

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

1. Pengertian

Kehamilan adalah suatu rantai yang berkesinambungan yang terdiri dari ovulasi (pematangan sel) lalu pertemuan ovum (sel telur) dan spermatozoa (sperma) terjadilah pembuahan dan pertumbuhan zigot kemudian bernidasi (penanaman) pada uterus dan pembentukan plasenta dan tahap akhir adalah tumbuh kembang hasil konsepsi samapai aterm (Manuaba, dkk, 2012)

Menurut *Federasi Obstetri Ginekologi Internasional* (FOGI), kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyautan dari 10 spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga bayi lahir, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester I berlangsung selama 12 minggu, trimester II ke 1 hingga ke 27 minggu, dan trimester III ke 28 sampai 40 minggu (Prawirohardjo,2009)

2. Proses Kehamilan

a. Spermatozoa

Dikeluarkan oleh testis dan peristiwa pematangannya disebut spermatogenesis. Jumlahnya akan berkurang, tetapi tidak akan habis seperti pada ovum dan tetap memproduksi meskipun pada lansia. Kemampuan fertilisasi selama 2-4 hari, rata-rata 3 hari. Terdapat 100 juta sperma pada setiap militer air mani yang dihasilkan, rata-rata 3 cc tiap ejakulasi (Ummi dkk, 2011)

b. Ovum

Bisa dibuahi jika sudah melewati proses oogenesis. Dikeluarkan oleh ovarium saat fase ovulasi, satu kali setiap siklus haid dan akan habis jika sudah masuk masa remature. Ovum mempunyai waktu hidup 24-48 jam setelah dikeluarkan dari ovarium (Ummi Hani dkk, 2011)

c. Konsepsi

Jutaan spermatozoa ditumpahkan di fornix vagina dan di sekitar porsio pada waktu coitus. Hanya satu spermatozoa yang mempunyai kemampuan (kapasitas) untuk membuahi. Pada spermatozoa ditemukan kaputnya lebih mudah menembus dinding ovum oleh karena diduga dapat melepaskan hiluronidase. Konsepsi (pembuahan) adalah penyatuan ovum (osit sekunder) dan spermatozoa yang biasanya berlangsung di ampulla tuba. Untuk

mencapai ovum, spermatozoa harus melewati korona rematu (Lapisan sel di luar ovum) dan zona pelusida (suatu bentuk glikoprotein ekstraseluler), yaitu dua lapisan yang menutupi dan mencegah ovum mengalami fertilisasi lebih dari satu spermatozoa (Sarwono, 2009).

d. Nidasi (Implantasi)

Selanjutnya pada hari keempat hasil konsepsi mencapai stadium blastula disebut blastokista (*blastocyst*), suatu bentuk yang bagian luarnya adalah trofoblas dan di bagian dalamnya disebut massa *Inner cell*. Masa *Inner cell* ini berkembang menjadi janin dan trofoblas akan berkembang menjadi plasenta. Dengan demikian, blastokista diselubungi oleh suatu simpai yang disebut trofoblas. Trofoblas ini sangat kritis untuk keberhasilan kehamilan terkait dengan keberhasilan nidasi (implantasi), produksi rematu kehamilan, produksi imunitas bagi janin, peningkatan aliran darah maternal ke dalam plasenta, dan kelahiran bayi. Sejak trofoblas terbentuk, produksi human *chorionic gonadotropin* (Hcg) di mulai, suatu rematu yang memastikan bahwa endometrium akan menerima (resatif) dalam proses implantasi embrio (Sarwono, 2009)

dalam vili korialis yang ruang intervilinya dipenuhi dengan darah maternal yang dipasok oleh arteri spiralis dan dikeluarkan melalui vena uterina. Vili korialis ini akan bertumbuh menjadi suatu masa jaringan yaitu plasenta. Lapisan desidua yang meliputi hasil konsepsi kearah kavum uteri disebut desidua kapsularis, yang terletak antara hasil konsepsi dan dinding uterus disebut desidua basalis, disitu plasenta akan dibentuk. Desidua yang meliputi dinding uterus yang lain adalah desidua parietalis. Hasil konsepsi sendiri diselubungi jonjot-jonjot yang dinamakan vili korialis dan berpangkal pada korion. Sel sel fibrolas mesodermal tumbuh disekitar embrio dan melapisi pula sebelah trofoblas. Dengan demikian, terbentuk chorionic membrane yang kelak menjadi korion. Selain itu, vili korialis yang berhubungan dengan desidua basalis tumbuh dan bercabang-cabang dengan baik, di sini korion disebut korion frondosum. Yang berhubungan dengan desidua kapsularis kurang mendapat makanan, karena hasil konsepsi 24 bertumbuh kearah cavum uteri sehingga lambat laun menghilang, korion yang gundul disebut korion leave. Darah ibu dan darah janin dipisahkan oleh dinding pembuluh darah janin dan lapisan korion. Plasenta yang demikian dinamakan plasenta jenis hemokorial. Di sini jelas tidak ada percampuran darah antara darah janin dan darah ibu. Ada juga sel-sel desidua yang tidak dapat dihancurkan oleh trofoblas dan sel-sel ini akhirnya membentuk lapisan fibronoid yang disebut lapisan

nitabuch. Ketika proses melahirkan plasenta terlepas dari endometrium pada lapisan nitabuch ini.

3. Tanda-tanda Kehamilan

A. Tanda-tanda kehamilan

1. Tanda tidak pasti (*presumptive sign*)

Tanda tidak pasti adalah perubahan-perubahan fisiologis yang dapat dikenali dari pengakuan atau yang dirasakan oleh wanita hamil. Tanda tidak pasti ini terdiri dari:

a). Amenore (berhentinya menstruasi)

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

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

Pengaruh estrogen dan progesteron terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan menimbulkan mual muntah yang terjadi terutama pada pagi hari yang disebut morning sickness. Dalam batas tertentu hal ini masih fisiologis, tetapi bila terlampaui sering dapat menyebabkan gangguan kesehatan yang disebut hiperemesis gravidarum

c). Ngidam (menginginkan makanan tertentu)

Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam. Ngidam sering terjadi pada bulan pertama kehamilan dan akan menghilang dengan makin tuanya kehamilannya.

d). Syncope (pingsan)

Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan syncope atau pingsan. Hal ini sering terjadi terutama jika berada pada tempat yang ramai, biasanya akan hilang setelah 16 minggu.

e). Kelelahan

Sering terjadi pada trimester pertama, akibat dari penurunan kecepatan basal metabolisme (*basal metabolisme rate-BMR*) pada kehamilan, yang akan

meningkat sering pertambahan usia kehamilan akibat aktivitas metabolisme hasil konsepsi.

f). Payudara teggang.

Estroge meningkat perkembangan sistem duktus pada payudara, sedangkan progesteron menstimulasi perkembangan sistem alvveolar 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.

g). Sering kencing.

Desakan rahim ke depan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi. Frekuensi miksi yang sering, terjadi pada triwulan pertama akibat desakan uterus terhadap 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 ke rongga panggul dan menekan kembali kandung kemih.

h). Konstipasi atau obstipasi

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

i). Pigmentasi kulit.

Pigmentasi terjadi pada usia kehamilan lebih dari 12 minggu. Terjadi akibat pengaruh hormon kortikosteroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit.

Pigmentasi ini meliputi tempat – tempat berikut ini:

1). Sekitar pipi : *cloasma gravidarum* (penghitaman pada daerah dahi, hidung, pipi, leher).

2). Sekitar leher : tampak lebih hitam

(a). Dinding perut : *striae livide/striae nigra*, *linea alba* menjadi lebih hitam (*linea grisea/nigra*).

(b). Sekitar payudara hiperpigmentasi areola mammae sehingga terbentuk. Pigmentasi areola ini berbeda pada tiap wanita. Ada yang merah muda pada wanita putih. Coklat tua pada wanita coklat tua. Dan hitam pada kulit hitam.

j). Epulis

Hipertropi pappila ginggive/gusi, sering terjadi pada triwulan pertama.

k). Varises atau penampakan pembuluh darah vena.

Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pelebaran pembuluh darah terutama bagi wanita yang mempunyai bakat. Varises dapat terjadi di selakang genetalia eksterna, kaki dan betis, serta payudara. Penampakan pembukuh darah ini dapat dibilang setelah persalinan.

2. Tanda kemungkinan (*Probability Sign*)

Tanda-tanda tidak pasti atau terduga hamil adalah perubahan anatomic dan fisiologik selain dari tanda-tanda persumtif yang dapat deteksi atu dikenali oleh pemeriksa (Prawirohsrdjo, 2011)

a). Rahim membesar sesuai dengan tuanya kehamilan

(Kumalasari, 2015)

b). Tanda *chadwick* adalah perubahan warna menjadi kebiruan atau keunguan vulva, vagian dan serviks.c). Tanda *goodell* adalah perubahan konsistensi (yang dianalogikan dengan konsistensi) serviks dibandingkan dengan kosistensi kenyal

(dianalogikan dengan ujung hidung) pada saat tidak hamil.

d). Tanda *hegar* adalah pelunakan dan kompresibilitas istmus serviks sehingga ujung-ujung jari seakan dapat ditemukan apabila istmus ditekan dari arah yang berlawanan (Prawirohardjo, 2014).

e). Tanda *piskacek* adalah pembesaran uterus yang terjadi secara tidak simetris. Pembesaran asimetris dan penonjolan salah satu kornu tersebut dapat dikenali melalui pemeriksaan bimanual pelvik pada usia kehamilan delapan hingga sepuluh minggu (Prawirohardjo, 2014).

f). Kontaksi *Braxton hicks* adalah kontraksi yang bersifat non-ritmik, sporadic, tanpa disertai adanya rasa nyeri, mulai timbul sejak kehamilan enam minggu dan tidak terdeteksi melalui pemeriksaan bimanual pelvik (Prawirohardjo, 2014).

g). Fenomena bandul adalah adanya *ballottement* kepala yaitu hanya kepala janin yang terdorong dan memantul kembali ke dinding uterus atau tangan pemeriksa setelah memindahkan dan menerima tekanan balik cairan ketuban (volume relative lebih

besar dibandingkan tubuh janin) dikavum uteri (Prawirohardjo, 2014).

h). Pemeriksaan tes biologis kehamilan positif, tetapi sebagian kemungkinan palsu.(Kumalasari, 2015)

3. Tanda Pasti Kehamilan

Tanda-tanda pasti kehamilan dapat ditentukan melalui:

a). Gerakan janin dalam lahir

Gerakan janin ini harus dapat diraba dengan jelas oleh pemeriksa. Gerakan janin baru dapat dirasakan pada usia kehamilan sekitar 20 minggu

b). Denyut jantung janin.

Dapat didengar pada usia 12 minggu dengan menggunakan alat fetal electrocardiograf(misalnya dopler). Dengan stetoskop Laenac, DJJ baru dapat didengar pada usia 18-20 minggu.

c). Bagian - bagian janin.

Bagian-bagian janin yaitu bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin (lengan dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada usia kehamilan lebih tua (trimester akhir). Bagian janin ini dapat dilihat lebih sempurna lagi menggunakan USG.

d). Kerangka janin

Kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgen maupun USG.

