi bengkak.

(c) 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.

(d) 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.

(e) 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. Lakukan pengeluaran ASI secara manual jika payudara masih terasa penuh. Pengosongan payudara secara manual dapat membantu mengurangi pembengkakan payudara.

(f) Berikan terapi paracetamol 500 mg per oral setiap 4 jam bila diperlukan.

R/ dapat mengurangi nyeri.

2.2.5 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

A. Pengkajian Data

1. Data Subyektif

a) Biodata

1) Nama istri/suami

Mengetahui nama klien dan suami berguna untuk memperlancar komunikasi dalam asuhan sehingga tidak terlihat kaku dan lebih akrab (Walyani, 2015).

2) Umur

Wanita usia <20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk menunda kehamilan, usia 20-25 tahun untuk menjarangkan kehamilan, dan usia >35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifuddin, 2013).

3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Ambarwati, 2011).

4) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontak, suntikan Kb, susuk KB atau alat susuk bawah kulit (AKBK), AKDR (Manuaba, 2012).

5) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak diduga (Mochtar, 2011).

6) Alamat

Wanita yang tinggal ditempat yang terpencil mungkin memilih metode yang tidak mengharuskan mereka berkonsultasi secara teratur dengan petugas keluarga berencana (Walsh, 2007)

b) Keluhan Utama

Keluhan utama adalah saat kenapa klien datang ke tempat bidan. Hal ini disebut tanda atau gejala. Dituliskan sesuai dengan yang diungkapkan oleh klien serta tanyakan juga sejak kapan hal tersebut dikeluhkan oleh klien (Walyani, 2015).

c) Riwayat kesehatan

- 1) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke (Affandi, 2012).
- 2) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah <180/110 mmHg dengan masalah pembekuan darah, anemia bulan sabit (sickle cell) (Affandi, 2012).
- 3) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin (Affandi, 2012).
- 4) Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan dan nifas, perlu konseling prakonsepsi dengan memperhatikan risiko masing-masing penyakit. Pasien dengan kelainan jantung derajat 3 dan 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilih cara kontrasepsi AKDR, tubektomi atau vasektomi pada suami (Hanafi, 2011).
- 5) Ibu dengan penyakit infeksi alat genitalia (Vaginitis, servisitis), sedang mengalami atau menderita PRP atau abortus septik, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang memengaruhi kavum uteri,

penyakit trofoblas yang ganas, TBC pelvik, kanker alat genitalia tidak diperkenankan menggunakan AKDR dengan progestin (Anwar, 2012).

d) Riwayat kebidanan

1) Haid

Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pasca persalinan insersi implan dapat dilakukan setiap saat. Bila menyusui penuh, klien tidak perlu memakai metode kontrasepsi lain. Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, insersi dapat dilakukan setiap saat tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja (Affandi, 2012). Pada metode KB MAL, ketika ibu mulai haid lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan metode KB lainnya (Affandi, 2012), wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil Kb dengan efek estrogen yang rendah (Manuaba, 2010).

e) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Pada klien pasca persalinan yang tidak menyusui, masa infertilitasnya rata-rata berlangsung sekitar 6 minggu. Sedangkan pada klien yang menyusui, masa infertilitasnya

lebih lama. Namun kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan (Affandi, 2012).

Riwayat kehamilan ektopik merupakan kontraindikasi penggunaan kontrasepsi minipil (Affandi, 2012).

Pasien yang tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septik tidak boleh menggunakan kontrasepsi kontraindikasi KB IUD (Affandi, 2012).

f) Riwayat KB

Penggunaan Kb hormonal (suntik) dapat digunakan pada akseptor, pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implan, IUD) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2014).

Pasien yang pernah mengalami problem ekspulsi IUD, ketidakmampuan untuk memeriksa sendiri ekor IUD merupakan kontraindikasi untuk KB IUD (Hartanto, 2013).

g) Pola Kebiasaan Sehari-hari

1) Nutrisi

DMPA mengandung pusat pengendalian nafsu makan di hipotalamus, yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak dari biasanya (Hartanto, 2013).

2) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot (Hartanto, 2013).

3) Istirahat/ tidur

Gangguan tidur yang dialami ibu akseptor KB suntik sering disebabkan karena efek samping dari KB suntik tersebut (mual, pusing, sakit kepala) (Saifuddin, 2010).

4) Seksual

Pada pengguna jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido (Saifuddin, 2010).

h) Riwayat ketergantungan

Merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah risiko terjadinya miokard infark, stroke dan kedaan trombo-embolik (Hartanto, 2013).

Ibu yang menggunakan obat tuberkulosis (Rifampisin), atau tidak boleh menggunakan pil progestin (Affandi, 2012).

2. Data obyektif

a) Pemeriksaan umum

1) Tanda- tanda vital

Suntikan progestin dan implan dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah < 180/ 110 mmHg (Affandi, 2012).

Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Fraser, 2009).

b) Pemeriksaan antropometri

1) Berat badan

Umumnya penambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1 kg sampai 5 kg dalam tahun pertama. Penyebab penambahan berat badan tidak jelas. Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh (Hartanto, 2013).

Permasalahan berat badan merupakan efek samping penggunaan kontrasepsi hormonal, terjadi peningkatan atau penurunan berat badan (Affandi, 2012).

c) Pemeriksaan Fisik

1) Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/ bulu berlebih didaerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Affandi, 2012).

2) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakaian pil progestin (Affandi, 2012). Akibat terjadi perdarahan hebat memungkinkan terjadinya anemi (Affandi, 2012).

3) Payudara

Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma seperti payudara atau serviks, namun progesteron termasuk DMPA digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2013).

Keterbatasan pada pengguna KB progestin dan implan akan timbul nyeri pada payudara (Affandi, 2012).