4. Pertumbuhan dan Perkembangan Embrio

a). Embrio Usia 2-4 Minggu

1). Terjadi perubahan yang semula buah kehamilan hanya berupa satu titik telur menjadi satu organ yang terus berkembang dengan pembentukan lapisan-lapisan didalamnya

2). Jantung mulai memompa cairan melalui pembuluh darah pada hari ke-20 dan hari berikutnya muncul sel darah merah yang pertama. Selanjutnya, pembuluh darah terus berkembang di seluruh embrio dan plasenta

Gambar 2.2

Janin Usia 2-4 Minggu



Sumber : Sulistyawati, 2009

b). Embrio Usia 4-6 Minggu

- 1). Sudah terbentuk bakal organ-organ
- 2). Jantung sudah berdenyut
- 3). Pergerakan sudah nampak dalam pemeriksaan USG
- 4). Panjang embrio 0,64

Gambar 2.3

Usia 4-6 Minggu



Sumber : Sulistyawati, 2009

c). Embrio Usia 8 Minggu

- 1). Pembentukan organ dan penampilan semakin bertamabh jelas, seperti mulut, mata da kaki
- 2). Pembentukan usus
- 3). Pembentukan genitalia dan anus
- 4). Jantung mulai memompa darah

Gambar 2.4

Janin Usia 8 Minggu



Sumber : Sulistyawati, 2009

d). Embrio Usia 12 Minggu

- 1). Embrio berubah menjadi janin
- 2). Usus lengkap
- 3). Genetalia dan anus sudah terbentuk
- 4). Menggerakkan anggota badan, mengedipkan mata, mengerutkan dahi, dan mulut terbuka

Gambar 2.5

Janin Usia 12 Minggu



Janin pada 12 minggu

Sumber : Sulistyawati, 2009

e). Embrio Usia 16 Minggu

- 1). Gerakan fetal pertama (*quickening*)
- 2). Sudah mulai ada meconium dan verniks caseosa
- 3). Sistem rematurenal sudah matang
- 4). Sistem saraf mulai melaksanakan rematu
- 5). Pembuluh darah berkembang cepat
- 6). Tangan janin dapat menggenggam
- 7). Kaki menendang dengan aktif
- 8). Semua organ mulai matang dan tumbuh
- 9). Denyut jantung janin (DJJ) dapat didengar dengan Doppler
- 10). Janin 0,2 kg

Gambar 2.6
Janin Usia 16 Minggu



Sumber : Sulistyawati, 2009

f). Janin Usia 24 Minggu

- 1). Kerangka berkembang dengan cepat karena aktifitas pembentukan tulang meningkat
- 2). Perkembangan pernafasan dimulai
- 3). Berat janin 0,7-0,8 kg

Gambar 2.7

Janin Usia 24 Minggu



Sumber : Sulistyawati, 2009

g). Janin Usia 28 Minggu

- 1). Janin dapat bernafas, menelan, dan mengatur suhu
- 2). Surfaktan terbentuk di dalam paru-paru
- 3). Mata mulai membuka dan menutup
- 4). Ukuran janin 2/3 saat lahir

Gambar 2.8

Janin Usia 28 Minggu



Sumber : Sulistyawati, 2009

h). Janin Usia 32 Minggu

- 1). Simpanan lemak cokelat berkembang di bawah kulit untuk persiapan pemisahan bayi setelah lahir
- 2). Mulai menyimpan zat besi, kalsium dan fosfor
- 3). Bayi sudah tumbuh 38-39 cm

Gambar 2.9

Janin Usia 32 Minggu

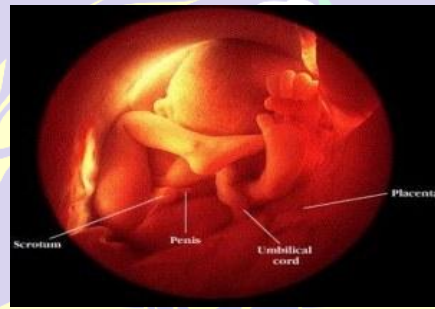


Sumber : Sulistyawati, 2009

i). Janin Usia 36 Minggu

- 1). Seluruh uterus terisi oleh bayi, sehingga ia tidak dapat lagi bergerak dan memutar banyak
- 2). Antibodi ibu di transfer ke janin, yang akan memberikan kekebalan selama 6 bulan pertama sampai sistem kekebalan bayi bekerja sendiri

Gambar 2.10 Janin Usia 36 Minggu



Sumber : Sulistyawati, 2009

5. Perubahan Fisiologis Kehamilan

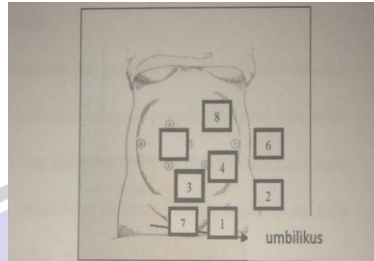
Dengan terjadinya kehamilan maka seluruh sistem genitalia wanita mengalami perubahan yang mendasar sehingga dapat menunjang perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim. Plasenta dalam perkembangannya mengeluarkan hormon somatomotropin, estrogen, dan progesterone yang menyebabkan perubahan pada bagian-bagian tubuh dibawah ini.

a). Uterus

Uterus akan membesar pada bulan-bulan pertama dibawa pengaruh estrogen dan progesteron yang kadarnya meningkat. Pada kehamilan 8 minggu uterus membesar, sebesar telur bebek, pada 12 minggu sebesar telur angsa. Pada 16 minggu sebesar kepala bayi/tinju orang dewasa, dan semakin membesar sesuai dengan usia kehamilan dan ketika usia kehamilan sudah aterm dan pertumbuhan janin normal, pada kehamilan 28 minggu tinggi fundus uteri 25 cm pada 32 minggu 27 cm, pada 36 minggu 30 cm. Pada kehamilan 40 minggu TFU turun kembali dan terletak 3 jari dibawah prosesus xyfoideus. Posisi rahim dalam kehamilan : Awal kehamilan Ante atau Retrofleksi; Akhir bulan kedua uterus teraba satu sampai dua jari di atas simphisis pubis keluar dari rongga panggul; Akhir 36 minggu 3 jari dibawah procesus xypidieus; Uterus yang hamil sering berkontraksi tanpa rasa nyeri juga kalau disentuh pada waktu pemeriksaan (palpasi) konsistensi lunak kembali; Kontraksi ini disebut kontraksi Braxton Hichs; Merupakan kehamilan mungkin dan untuk menemukan anak dalam kandungan atau tidak; Kontraksi sampai akhir kehamilan menjadi his

(Prawirohardjo, 2010). Mengukur tinggi fundus uteri dari simpisis, maka diperoleh

Gambar 2.11 Punctum Maksimum



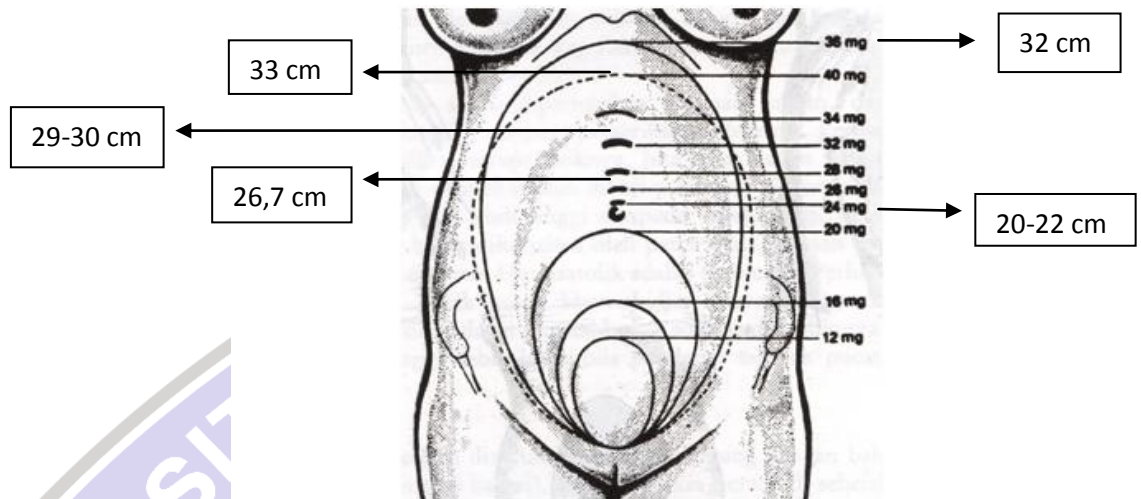
Sumber : Wheeler, 2007

Keterangan : gambar ini untuk mencari letak DJJ, posisi umbilikus berada pada pertengahan angka 3 dan 4. Posisi 1 dan 2 mula-mula dengarkan dipertengahan kuadran bawah abdomen. Posisi 3 jika Djj tidak ditemukan, dengarkan di pertengahan puncak rambutpubis. 4 jika tidak ditemukan, dengarkan langsung diatas umbilikus. 5 dan 6 jika belum ditemukan, dengarkan di pertengahan kuadran atas abdomen. 7 dan 8 jika belum ditemukan, dengarkan 4 inci dari umbilikus, mendekati panggul.

Tabel 2.1 Tinggi Fundus Uteri (sumber : MC Donald)

Umur Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
12 minggu	1/3 jari di atas simpisis
16 minggu	½ simpisis-pusat
20 minggu	2/3 jari di bawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	1/3 di atas pusat
34 minggu	½ pusat-prosessus xifoideus
36 minggu	Setinggi prosessus xifoideus
40 minggu	2 jari di bawah prosessus xifoideus

Gambar 2.12 Pemeriksaan Fundus Uteri untuk Menentukan
Umur Kehamilan



Sumber : Wiknjosastro, 2009.

Perubahan isthmus uteri (rahim) menyebabkan isthmus menjadi lebih panjang dan lunak sehingga pada pemeriksaan dalam seolah-olah kedua jari dapat saling sentuh. Perlunakan isthmus disebut tanda Hegar. Hubungan antara besarnya rahim dan usia kehamilan penting untuk diketahui karena kemungkinan penyimpangan kehamilan seperti hamil kembar, hamil mola hidatidosa, hamil dengan hidramnion yang akan teraba lebih besar. Sebagai gambaran dapat dikemukakan sebagai berikut:

- 1). Pada usia kehamilan 16 minggu, kavum uteri seluruhnya diisi oleh amnion, dimana desidua kapsularis dan

desidua parietalis telah menjadi satu. Tinggi rahim adalah setengah jari jarak simpisis dan pusat. Plasenta telah terbentuk seluruhnya.

2). Pada usia kehamilan 20 minggu, fundus rahim terletak dua jari di bawah pusat sedangkan pada usia 24 minggu tepat ditepi pusat.

3) Pada usia kehamilan 28 minggu, tinggi fundus uteri sekitar 3 jari di atas pusat atau sepertiga jarak antara pusat dan prosesus xifoideus.

4). Pada usia kehamilan 32 minggu, tinggi fundus uteri adalah setengah jarak prosesus xifoideus dan pusat

5). Pada usia kehamilan 36 minggu tinggi fundus uteri sekitar satu jari di bawah prosesus xifoideus dan kepala bayi belum masuk pintu atas panggul.

6). Pada usia kehamilan 40 minggu fundus uteri turun setinggi tiga jari di bawah prosesus xifoideus, oleh karena saat ini kepala janin telah masuk pintu atas panggul. Panjang fundus uteri pada usia kehamilan 28

minggu adalah 25 cm, pada usia kehamilan 32 minggu panjangnya 27 cm, dan umur hamil 36 minggu panjangnya 30 cm. Regangan dinding rahim karena besarnya pertumbuhan dan perkembangan janin menyebabkan isthmus uteri makin tertarik ke atas dan

menipai di segmen bawah rahim (SBR). Pertumbuhan rahim ternyata tidak sama ke semua arah, tetapi terjadi pertumbuhan yang cepat di daerah implantasi plasenta, sehingga rahim bentuknya tidak sama. Bentuk rahim yang tidak sama di sebut tanda Piskaseck.

Perubahan konsentrasi hormonal yang mempengaruhi rahim, yaitu estrogen dan progesterone menyebabkan progesterone mengalami penurunan dan menimbulkan kontraksi rahim yang disebut dengan Braxton Hicks. Terjadinya Braxton Hicks, tidak dirasakan nyeri dan terjadi bersamaan di seluruh rahim, diikuti oleh makin besarnya aliran darah menuju rahim dan arteri uterine dan arteri ovarika.

Otot rahim mempunyai susunan istimewa yaitu longitudinal, sirkuler dan oblika sehingga keseluruannya membuat anyaman yang dapat menutup pembuluh darah dengan sempurna. Meningkatnya pembuluh darah menuju rahim mempengaruhi serviks yang akan mengalami perlunakan. Serviks hanya memiliki sekitar 10% jaringan otot. Pada saat persalinan, terjadi pembukaan serviks secara pasif, karena kuatnya kontraksi otot rahim. Segera setelah persalinan, serviks yang sedikit mempunyai otot, akan melipat dan terjadi

pengecilan dengan pasif. Serviks yang sedikit mempunyai otot, tetap terbuka, tanpa mekanisme sfingter, sehingga memberikan kesempatan untuk mengeluarkan lochea. Pada pemeriksaan postpartum, serviks multipara mempunyai dua bibir, bibir atas dan bibir bawa.

b). Vagina

Vagina dan vulva mengalami peningkatan pembuluh darah karena pengaruh estrogen sehingga tampak makin berwarna merah dan kebiru-biruan (tanda Chadwicks).

c). Ovarium

Dengan terjadinya kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia 16 minggu. Kejadian ini tidak dapat lepas dari kemampuan vilikorealis yang mengeluarkan hormone korionik gndotropin yang mirip dengan hormone luteotropik hipotesis anterior.

d). Sistem Sirkulasi Darah

Sirkulasi darah ibu dalam kehamilan dipengaruhi oleh adanya sirkulasi ke plasenta, uterus yang membesar dengan pembuluh-pembuluh darah yang membesar

pula, mamma dan alat-alat lain yang memang berfungsi berlebihan dalam kehamilan. Seperti yang sudah dikemukakan, volume darah ibu dalam kehamilan bertambah secara fisiologik dengan adanya pencairan darah yang disebut hidrema. Volume darah akan bertambah banyak, kira-kira 25% dengan puncak kehamilan 32 minggu, diikuti dengan cardiac output yang meninggi sebanyak kira-kira 30%. Akibat hemodilusi tersebut, yang dimulai jelas timbul pada kehamilan 16 minggu, ibu yang mempunyai penyakit jantung dapat jatuh dalam keadaan dekompensasi kordis.

e). Payudara

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI pada saat laktasi. Perkembangan payudara tidak dapat dilepaskan dari pengaruh hormone saat kehamilan, yaitu estrogen, progesterone dan somatomamotrofin.

Fungsi hormon mempersiapkan payudara untuk pemberian ASI dijabarkan sebagai berikut:

1). Estrogen, berfungsi:

- (a). Menimbulkan hipertrofi sistem saluran payudara.

(b). Menimbulkan penimbunan lemak dan air serta garam sehingga payudara tampak makin membesar.

(c). Tekanan serat saraf akibat penimbunan lemak, air, dan garam menyebabkan rasa sakit payudara.

2). Progesteron, berfungsi:

(a). Mempersiapkan asinus sehingga dapat berfungsi.

(b). Meningkatkan jumlah sel asinus.

3). Somatomamotrofin, berfungsi:

(a). Mempengaruhi sel asinus untuk membuat kasein, laktalbumin, dan laktoglobulin.

(b). Penimbunan lemak disekitar alveolus payudara.

(c). Merangsang pengeluaran kolostrum pada kehamilan. (Manuaba, Ida Bagus Gede Fajar, 2010).

f). Dinding Perut

Pembesaran rahim menimbulkan peregangan dan menyebabkan robeknya serabut elastic dibawah kulit, sehingga timbul striae gravidarum. Bila terjadi peregangan yang hebat, misalnya pada hidramnion dan kehamilan ganda, dapat terjadi diastasis rekti bahkan

hernia. Kulit perut pada linea alba bertambah pigmentasinya disebut linea nigra.

g). Sistem Pernafasan

Wanita hamil kadang-kadang mengeluh sesak dan pendek nafas. Hal ini disebabkan oleh usus yang tertekan ke arah diafragma akibat pembesaran rahim. Kapasitas vital paru meningkat sedikit selama hamil. Seorang wanita hamil selalu bernapas lebih dalam. Yang lebih menonjol adalah pernapasan dada (*thoracic breathing*)

h). Saluran Pencernaan

Salivasi meningkat dan pada trimester pertama, mengeluh mual dan muntah. Tonus otot-otot saluran pencernaan melemah sehingga motilitas dan makanan akan lebih lama berada dalam saluran makanan. Resorpsi makanan baik, namun akan menimbulkan obstipasi. Gejala muntah (*emesis gravidarum*) sering terjadi, biasanya pada pagi hari, disebut sakit pagi (*morning sickness*).

i). Tulang dan Gigi

Persendian panggul akan terasa lebih longgar, karena ligamen-ligamen melunak (*softening*). Juga terjadi sedikit pelebaran pada ruan persendian. Apabila

pemberian makanan tidak dapat memenuhi kebutuhan kalsium janin, kalsium pada tulang-tulang panjang ibu akan diambil untuk memenuhi kebutuhan tadi. Apabila konsumsi kalsium cukup, gigi tidak akan kekurangan kalsium. Gingivitis kehamilan adalah gangguan yang disebabkan oleh berbagai faktor, misalnya hygiene yang buruk pada rongga mulut

k). Kulit

Pada daerah kulit tertentu terjadi hiperpigmentasi:

- (1) Muka : disebut masker kehamilan (*choasma gravidarum*)
- (2) Payudara : puting susu dan aerola payudara
- (3) Perut : linea nigra striae
- (4) Vulva

l). Kelenjar Endokrin

- (a). Kelenjar tiroid : dapat membesar sedikit
- (b). Kelenjar hipofise : dapat membesar terutama lobus anterior

(c). Kelenjar adrenal : tidak begitu terpengaruh

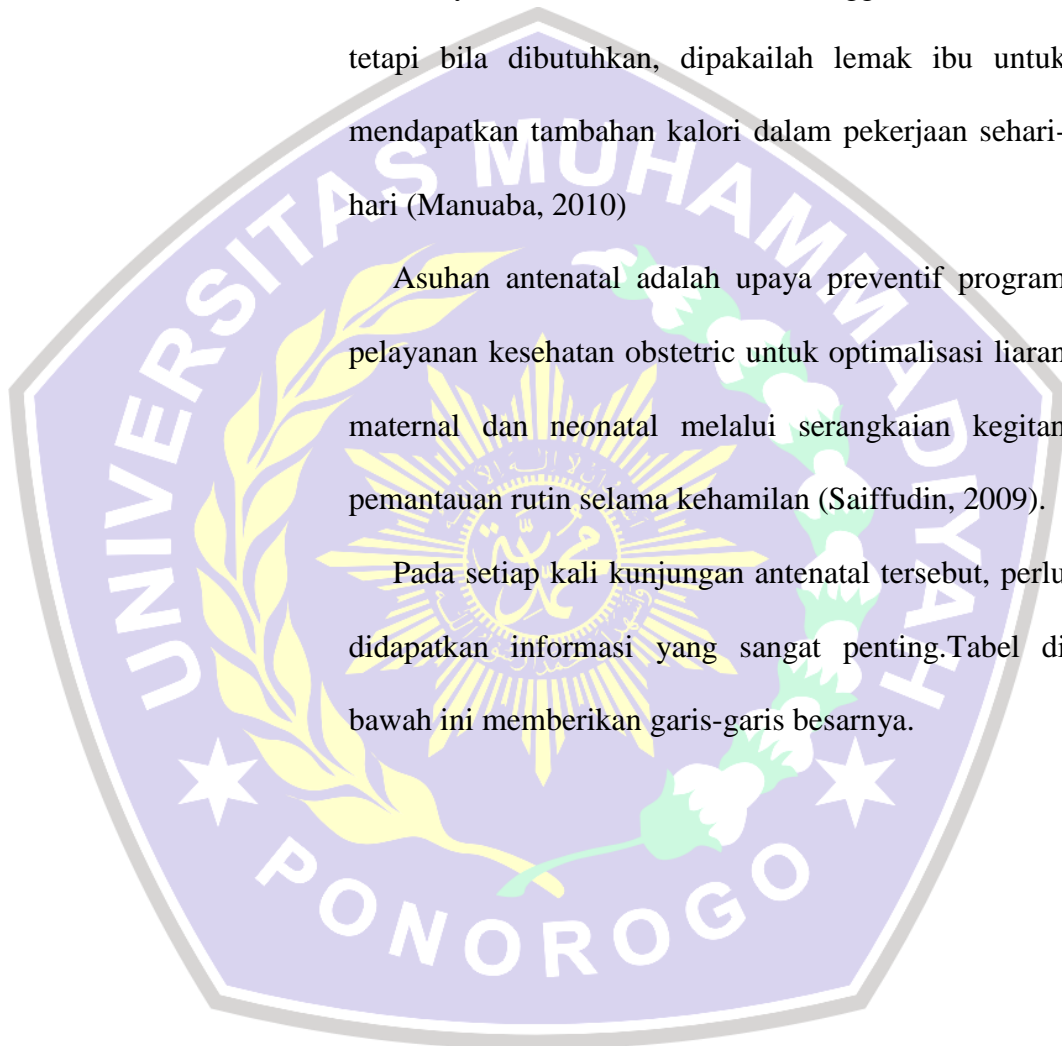
m). Metabolisme dalam kehamilan

Pada wanita hamil *basal metabolic rate* (BMR) meningkat, sistem endokrin juga meningkat, dan tampak

lebih jelas kelenjar gondoknya (glandula tiroidea).BMR meningkat hingga 15-20% yang umumnya ditemukan pada triwulan terakhir. Kalori yang dibutuhkan untuk itu diperoleh terutama dari pembakaran hidrat arang, khususnya sesudah kehamilan 20 minggu ke atas akan tetapi bila dibutuhkan, dipakailah lemak ibu untuk mendapatkan tambahan kalori dalam pekerjaan sehari-hari (Manuaba, 2010)

Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetric untuk optimalisasi liaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Saiffudin, 2009).

Pada setiap kali kunjungan antenatal tersebut, perlu didapatkan informasi yang sangat penting.Tabel di bawah ini memberikan garis-garis besarnya.



Tabel 2.2 Informasi penting dalam pelaksanaan ANC

Kunjungan	Waktu	Informasi Penting
Trimester Pertama	Sebelum minggu ke-4	Membangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dengan ibu hamil. Mendeteksi masalah dan menanganinya. Melakukan tindakan pencegahan seperti tetanus neonatorum, anemia kekurangan zat besi, penggunaan praktek tradisional yang merugikan. Memulai Persiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi komplikasi. Mendorong perilaku sehat (gizi, latihan dan kebersihan, istirahat, dan sebagainya).
Trimester Kedua	Sebelum minggu ke-28	Sama seperti diatas ditambah kewaspadaan khusus mengenai preeklamsia (Tanya ibu tentang gejala-gejala preeklamsia, pantau tekanan darah , evaluasi edema, periksa untuk mengetahui proteinuria)
Trimester Ketiga	Antara minggu 28-36	Sama seperti diatas ditambah palpasi abdominal untuk mengetahui apakah ada kehamilan ganda
Trimester ketiga	Setelah 36 minggu	Sama seperti diatas, ditambah deteksi letak bayi normal, atau kondisi lain yang memerlukan kelahiran dirumah sakit.

Sumber : Saiffudin, 2010. Ilmu Kebidanan..