Terdapat benjolan/ kanker atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implant (Affandi, 2012).

4) Abdomen

Peringatan khusus bagi pengguna implant bila disertai nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010).

5) Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenore (Hartanto, 2013). Ibu menggunakan varises di vulva dapat menggunakan AKDR (Affandi, 2012).

Efek samping yang umum terjadi dari pengguna AKDR diantaranya mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (Spotting) antara menstruasi, dan komplikasi lain dapat terjadi perdarahan hebat pada waktu haid (Affandi, 2012).

6) Ekstremitas

Pada pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan (Affandi, 2012). Ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan AKDR (Affandi, 2012).

Untuk kontrasepsi IUD, selain dilakukan pemeriksaan fisik juga dilakukan pemeriksaan inspekulo dan bimanual untuk penapisan, yang diuraikan sebagai berikut (Siswanto, 2013)

:

(a) Pemeriksaan inspekulo

Dilakukan untuk mengetahui adanya lesi atau keputihan pada vagina. Selain itu juga untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda-tanda kehamilan.

(b) Pemeriksaan bimanual

Pemeriksaan bimanual dilakukan untuk:

- (1) Memastikan bimanual serviks bebas
- (2) Menentukan besar dan posisi uterus

(3) Memastikan tidak ada tanda infeksi atau tumor pada adneksa.

3. Diagnosa Kebidanan

PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia.... tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontra indikasi, keadaan umum baik, dengan kemungkinan masalah mual, sakit kepala, *amenorhea*, perdarahan/ bercak, nyeri perut bagian bawah, perdarahan pervaginam, prognosa baik (Saifuddin, 2010).

4. Perencanaan

Diagnosa : PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia.... tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontra indikasi, keadaan umum baik, prognosa baik.

Tujuan:

- a) Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif.
- b) Pengetahuan ibu tentang macam-macam, cara kerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah.
- c) Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya.

Kriteria:

- a) Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas.
- b) Ibu memilih salah satu KB yang sesuai.

c) Ibu terlihat tenang.

Intervensi menurut Saifuddin (2010):

a) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.

R/ Menyakinkan klien membangun rasa percaya diri.

b) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).

R/ Dengan mengetahui informasi tentang diri klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien.

d) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontra indikasi.

R/ Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang dia inginkan.

e) Bantulah klien menentukan pilihannya.

R/ Klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

f) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.

R/ Penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien.

g) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.

R/ Penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

h) Pesankan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang.

R/ Kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan alat kontrasepsi.

a) Masalah I : *Amenorhea*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria : Ibu bisa beradaptasi dengan keadaannya.

Intervensi menurut Affandi (2012):

(1) Kaji pengetahuan pasien tentang *amenorhea*

R/ menegtahui tingkat pengetahuan pasien

(2) Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul di dalam rahim.

R/ ibu dapat mersa tenang dengan keadaannya.

(3) Bila terjadi kehamilan hentikan penggunaan Kb, bila kehamilan ektopik segera rujuk.

R/ penggunaan KB pada kehamilan dapat mempengaruhi kehamilan dan kehamilan ektopik lebih besar pada penggunaan KB



b) Masalah 2 : pusing

Tujuan : setelah diberikan asuhan, pusing dapat teratasi dari ibu dapat beradaptasi dengan keadaanya.

Kriteria : tidak terasa pusing dan mengerti efek samping dari KB hormonal

Intervensi menurut Affandi (2012):

(1) Kaji keluhan pusing pasien

R/ membantu menengakkan diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya untu pengobatan.

(2) Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara

R/ Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal.

(3) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

R/ Teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri.

c) Masalah 3 : Perdarahan bercak/ *spotting*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaanya.

Kriteria : Keluhan ibu terhadap masalah bercak/*spotting* berkurang

Intervensi menurut Affandi (2012):

(1) Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah dan biasanya tidak memerlukan pengobatan.

R/ Klien mampu mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek menggunakan KB hormonal adalah terjadinya perdarahan bercak/ *spotting*.

(2) Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya.

d) Masalah 4 : Perdarahan pervaginam yang hebat

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi penggunaan KB

Kriteria : Perdarahan berkurang dan ibu tidak khawatir dengan kondisinya

Intervensi menurut Affandi (2012):

(1) Pastikan dan tegaskan adanya infeksi pelvik dan kehamilan ektopik

R/ Tanda dari kehamilan ektopik dan infeksi pelvik adalah adanya berupa perdarahan yang banyak.

(2) Berikan terapi ibuprofen (800mg, 3 kali sehari selama 1 minggu) untuk mengurangi perdarahan dan berikan tablet besi (1 tablet setiap hari selama 1-3 bulan)

R/ Terapi ibuprofen dapat membantu mengurangi nyeri dan karena perdarahan yang banyak maka diperlukan tablet tambah darah.

(3) Lepaskan AKDR jika klien menghendaki

R/ Perdarahan yang banyak merupakan komplikasi dari penggunaan AKDR.

5. Implementasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar Asuhan kebidanan, bidan melakukan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya *promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan dengan kriteria:

- a) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
- b) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarga (*inform consent*).
- c) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*
- d) Melibatkan klien/ pasien
- e) Menjaga privacy klien/pasien
- f) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi

- g) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
- h) Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- i) Melaksanakan tindakan sesuai standar.
- j) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

6. Evaluasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI nomor 938/ Menkes/SK/VII/ 2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria:

- a) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
- b) Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga
- c) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
- d) Hasil evaluasi ditindak lanjut sesuai dengan kondisi klien/pasien.

7. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI No. 133 (2007). Evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut:

S : Data subyektif, mencatat hasil anamnesa

O : Data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : Hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P : Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan Penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi atau *follow up* dan rujukan.