6. Perubahan Psikologi Pada Kehamilan

Menurut Yuklandari (2012) Perubahan psikologis dapat diidentifikasi sebagai berikut:

a). Trimester pertama

Trimester pertama sering dianggap sebagai periode penyesuaian. Penyesuaian yang dilakukan wanita adalah terhadap kenyataan bahwa ia sedang mengandung. Penerimaan terhadap kenyataan ini dan arti semua ini bagi dirinya merupakan tugas psikologis yang paling penting pada trimester pertama kehamilan.

b). Trimester Kedua

Pada usia kehamilan 16-28 minggu ibu dapat merasakan gerakan bayinya. Banyak ibu yang merasa terlepas dari kecemasan dan rasa tidak nyaman seperti yang dirasakan pada trimester pertama. Pada trimester kedua relatif lebih bebas dari ketidaknyamanan fisik, ukuran perut belum menjadi suatu masalah, lubrikasi vagina lebih banyak dan hal yang menyebabkan kebingungan sudah surut, dia telah berganti dari mencari perhatian ibunya menjadi mencari perhatian pasangannya, semua faktor ini berperan dalam meningkatnya libido dan kepuasan seks.

c). Trimester Ketiga

Pada usia kehamilan 39-40 minggu seorang ibu mungkin mulai merasa takut akan rasa sakit dan bahaya yang akan timbul pada waktu melahirkan dan merasa khawatir akan keselamatannya. Rasa tidak nyaman timbul kembali pada trimester ketiga dan banyak ibu yang merasa dirinya aneh, berantakan, canggung dan jelek sehingga memerlukan perhatian lebih besar dari pasangannya, disamping itu ibu mulai sedih karena akan terpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil, terdapat perasaan mudah terluka (sensitif).

7. Kebutuhan Ibu Hamil

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

a). Kebutuhan Fisik

1). Oksigen

Kebutuhan oksigen selama kehamilan meningkat sebagai respon tubuh terhadap akselerasi metabolisme yang diperlukan untuk menambah masa jaringan-jaringan pada payudara, hasil konsepsi, masa uterus dan lainnya.

Peningkatan kebutuhan oksigen meningkat 15-20% yang digunakan untuk kebutuhan metabolic ibu dan janin. Pada masa kehamilan pernapasan ibu juga menjadi lebih dalam meski dalam keadaan istirahat, akibatnya volume tidal meningkat dari 7,5 L/menit menjadi 10,5 L/menit.

2) . Nutrisi

Pemenuhan nutrisi berkaitan dengan pertumbuhan janin dan kesejahteraan ibu. Kekurangan nutrisi dapat menyebabkan anemia, abortus, partus prematurus, perdarahan pasca persalinan, dan sepsis puerpuralis. Sedangkan makan berlebihan dapat menyebabkan komplikasi seperti gemuk, janin besar, preeklamsi. Secara umum pada kondisi tidak hamil ibu memerlukan energi sebanyak 2100 Kkal/hari, sedangkan saat hamil ibu memerlukan 2500 Kkal/hari untuk perkembangan fetus, plasenta, uterus, dan mammae. Bagi ibu menyusui kebutuhan energy menjadi 3000 Kkal/hari. Berikut ini adalah beberapa kelompok makanan dan minuman yang disarankan untuk dikonsumsi, beserta dengan manfaatnya:

(a). Air

Minum cukup air dapat mencegah bayi lahir prematur, hemorid, konstipasi dan pembengkakan berlebihan, infeksi kandung kemih. Selama masa kehamilan, Anda disarankan untuk mengonsumsi kurang lebih 2,5 liter (setara dengan 10 gelas) air dalam sehari. Cairan ini juga bisa didapatkan dari makanan seperti buah dengan kadar air yang tinggi, jus, atau susu. Namun perlu diingat bahwa beberapa minuman seperti minuman ringan dengan kadar gula yang tinggi dapat menyebabkan hipertensi atau kenaikan berat badan.

(b). Sayur dan buah

Sayur dan buah adalah komponen utama pola makan sehat bagi ibu yang sedang hamil. Disarankan untuk mengonsumsi setidaknya lima porsi sayur-sayuran dan buah-buahan berbeda tiap hari untuk mendapatkan aneka vitamin, mineral, serta serat. Sayuran hijau seperti bayam dan kale mengandung banyak vitamin A, K, C dan

asam folat yang penting untuk kesehatan mata.

(c). Daging tanpa lemak, ikan, dan telur

Kelompok makanan ini kaya dengan kandungan protein yang penting untuk pertumbuhan janin, terutama pada trimester kedua dan ketiga dalam kandungan. Telur juga kaya akan kolin yang mendukung perkembangan otak dan tubuh janin, serta membantu mengurangi risiko cacat tabung saraf. Sementara, ikan salmon kaya akan omega 3 yang baik untuk menjaga mood ibu hamil sekaligus perkembangan janin. Meski demikian, untuk menghindari paparan merkuri, disarankan tidak mengonsumsi lebih dari 340 gram salmon dalam sepekan. Selain itu, daging tanpa lemak merupakan sumber protein berkualitas tinggi. Namun hindari daging olahan seperti sosis yang mungkin mengandung bakteri atau parasit.

(d). Kacang-kacangan

Kacang-kacangan berperan dalam mencukupi kebutuhan serat ibu hamil,

sehingga mencegah konstipasi dan hemoroid (wasir). Selain itu, kelompok makanan ini kaya akan kalsium, folat, zat besi, dan seng.

(e). Makanan sumber karbohidrat

Gandum utuh kaya akan nutrisi, serat, vitamin E, dan selenium yang baik untuk perkembangan janin. Bahan ini bisa Anda dapatkan antara lain dalam oatmeal, roti gandum, pasta, ataupun nasi merah.

(f). Susu dan produk turunannya

Susu dan produk olahan susu, seperti yogurt, kaya akan kalsium yang membantu pembentukan tulang pada bayi serta menjaga kesehatan tulang ibu.

(g). Suplemen

Meski sudah mengonsumsi berbagai jenis makanan, mungkin saja Anda masih melewatkan nutrisi tertentu. Suplemen vitamin barangkali dibutuhkan untuk mencukupinya. Salah satu suplemen yang biasa diberikan ada TTD (Tablet tambah darah) yang memiliki kandungan setara 60 mg besi elemental dan 400 mcg asam folat.

Namun anda perlu mengkonsultasikannya terlebih dulu kepada dokter.

3). Personal Hygiene

Selama kehamilan PH vagina menjadi asam (6-5) akibatnya mudah terjadi infeksi selain itu stimulus estrogen menyebabkan ibu mengalami keputihan (flour albus). Perubahan lainnya adalah peningkatan vaskularisasi menyebabkan ibu mudah berkeringat, pembesaran rahim juga menyebabkan ibu sering berkemih. Kebersihan diri selama kehamilan sangat penting bagi ibu, sebaiknya ibu mandi dengan air hangat, gosok gigi dan berganti pakaian paling sedikit 2 kali sehari, menjaga kebersihan alat genital dan pakaian dalam, serta menjaga kebersihan payudara untuk persiapan menyusui.

(a). Pakaian

Pakaian yang dikenakan ibu sebaiknya longgar terutama bagian dada dan perut.

Pakaian yang ketat tidak dianjurkan karena dapat mengganggu sirkulasi darah. Selain itu sepatu yang digunakan juga harus nyaman, pas, dan enak digunakan, tidak berhak atau

bertumit tinggi/lancip karena bisa mengganggu kesetabilan tubuh dan bisa mencederai kaki. Pakaian dalam yang digunakan terutama bra, sebaiknya yang meyangga payudara dan talinya agak besar agar tidak terasa sakit di bahu.

(b). Eliminasi

Pada masa kehamilan tonus, motilitas lambung dan motilitas usus mengalami penurunan, reabsorpsi zat makanan menjadi lambat sehingga menyebabkan obstipasi. Selain itu kandung kemih yang tertekan pembesaran rahim menyebabkan ibu menjadi sering berkemih, diikuti dengan peningkatan vaskularisasi di periver menyebabkan ibu hamil sering berkeringat.

(c). Seksual

Saat hamil ibu akan mengalami vaskularisasi pada vagina yang menyebabkan meningkatnya sensitifitas seksual. Akan tetapi ketakutan akan melukai ibu atau janin dapat menurunkan pola seksualitas. Pada dasarnya ibu hamil tetap

dapat melakukan hubungan seksual selama tidak mengganggu kehamilannya. Ada beberapa tips, diantaranya:

(1) Pilih posisi yang tidak menyebabkan nyeri bagi ibu

(2) Sebaiknya menggunakan kondom karena prostaglandin yang terdapat pada semen dapat menyebabkan kontraksi

(3) Melakukan dalam frekuensi yang wajar yaitu 2-3 kali dalam satu minggu

4). Mobilisasi, Body Mekanik

Berubahnya system muskulo skeletal menyebabkan perubahan postur tubuh menjadi lordosis. Mobilisasi dan body mekanik diperlukan untuk mencegah keretakan dan memperlancar sirkulasi darah. ibu dapat

melakukan gerakan badan dengan cara duduk, berbaring, berdiri, dan jalan-jalan pagi.

Mobilisasi dan body mekanik. Selain itu ada beberapa hal yang perlu diperhatikan, yaitu:

- (a) Melakukan senam hamil agar otot tidak kaku
- (b) Tidak dianjurkan melakukan gerakan tiba-tiba/spontan
- (c) Tidak dianjurkan mengangkat beban berat, jongkoklah terlebih dahulu baru kemudian mengangkat beban atau benda
- (d) Apabila bangun tidur, miring terlebih dahulu kemudian bangkit dari tempat tidur

5) *Exercise/* senam hamil

Saat hamil terjadi peregangan otot-otot, perlunakan ligament-ligamen, dan pelonggaran persendian, sehingga diperlukan senam hamil yang bertujuan untuk meyangga dan menyesuaikan tubuh agar lebih baik menyangga beban kehamilan, memperkuat otot untuk menopang tekanan tambahan, memperbaiki sirkulasi dan respirasi, meredakan ketegangan dan membangun relaksasi. Sedangkan senam hamil merupakan terapi latihan gerak untuk mempersiapkan ibu hamil, secara fisik, mental, pada persalinan

cepat, aman, dan spontan. Adapun waktu yang tepat melakukan senam hamil yaitu:

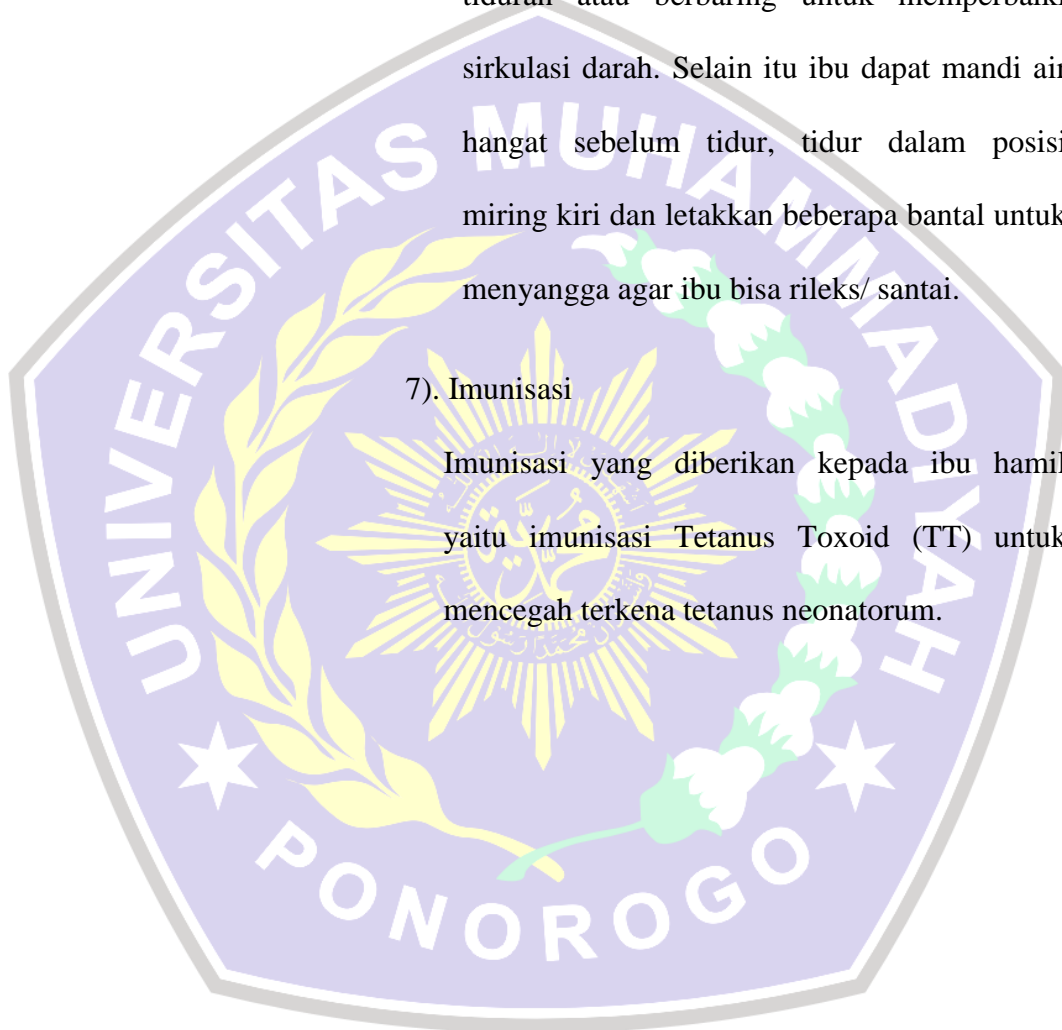
- (1) Umur kehamilan mencapai 6 bulan keatas, kecuali ada kelainan tertentu pada kehamilan. Sebelum melakukan senam hamil ibu dianjurkan berkonsultasi dengan bidan atau dokter mengenai kondisi kehamilannya.
- (2) Ibu hamil yang mengikuti senam hamil diharapkan dapat menjalani persalinan dengan lancar dan relative cepat tanpa terjadi komplikasi apapun.
- (3) Sebelum melakukan senam hamil ibu diharapkan melakukan gerakan pemanasan sehingga peredaran dalam tubuh meningkat dan oksigen yang diangkut ke otot-otot dan jaringan tubuh bertambah banyak. Hal ini dapat mengurangi kejang atau terluka karena sudah dipersiapkan sebelum melakukan gerakan yang lebih aktif.

6) Istirahat/Tidur

Ibu hamil perlu banyak istirahat minimal 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari, apabila ibu tidak bisa tidur siang ibu dapat tiduran atau berbaring untuk memperbaiki sirkulasi darah. Selain itu ibu dapat mandi air hangat sebelum tidur, tidur dalam posisi miring kiri dan letakkan beberapa bantal untuk menyangga agar ibu bisa rileks/ santai.

7). Imunisasi

Imunisasi yang diberikan kepada ibu hamil yaitu imunisasi Tetanus Toxoid (TT) untuk mencegah terkena tetanus neonatorum.



Tabel 2.3 Jadwal Imunisasi TT

Antigen	Interval (selangwaktu) minimal)	Lama Perlindungan	% Perlindungan
T1	Knjungan antenatal pertama	-	-
TT2	4 minggu setelah TT1	3 tahun	80
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun	95
TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun	99
TT5	1 tahun setelah TT4	25 tahun/seu mur hidup seumurhidup	99

Sumber: Kalbe Farma, 2012

8) Traveling

Ibu hamil sebaiknya tidak melakukan perjalanan yang cenderung lama, jauh, dan melelahkan karena dapat menimbulkan ketidaknyamanan serta mengakibatkan gangguan sirkulasi dan oedema kaki .karena lama tidak aktif bergerak. Apabila ibu bepergian menggunakan mobil pribadi

dianjurkan berhenti setiap jam untuk meregangkan badan dan jalan-jalan agar sirkulasi darah lancar, dan gunakan sabuk pengaman. Apabila bepergian dengan pesawat terbang, terdapat beberapa resiko, yaitu:

- (1) Bising dan getaran
- (2) Dehidrasi, karena kelembaban udara rendah
- (3) Turunnya oksigen karena perubahan tekanan udara
- (4) Radiasi kosmik pada ketinggian 30.000 kaki

Ibu hamil tidak dianjurkan melakukan perjalanan ketika:

- (1) Pada awal kehamilan
- (2) Pada bulan terakhir kehamilan
- (3) Pre-eklamsi dan eklamsi

9). Persiapan Persalinan dan Kelahiran Bayi

Ada 5 komponen penting dalam rencana persalinan:

Langkah 1: Membuat rencana persalinan

- (1) Tempat persalinan
- (2) Memilih nakes yang akan menolong
- (3) Bagaimana cara menghubungi nakes yang akan menolong persalinan ibu
- (4) Mempersiapkan dana yang dibutuhkan

Langkah 2: Membuat rencana untuk pengambilan keputusan jika terjadi kegawatdaruratan

- (1) Siapa pengambil keputusan utama dalam keluarga
- (2) Siapa yang akan mengambil keputusan saat pengambil keputusan tidak ada

Langkah 3: Mempersiapkan sistem transportasi bila terjadi kegawatdaruratan

- (1) Dimana ibu akan bersalin
- (2) Bagaimana cara ibu menjangkau pelayanan kesehatan yang memadai apabila terjadi kegawatdaruratan

- (3) Bagaimana cara mencari donor darah potensial

Langkah 4 : Membuat pola menabung

Langkah 5 : Mempersiapkan keperluan persalinan

(1) Keperluan ibu: pembalut, kain/jarut, sabun, seprai, baju

(2) Keperluan bayi: baju, bedong, popok, minyak telon, bedak, topi, sarung tangan dan kaki.

10) Memantau Kesejahteraan Janin

Hal ini dapat dilakukan dengan pemeriksaan antenatal yang rutin, ibu juga dapat menghitung jumlah pergerakan janin setiap harinya minimal 3 kali/3 jam dan menimbang kenaikan berat badan ibu setiap trimesternya.

11) Ketidaknyamanan pada ibu hamil TM 3

(1) Nyeri punggung

Nyeri punggung disebabkan oleh progesterone dan relaksin (yang melunakkan jaringan ikat) dan postur tubuh yang berubah serta meningkatnya beban berat yang dibawa dalam rahim. Berikan asuhan

kepada ibu untuk memperhatikan postur tubuhnya yaitu jangan terlalu membungkuk dan berdiri serta berjalan dengan punggung dan bahu yang tegak, menggunakan sepatu tumit rendah, hindari mengangkat beban yang berat. (Hutari, 2012)

(2) Sesak Nafas

Sesak nafas disebabkan oleh pembesaran rahim yang menekan dada dapat diatasi dengan senam hamil. (Hutari, 2012). Disebabkan oleh peningkatan kadar progesteron berpengaruh secara langsung pada pusat pernafasan untuk menurunkan kadar CO₂ serta kadar O₂, meningkatkan aktifitas metabolisme. Cara mengatasinya dengan tidur dengan posisi setengah duduk, makan tidak terlalu banyak, hindari merokok. (Indriyani, 2011)

(3) Konstipasi

Disebabkan karena progesteron dan usus yang terdesak oleh rahim yang membesar, atau bisa juga disebabkan oleh efek

terapi zat besi. Cara mengatasinya yaitu makan tinggi serat, buah dan sayuran, ekstra cairan, hindari makanan yang berminyak dan lakukan olah raga. (Hutari, 2012). Konstipasi dapat disebabkan oleh penurunan motilitas sebagai akibat dari relaksasi otot-otot halus, peningkatan kadar progesteron yang menyebabkan peristaltik usus menjadi lambat, peningkatan penyerapan air di kolon, kurang olah raga, diet yang salah. Dapat diatasi oleh minum cairan dingin/panas ketika perut kosong, segera BAB bila ada dorongan. (Indriyani, 2011)

(4) Bengkak Kaki

Dikarenakan adanya perubahan hormonal yang menyebabkan retensi cairan. Kurangi asupan makanan yang mengandung garam, hindari duduk dengan bersilang. (Hutari, 2012)

(5) Frekuensi BAK meningkat

Tekanan uterus pada kandung kemih akibat turunnya kepala janin ke dasar

panggul yang menekan uterus, cara mengatasinya yaitu dengan mengurangi minum setelah makan malam atau minimal 2jam sebelum tidur, menghindari minum yang mengandung kafein, jangan mengurangi kebutuhan air minum, perbanyak minum disiang hari dan lakukan senam. (Hutari, 2012)

(6) Insomnia

Terjadi tekanan kandung kemih, kekhawatiran gerakan janin yang sering menendang, kram. Yang harus dilakukan adalah minum susu sebelum tidur, mengubah susunan ruangan. Sebaiknya tidur miring ke kiri atau ke kanan, dan diberi ganjalan pada kaki, serta mandi dengan air hangat sebelum tidur yang akan menjadikan ibu lebih santai dan mengantuk. (Hutari, 2012)

(7) Kram otot betis

Bisa disebabkan karena kebutuhan kalsium yang kurang atau perubahan

sirkulasi darah, tekanan pada syaraf di kaki. Perbanyak makan yang mengandung kalsium, menaikkan kaki ke atas saat tidur, masase dan menarik jari-jari ke atas, kompres hangat dan jangan sembarangan menggunakan obat tanpa seijin dokter.

(Hutari, 2012)

12) Kunjungan Ulang

Kunjungan ulang adalah setiap kunjungan yang dilakukan setelah kunjungan antenatal pertama. Jadwal kunjungan sebaiknya dilakukan setiap 4 minggu sebelum UK mencapai 28 minggu, setiap 2 minggu pada UK 28-36 minggu dan setiap 1 minggu pada UK lebih dari 36 minggu. Kunjungan ulang bertujuan mendeteksi komplikasi dan mempersiapkan kelahiran serta kegawatdaruratan. Isi dari kunjungan ulang sendiri adalah:

- (1) Riwayat kehamilan sekarang: gerakan janin, tanda bahaya, keluhan ibu dalam kehamilan, kekhawatiran ibu

(2) Pemeriksaan fisik: BB, TD, ekstremitas, TFU(setelah 12 minggu dengan palpasi dan setelah 22 minggu dengan pita ukur), Leopold untuk mendeteksi kelainan letak, DJJ setelah 18 minggu

(3) Pemeriksaan laboratorium: protein urine, HB, golongan darah, dan glukosa urin

(4) Pemeriksaan panggul
Dilakukan pemeriksaan pelvimetri klinis pada akhir TM III jika panggul perlu dievaluasi kembali

8. Tanda Bahaya Kehamilan

(a). Perdarahan Pervagina

Pada TM II dan III bisa terjadi perdarahan pervaginam baik nyeri atau tidak, hal ini berkemungkinan terjadi plasenta previa atau solusio plasenta.

(b). Sakit Kepala Hebat

Sakit kepala hebat, menetap, tidak hilang setelah istirahat, dan dapat pula disertai pandangan kabur atau berbayang dapat mengarah pada gejala preeklamsi.

(c). Pandangan Kabur

Ibu hamil perlu waspada dan dianjurkan melakukan kunjungan antenatal apabila terjadi perubahan visual mendadak seperti pandangan kabur atau berbayang.

(d). Nyeri Abdomen Hebat

Nyeri abdomen hebat, menetap, dan tidak hilang setelah beristirahat, hal ini menunjukkan kemungkinan ibu mengalami appendiksitis, KET, abortus, radang panggul, persalina preterm, gastritis, infeksi saluran kemih, dll.

(e). Bengkak pada Muka atau Tangan

Bengkak yang timbul pada muka dan tangan dapat menunjukkan bahwa ibu mengalami masalah serius apabila tidak hilang setelah beristirahat dan disertai keluhan fisik lain. Hal ini merupakan pertanda ibu menderita anemia, gagal jantung, atau preeklamsia.

(f). Bayi Kurang Gerak Seperti Biasan

Ibu mulai merasakan gerakan bayinya pada bulan ke-5 atau ke-6. Bayi bergerak minimal 3 kali dalam periode waktu 3 jam. Gerakan bayi akan mudah tersa saat ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik. (Astuti, 2012)

9. Asuhan Kebidanan pada Kehamilan

Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Prawirohardjo, 2010).

Melakukan palpasi abdomen (uterus)

a). Leopold I

- 1) Menghitung usia kehamilan dengan mengukur tfu
- 2). Menentukan bagian tubuh janin yang berada di fundus uteri

b). Leopold II

- 1). Menentukan situs janin (letak membujur, letak melintang atau letak sungsang)
- 2). Menentukan letak punggung janin (kanan / kiri) serta bagian kecil janin

c). Leopold III

- 1). Menentukan bagian tubuh janin yang berada dibawah
- 2). Menentukan apakah bagian tersebut sudah masuk PAP

c). Leopold IV

- 1). Dilakukan bila hasil leopold III sudah masuk PAP
- 2). Menentukan seberapa dalam masuknya bagian tersebut kedalam PAP

Ada 6 alasan penting untuk mendapatkan asuhan antenatal, yaitu:

- a. Membangun rasa saling percaya antara klien dan petugas kesehatan.
- b. Mengupayakan terwujudnya kondisi terbaik bagi ibu dan bayi yang dikandungnya.
- c. Memperoleh informasi dasar tentang kesehatan ibu dan bayi yang di kandunginya.
- d. Mengidentifikasi dan menatalaksanakan kehamilan risiko tinggi.
- e. Memberikan pendidikan kesehatan yang yang diperlukan dalam menjaga kualitas kehamilan dan merawat bayi.

- f. Menghindarkan gangguan kesehatan selama kehamilan yang akan membahayakan keselamatan ibu hamil dan bayi yang dikandungnya (Prawirohardjo, 2010)



2.1.2 KONSEP DASAR PERSALINAN

1. Pengertian

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan disusul dengan pelepasan dan pengeluaran plasenta serta selaput janin dari tubuh ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah kehamilan 3 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Proses persalinan dimulai dengan kontraksi uterus yang teratur dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. (Intan,2015)

Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologis yang normal dalam kehidupan. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu, lahir dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Saifuddin, 2011).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan. Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan

sejati, yang ditandai dengan pembukaan serviks secara progresif dan berakhir dengan kelahiran plasenta (Sulistiyawati, dkk)

Berdasarkan proses berlangsungnya persalinan dibedakan sebagai berikut:

a) Persalinan Spontan

Persalinan dikaitkan spontan yaitu jika persalinan berlangsung dengan kekuatan ibunya sendiri dan melalui jalan lahir.

b) Persalinan buatan

Persalinan buatan yaitu proses persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar misalnya ekstraksi dengan forceps atau dilakukan operasi section caesarea.

c) Persalinan anjuran

Persalinan anjuran yaitu bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan rangsangan misalnya pitocin dan prostaglandin (Sarwono, 2012).

2. Teori-Teori Penyebab Persalinan

- a) Teori penurunan hormon 1-2 minggu sebelum partus mulai mengalami penurunan kadar hormon ekstrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesterone turun.

b) Teori plasenta menjadi tua

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

c) Teori distensi rahim

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

d) Teori iritasi mekanik

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

e) Teori oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior. Perubahan keseimbangan ekstrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*. Menurunnya kontraksi progesterone karena matangnya usia kehamilan oksitosin meningkatkan aktifitasnya dalam merangsang otot rahim untuk berkontraksi, dan persalinan dimulai.

f) Teori Hipotalamus-Pituitari dan Glandula Suprarenalis

Glandula suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan, teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan

bayi anensefalus (tulang tengkorak dan tulang otak tidak terbentuk) sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuknya hipotalamus.

g) Teori prostaglandin

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

3. Tanda-tanda inpartu

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

- a) Rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur
- b) Keluar ledir bercampur darah (show) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada servik.
- c) Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya.
- d) Pemeriksaan dalam : servik mendatar dan pembukaan telah ada.

4. Proses Persalinan

a). Tahapan persalinan

1) Persalinan kala I

Dikatakan dalam tahap persalinan kala 1, jika sudah terjadi pembukaan serviks dan kontraksi terjadi teratur minimal 2 kali dalam 10 menit selama 40 detik. Kala 1 adalah kala pembukaan yang berlangsung antara

pembukaan 0-10 cm atau sampai dengan pembukaan lengkap (Ari & Esti,2010).

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

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

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

Fase aktif di bagi menjadi 3 fase yaitu:

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

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

(c). Fase deselerasi : pembukaan menjadi lambat 9 cm menjadi 10 cm, berlangsung 2 jam (Sumarah,2008).

Berdasarkan kurve Friedman, ditemukan perbedaan antara primigravida dan multigravida, yaitu:

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

sehingga serviks akan mendatar dan menipis. Baru kemudian OUE (Ostium Uteri Eksternum) membuka.

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

2) Kala II (pengeluaran bayi)

Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida (Saifuddin, 2008). Diagnosis kala II ditegakan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm. Gejala utama kala II adalah sebagai berikut:

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

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

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

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

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

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

(1) Pegang kepala pada tulang oksiput dan bagian bawah dagu, kemudian ditarik curam kebawah untuk melahirkan bahu depan, dan curam atas untuk melahirkan bahu belakang.

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

(3) Bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban.

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

3) Kala III (Pelepasan Plasenta)

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

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

Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara *crede* pada fundus uterus

Sebab-sebab Terlepasnya Plasenta

- (a) Saat bayi dilahirkan, rahim sangat mengecil dan setelah bayi lahir uterus merupakan organ dengan dinding yang tebal dengan rongganya hampir tidak ada. Posisi fundus uterus turun sedikit dibawah pusat, karena terjadi pengecilan uterus, maka tempat perlekatan plasenta juga sangat mengecil. Plasenta harus mengikuti proses pengecilan ini hingga tebalnya menjadi dua kali

lipat dari pada permulaan persalinan, dan karena pengecilan tempat perlekatannya maka plasenta menjadi berlipat-lipat pada bagian yang terlepas dari dinding rahim karena tidak dapat mengikuti pengecilan dari dasarnya. Jadi faktor yang paling penting dalam pelepasan plasenta ialah retraksi dan kontraksi uterus setelah anak lahir.

(b) Di tempat pelepasan plasenta yaitu antara plasenta dan desidua basalis terjadi perdarahan, karena hematoma ini membesar maka seolah-olah plasenta terangkat dari dasarnya oleh hematoma tersebut sehingga daerah pelepasan meluas.

4). KALA IV

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

- (a) Tingkat kesadaran pasien
- (b) Pemeriksaan TTV : tekanan darah, nadi dan pernapasan.
- (c) Kontraksi uterus.

- (d) Terjadinya perdarahan (normal jika perdarahannya tidak melebihi 500cc)

5. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

a) *Passage* (jalan lahir)

Jalan lahir merupakan komponen yang sangat penting dalam proses persalinan yang terdiri dari jalan lahir tulang dan jalan lahir lunak. Proses persalinan merupakan proses mekanisme yang melibatkan 3 faktor, yaitu jalan lahir, kekuatan yang mendorong dan akhirnya janin yang di dorong dalam satu mekanisme terpadu. Jalan lunak pada keadaan tertentu tidak akan membahayakan janin dan sangat menentukan proses persalinan (Manuaba,2010).

1) PBB (PINTU BAWAH PANGGUL)

(a) Diameter panggul

(b) Terbentuk dari dua segitiga dengan alas yang sama, yaitu diameter tuber ischiadikum.

(c) Belakang pada ujung os sacrum, sedangkan ujung segitiga depan arkus pubis.

(d) Diameter antero-posterior : ukuran dari tepi bawah simfisis ke ujung sacrum 11,5 cm.

(e) Diameter transversa : jarak antara tuber ischiadikum kanan dan kiri 10,5 cm.

(f) Diameter sagitalis posterior : ukuran dari ujung sacrum ke pertengahan ukuran transversa 7,5 cm.

(g) Inklinatio pelvis (kemiringan panggul) adalah sudut yang terbentuk antara bidang semu PAP (Pintu Atas Panggul) dengan garis lurus tanah sebesar 55-60°.

2) Jenis panggul

Pada panggul ukuran normal apapun jenis pokoknya, kelahiran pervaginam janin dengan berat badan yang normal tidak akan mengalami kesulitan dalam kelahiran. Karena pengaruh gizi, lingkungan atau hal – hal lain, ukuran – ukuran panggul dapat menjadi lebih kecil dari pada standart normal sehingga bisa terjadi kesulitan dalam persalinan pervaginam. Panggul yang sempit membuat kala II menjadi lama karena di perlukan waktu untuk turunnya kepala dan untuk moulage. Terutama kelainan pada panggul *android* dengan pintu atas panggul yang berbentuk segitiga berhubungan dengan penyempitan di depan dengan spina iskiadika menonjol kedalam dan dengan arkus pubis menyempit. Salah satu jenis panggul ini menimbulkan distosia yang sukar diatasi (Wiknjosastro, 2008).

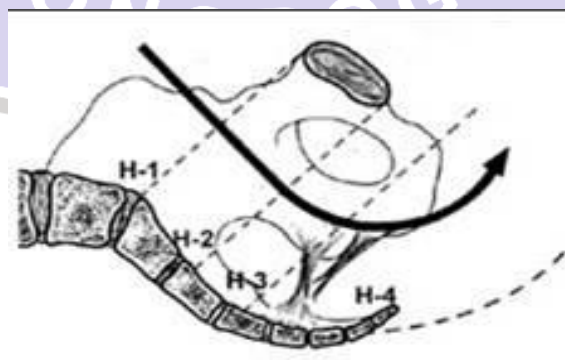
(a) CPD (Cephalopelvic disproportion)

Cephalopelvic disproportion adalah adanya partus macet yang disebabkan oleh ketidak sesuaian antara ukuran kepala janin dengan panggul ibu sehingga persalinan pervaginam tidak bisa berlangsung. Saat ini sudah jarang, sebagian besar *disproporsi* berasal dari malposisi kepala janin dalam panggul atau gangguan kontraksi uterus (Hidayat, 2009).

(b) Kelainan jalan lahir lunak

Jalan lahir lunak dapat menghalangi lancarnya persalinan. Tidak jarang distosia disebabkan adanya kelainan dari jaringan lunak urogenital. Keadaan yang sering dijumpai adalah distosia yang disebabkan oleh tumor ovarium yang mengisi jalan lahir. (Mochtar, 2010)

Gambar 2.13 Bidang Hodge









Sumber : Fitriani, 2016

Adapun bidang – bidang Hodge yaitu :

- (a) Hodge I yaitu bidang yang dibentuk pada lingkaran pintu atas (PAP) dengan bagian atas symphysis dan promontorium.
- (b) Hodge II yaitu sejajar dengan hodge I, terletak setinggi bagian bawah symphysis.
- (c) Hodge III yaitu sejajar dengan dengan hodge I dan II, terletak setinggi spina ischiadica kanan dan kiri
- (d) Hodge IV yaitu sejajar dengan hodge I, II, III terletak setinggi os coccygis.

Tabel. 2.4 Penurunan Kepala

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

Sumber : Fitriani, 2016

b) *Passanger* (janin)

1) Janin besar

Dikatakan bayi besar adalah bayi memiliki berat badan melebihi 10 pound (4,536 gram) pada saat lahir, karena ukuran yang besar sangat menyulitkan kelahiran. Implikasi makrosomia bagi ibu melibatkan distensi uterus, yang menyebabkan peregangan yang berlebihan pada serat-serat uterus, menyebabkan disfungsi persalinan, kemungkinan ruptur uterus, dan peningkatan insiden perdarahan post partum. Persalinan dapat menjadi lebih lama dan tindakan operasi pada saat melahirkan menjadi lebih memungkinkan.

Pada janin besar, faktor keturunan memegang peranan sangat penting dijumpai pada wanita hamil dengan diabetes militus, pada postmaturitas dan pada grandemultipara. Kesukaran yang ditimbulkan dalam persalinan adalah karena besarnya kepala atau kepala yang lebih keras tidak dapat memasuki pintu atas panggul, atau karena bahu yang lebar sulit melalui rongga panggul (Wiknjosastro, 2008).

Pada makrosomia (berat badan janin lahir \geq 4500gr) menyebabkan distosia bahu di mana terjadi kegagalan bahu untuk melipat ke dalam panggul disebabkan oleh fase aktif dan persalinan kala II yang pendek pada multipara sehingga penurunan kepala yang terlalu cepat menyebabkan bahu tidak melipat pada saat melalui jalan lahir (Saifuddin, 2008) .

2) Berat Badan Janin

(a) Berat Badan Janin Normal

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

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

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

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

(e) Pada janin yang mempunyai berat lebih dari 4000 gram memiliki kesukaran yang ditimbulkan

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

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

3) Kelainan letak, presentasi

(a) Presentasi dahi

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

dan hanya 15% berlangsung spontan (Wiknjosastro, 2008).

(b) Presentasi muka

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

c) *Power*

1) His (kontraksi uterus)

His adalah kontraksi uterus (*uterine contraction*) selama atau pada saat persalinan. His yang sempurna mempunyai kekuatan paling tinggi di fundus uteri pada kala II his menjadi lebih efektif, terkoordinasi, simetris dengan fundal dominan, kuat dan lebih lama 60-90 detik. Pada akhir kala I atau kala II, jumlah kontraksi adalah 3-4 kali tiap 10 menit (2-3 menit sekali) dengan intensitas 50-60 mmHg (Siswosudarmo,2008).

Sifat-sifat his yang baik adalah :

- (a) Teratur.
- (b) Makin lama makin sering, intensitas makin kuat, durasi makin lama.
- (c) Ada dominansi fundus.
- (d) Menghasilkan pembukaan dan atau penurunan kepala.

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

(Wiknjosastro, 2008) .Secara teoritis kelainan his dibagi menjadi :

(1) Inersia uteri primer

Adalah kontraksi uterus lebih lama, singkat dan jarang dari pada biasa. Keadaan penderita biasanya baik dan rasa nyeri tidak seberapa. Selama ketuban masih utuh umumnya tidak banyak bahaya, baik bagi ibu maupun bagi janin, kecuali jika persalinan berlangsung terlalu lama, hal ini meningkatkan morbiditas dan mortalitas janin.

(2) Inersia uteri sekunder

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

(3) Incoordinate *uterine action*

Adalah his berubah, tonus otot uterus meningkat di luar his dan kontraksinya tidak berlangsung seperti biasa karena tidak

adanya sinkronasi antara kontraksi bagian-bagiannya. Tidak adanya koordinasi antara kontraksi bagian atas, tengah dan bawah menyebabkan his tidak efisien dalam mengadakan pembukaan. Kadang-kadang persalinan lama dengan ketuban yang sudah lama pecah, menyebabkan penyempitan kavum uteri yaitu pada lingkaran kontraksi. Dapat diketahui dengan pemeriksaan dalam dan pembukaan yang sudah lengkap. Menyebabkan persalinan tidak maju karena distosia servikalis. Pada primigravida kala I. menjadi lebih lama, menyebabkan terjadinya lingkaran kekejangan yang mengakibatkan persalinan tidak maju.

6. Faktor Resiko Penyulit Persalinan

a) Umur Ibu

Dalam kurun reproduksi sehat dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun.

Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia di bawah 20 tahun ternyata 2-5 kali lebih tinggi dari pada kematian maternal yang terjadi pada usia 20-29 tahun.

Kematain maternal meningkat kembali sesudah usia 30-35 tahun (Wiknjosastro, 2008).

Di bawah 16 tahun atau diatas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia dibawah 16 tahun insiden preeclampsia sedangkan usia diatas 35 tahun meningkatkan insiden hipertensi kronis dan persalinan yang lama pada multiipara (Varney, 2008).

b) Paritas

Adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi yang dapat hidup (Wiknjosastro, 2008).

Paritas mempengaruhi durasi persalinan dan insiden komplikasi. Pada multipara dominasi fundus uteri lebih besar dengan kontraksi uterus lebih besar dengan kontraksi lebih kuat dan dasar panggul yang lebih rileks sehingga bayi lebih mudah melalui jalan lahir dan mengurangi lama persalinan. Namun pada grand multipara, semakin semakin banyak jumlah janin, persalinan secara progresif lebih lama. Hal ini diduga akibat kelelahan pada otot-otot uterus . Semakin tinggi paritas insiden plasenta previa, perdarahan, mortalitas ibu dan mortalitas perinatal juga meningkat (Varney, 2008).

Menurut (Manuaba,2010) istilah-istilah yang berkaitan dengan kehamilan dan persalinan adalah :

1) Primipara

Adalah seorang wanita yang telah pernah melahirkan bayi aterm sebanyak satu kali.

2) Multipara (*pleuripara*)

Adalah wanita yang telah melahirkan anak hidup beberapa kali, dimana persalinan tersebut tidak lebih dari lima kali. Multipara adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi yang *viable* untuk beberapa kali (Wiknjosastro, 2008)

3) Grandemultipara

Adalah wanita yang telah melahirkan janin aterm lebih dari lima kali.

4) Nulipara

Adalah seorang wanita yang belum pernah melahirkan dengan usia kehamilan lebih dari 28 minggu / belum pernah melahirkan janin yang mampu hidup di luar rahim

7. **Penolong persalinan**

Peran petugas kesehatan adalah memantau dengan seksama dan memberikan dukungan serta kenyamanan pada ibu, baik segi emosi atau perasaan maupun fisik (Saifuddin, 2008). Salah satu faktor yang sangat mempengaruhi terjadinya kematian ibu adalah kemampuan dan keterampilan penolong persalinan. Penolong persalinan dalam hal ini

adalah bidan. Jenis asuhan yang akan diberikan dapat disesuaikan dengan kondisi dan tempat persalinan sepanjang dapat memenuhi kebutuhan spesifik.

Pada kasus yang ditangani oleh dukun atau tenaga paramedis yang tidak kompeten, sering kali penderita disuruh mengejan walaupun pembukaan belum lengkap. Akibatnya serviks menjadi edema dan menghambat pembukaan lebih lanjut, ibu mengalami kelelahan sehingga persalinan berlangsung lama. Pada kala II ibu sudah tidak dapat mengejan menyebabkan kala II tidak maju atau kala II lama. Batas waktu kala II pada nulipara adalah 2 jam (3 jam pada kasus dengan anestesi regional) dan multipara adalah 1 jam (2 jam pada kasus dengan anestesi regional) (Siswosudarmo, 2008).

8. Posisi

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

a) Posisi duduk atau setengah duduk

Posisi ini dapat memberikan rasa nyaman bagi ibu dan memberi kemudahan bagi ibu untuk beristirahat diantara kontraksi. Keuntungan dari kedua posisi ini adalah gaya gravitasi untuk membantu ibu melahirkan bayinya.

b) Jongkok atau berdiri

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

c) Posisi merangkak

Posisi merangkak sering kali membantu ibu mengurangi rasa nyeri punggung saat persalinan. Posisi berbaring miring kiri memudahkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi jika mengalami kelelahan dan juga dapat mengurangi resiko laserasi perineum.

d) Posisi terlentang

Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya (janin, cairan ketuban, plasenta, dan lain-lain) menekan vena cava inferior ibu. Hal ini akan mengurangi pasokan oksigen melalui sirkulasi *uteroplasenter* sehingga akan menyebabkan hipoksia pada janin. Berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif.

9. Psikis ibu

Kecemasan, kelelahan, kehabisan tenaga, dan kekawatiran ibu, seluruhnya menyatu sehingga dapat memperberat nyeri fisik yang sudah ada. Kecemasan ibu meningkat semakin berat, sehingga terjadinya siklus nyeri-stres-nyeri dan seterusnya sehingga akhirnya ibu yang bersalin tidak mampu lagi bertahan. Kejadian seperti ini menyebabkan makin lamanya proses persalinan sehingga janin dapat mengalami kegawatan (*fetalditress*) (Yanti, 2010). Pada kala II sering disebut *prolonged*

second stage / pembukaan lengkap ibu ingin mendedan tapi tidak ada kemajuan penurunan (Yanti, 2010).

10. Lama persalinan

Lama persalinan kala I dan kala II adalah sekitar 9 jam pada nulipara tanpa analgesia regional, dan pada multipara adalah sekitar 6 jam. Mereka mendefinisikan awal persalinan sebagai waktu saat wanita mengalami kontraksi teratur yang nyeri 3 sampai 5 menit dan menyebabkan pembukaan serviks. Pembukaan serviks saat wanita dirawat tidak disebutkan. Paritas dan pembukaan serviks saat dirawat merupakan penentu yang penting terhadap lama persalinan (Cunningham, 2008).

Median durasi kala II adalah 50 menit pada nulipara dan 20 menit pada multipara, tetapi hal ini dapat sangat bervariasi. Pada seorang wanita yang mempunyai paritas lebih tinggi dengan vagina dan perineum yang lemas, untuk menyelesaikan kelahiran bayi cukup membutuhkan dua atau tiga daya dorong setelah pembukaan servik lengkap. Kala II Persalinan (Kala Pengeluaran Janin) Tahap ini berawal saat pembukaan serviks telah lengkap dan berakhir dengan keluarnya janin. Median durasinya adalah 50 menit untuk nulipara dan 20 menit untuk multipara. Pada wanita dengan paritas tinggi yang vagina dan perineumnya sudah melebar, dua atau tiga kali usaha mengejan setelah pembukaan lengkap mungkin cukup untuk

mengeluarkan janin. Sebaliknya pada seorang wanita dengan panggul sempit atau janin besar atau dengan kelainan gaya ekspulsif akibat anestesia regional maka kala II dapat sangat memanjang.

Gejala utama kala II (JNPK-KR, 2008) adalah :

- a) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- b) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum atau vagina.
- c) Perineum menonjol.
- d) Vulva vagina dan sfingter ani membuka.
- e) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

Tanda pasti kala II ditentukan melalui pemeriksaan dalam (informasi obyektif) yang hasilnya :

- a) Pembukaan serviks telah lengkap.
- b) Terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina.

Cara membimbing ibu untuk meneran, antara lain :

- a) Menganjurkan ibu untuk mendapat posisi nyaman (berbaring miring atau jalan-jalan).
- b) Mengajarkan ibu untuk cara bernafas saat ada kontraksi.
- c) Memberitahu ibu untuk menahan diri untuk meneran bila pembukaan belum lengkap.

- d) Membimbing ibu meneran secara efektif dan benar mengikuti dorongan alamiah yang terjadi selama kontraksi.
- e) Menanjurkan ibu beristirahat di antara kontraksi dan menawarkan minum pada ibu.
- f) Meminta ibu untuk tidak mengangkat bokong saat meneran.

Kala II memanjang (*prolonged expulsive phase*)

Upaya mengedan ibu menambah risiko pada bayi karena mengurangi jumlah oksigen ke plasenta. Dianjurkan secara spontan, mengedan (menahan nafas terlalu lama tidak dianjurkan).

- a) Jika malpresentasi dan tanda obstruksi bisa disingkarkan, berikan oksitosin drip.
- b) Jika pemberian oksitosin drip tidak ada dalam kemajuan dalam 1 jam, lahirkan dengan bantuan vacuum atau forcep bila persyaratan dipenuhi.
- c) Lahirkan dengan seksio sesarea bila persyaratan vacuum dan forcep tidak terpenuhi (Saifuddin, 2008).

Efek pada ibu :

- a) Sistem tekanan tertutup da menyebabkanlam rongga dada, aliran darah menurun, curah jantung menurun,

tekanan darah menurun, dan aliran darah ke plasenta menurun.

- b) Tahanan pembuluh darah kapiler meningkat (kepala dan wajah, lengan dan kaki) menyebabkan wajah memerah.
- c) Kadar O₂ ibu menurun dan kadar CO₂ meningkat sehingga ibu mengalami kehabisan nafas, tekanan darah meningkat, pecahnya pembuluh-pembuluh kapiler di wajah, leher dan mata (*petechial hemorrhages*).

Efek pada bayi :

Kandungan O₂ dalam darah arteri menurun dan aliran darah ke jantung menurun, O₂ yang tersedia untuk janin menurun menyebabkan hipoksia janin (Yuningsih, 2009).

11. Pengaruh Berat Badan Janin dengan Lama Kala II Berdasarkan Paritas

Janin cukup bulan yang lama kandungannya 40 pekan mempunyai panjang 48-50 cm dan berat badan 2750-3000 gram. Anak yang lebih berat dari 4000 gram menimbulkan kesukaran dalam persalinan di sebabkan karena besarnya kepala atau besarnya bahu. Pada janin besar dapat menyebabkan distosia pada proses persalinan yang ditandai dengan kelambatan atau tidak adanya kemajuan proses persalinan, terjadi dalam kala I dan kala II. Keadaan ini menyebabkan persalinan menjadi lama, infeksi intrapartum, ruptur uteri dan perlukaan jalan (Saifuddin,2008).

12. fisiologis pada persalinan

a) Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolis rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu diantara kontraksi, tekanan darah kembali meningkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi ibu dari terlentang ke posisi miring dapat merubah tekanan darah. Rasa nyeri, takut dan kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah semakin tinggi.

b) Detak jantung

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

c) Jantung

Pada setiap kontraksi 400 mili darah dikeluarkan dari uterus dan masuk kedalam sistem vascular ibu. Hal ini menyebabkan peningkatan curah jantung sebesar 10-15%.

d) Perubahan hematologi

Hemoglobin meningkat rata-rata 1,2 mg/100 mL selama proses persalinan dan kembali ke kadar sebelum pada hari pertama pascapartum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal. Koagulasi darah akan berkurang kemungkinan disebabkan karena peningkatan kontraksi uterus dan otot-otot tubuh.

e) Perubahan pada saluran pencernaan

Motilitasi lambung dan penyerapan makanan padat secara substansional akan berkurang selama persalinan, maka seluruh cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Rasa mual dan muntah biasa terjadi sampai berakhirnya kala I persalinan.

f) Suhu Tubuh

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

g) Sistem Pernapasan

Oleh karena terjadi peningkatan metabolisme, maka terjadi sedikit peningkatan laju pernapasan yang dianggap normal, hiperventilasi yang lama dianggap tidak normal dan bisa menyebabkan alkalosis.

h) Sistem perkemihan

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

i) Perubahan endokrin

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

j) Perubahan integument

Adaptasi sistem integument khususnya distensibilitas yang besar pada introitus vagina yang terbuka. Derajat distensibilitas bervariasi pada ibu yang melahirkan. Walaupun tanpa laserasi, robekan kecil pada sekitar introitus vagina mungkin terjadi.

k) Perubahan Muskulokeletal

Perubahan metabolisme dapat mengubah keseimbangan asam basa, cairan tubuh, dan darah sehingga menambah terjadinya kram pada kaki. Sistem muskuloskeletal mengalami stress selama persalinan (Rohani.2011).

13. Pencegahan infeksi

a) Definisi

Dekontaminasi adalah tindakan yang dilakukan untuk dilakukan untuk memastikan bahwa petugas kesehatan dapat menangani secara aman berbagai benda yang terkontaminasi darah dan cairan tubuh. Sterilisasi adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme (bakteri, benda, parasit dan virus) termasuk endospora bakteri dari benda-benda mati atau instrument.

b) Prinsip-prinsip pencegahan infeksi yang efektif berdasarkan:

- 1) Setiap orang (ibu, bayi baru lahir, penolong persalinan) harus dianggap bersifat simtomatik (tanda gejala)
- 2) Setiap orang harus beresiko terkena infeksi

3) Permukaan benda sekitar kita, peralatan dan benda-benda lainnya yang akan dan telah bersentuhan dengan permukaan kulit yang tak utuh, lecet selaput mukosa atau darah dianggap harus dianggap terkontaminasi hingga setelah digunakan harus diproses secara benar.

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

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

c) Tindakan-Tindakan Pencegahan Infeksi

1) Cuci Tangan

2) Memakai sarung tangan

3) Memakai perlengkapan pelindung

4) Menggunakan aseptis atau teknik aseptik

5) Memproses alat bekas pakai

6) Menangani peralatan tajam dengan aman

7) Menjaga kebersihan dan kerapian lingkungan serta pembuangan sampah secara teratur.

d) Pengendalian infeksi

- 1) Mencuci tangan
- 2) Perlindungan mata
- 3) Menggunakan masker
- 4) Memakai sarung tangan steril

14. Partograf

Partograf dipakai untuk memantau kemajuan persalinan dan membantu petugas kesehatan dalam menentukan keputusan dalam penatalaksanaan. Penerapan partograf ditunjukkan pada kehamilan normal yang direncanakan untuk persalinan pervaginam. Dengan memperhatikan garis waspada dan garis bertindak sebagai titik tolak evaluasi pertolongan persalinan (Manuaba,2010).

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

a) Denyut jantung janin

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

b) Air ketuban

Catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina. Tanda U selaput utuh, J selaput pecah dan air ketuban jernih, M air ketuban bercampur mekonium, D air ketuban bernoda darah

(Saifudin, 2009) dan K bila air ketuban minimal atau kering (Manuaba,2010).

c) Molasem (Penyusupan tulang kepala janin

Penyusupan adalah indicator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri terhadap bagian keras (tulang) panggul ibu.

Catat temuan yang ada dikotak yang sesuai dibawah lajur air ketuban dengan menggunakan lambing-lambang sebagai berikut:

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

1 : Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan

2 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan

3 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindah dan tidak dapat dipisahkan (Saifudin,2010)

d) Pembukaan mulut rahim

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

e) Penurunan again terbawah jain. Dibagi menjadi 5 kategori dengan symbol 5/5 sampai 0/5 . symbol 5/5 menyatakan bahwa bagian kepala janin belum memasuki tepi atas simpisis pubis, sedangkan symbol 0/5 menyatakan bahwa kepala janin sudah

tidak dapat lagi dipalpasi diatas simpisis pubis, beri tanda o yang sesuai pada garis (saifuddin,2010).

f) Jam dan waktu

Dijelaskna bahwa dibawah bagian partograf tertera kotak-kotak dibawah angka 1-16. Setiap kotak menyatakan waktu satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan.

g) Kontraksi uterus

Catat setiap setengah jam, lakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya masing-masing kontraksi dalam hitungan detik. Nyatakan lamanya kontraksi dengan:

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

h) Oksitosin

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

i) Obat-obatan lain an cairan

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

j) Nadi, tekanan darah, temperature

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

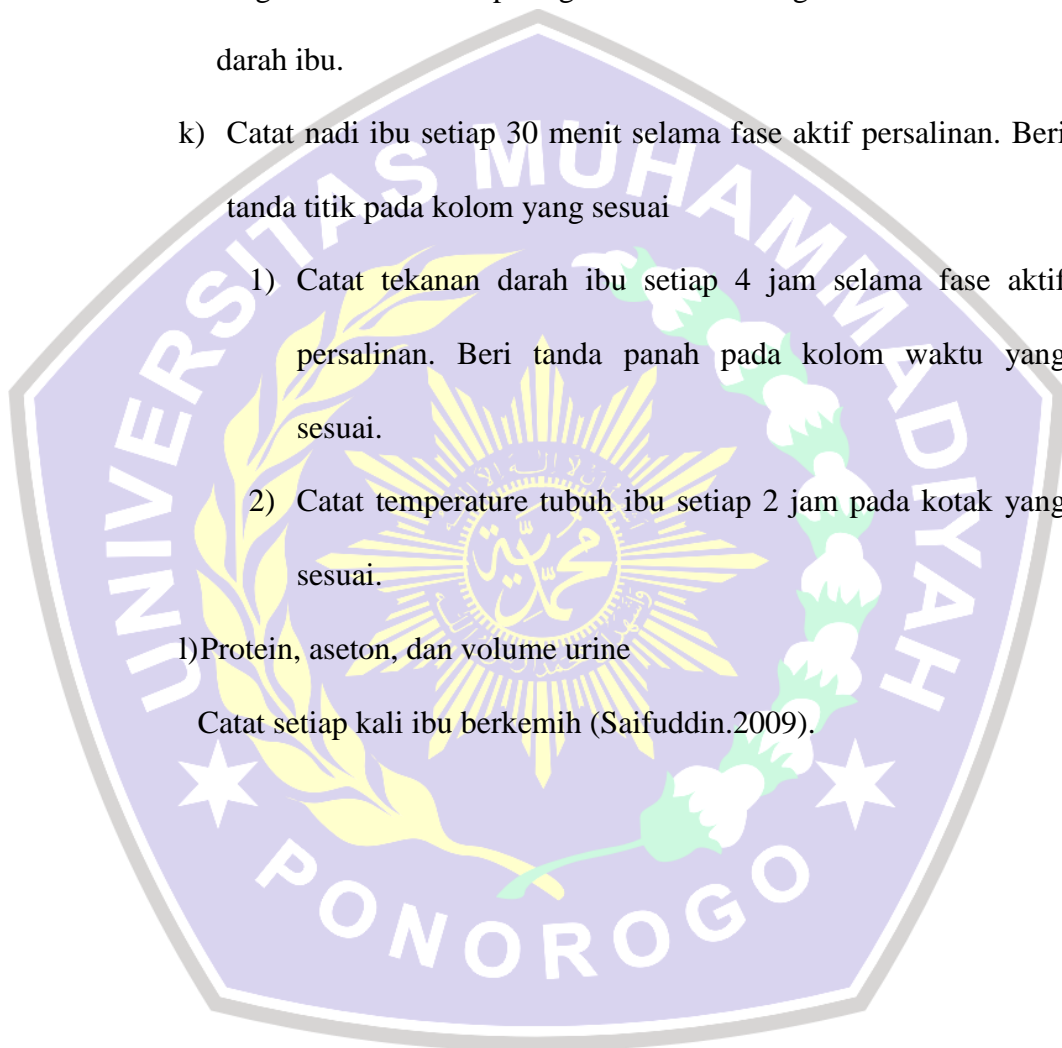
k) Catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan. Beri tanda titik pada kolom yang sesuai

1) Catat tekanan darah ibu setiap 4 jam selama fase aktif persalinan. Beri tanda panah pada kolom waktu yang sesuai.

2) Catat temperature tubuh ibu setiap 2 jam pada kotak yang sesuai.

l)Protein, aseton, dan volume urine

Catat setiap kali ibu berkemih (Saifuddin.2009).



2.1.3 Konsep dasar NIFAS

1. Definisi masa nifas

Masa nifas atau Puerperium adalah masa pemulihan kembali, dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai 42 hari dimana pada masa itu terjadi pemulihan keadaan alat kandungan seperti pada saat sebelum terjadi kehamilan (Prawiroharjo, 2014).

Masa nifas atau puerperium dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas kira-kira berlangsung selama 6 minggu (Saifuddin, 2009).

2. Periode Masa Nifas

Menurut Mochtar (2015), masa nifas dibagi menjadi 3 periode yaitu

- a) Puerperium dini, yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
- b) Puerperium intermedial, yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.
- c) Remote puerperium, adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila

selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi.

3. Proses Dari Masa Nifas

a). Pengecilan Rahim atau involusi

Rahim adalah organ tubuh yang spesifik dan unik karena dapat mengecil serta membesar dengan menambah atau mengurangi jumlah selnya. Bentuk otot rahim mirip jala berlapis 3 dengan serat-seratnya, yang melintang kanan, kiri dan transversal. Diantara otot-otot itu ada pembuluh darah yang mengalirkan darah ke plasenta. Setelah plasenta lepas, otot rahim akan berkontraksi atau mengerut, sehingga pembuluh darah terjepit dan perdarahan berhenti. Setelah bayi lahir, umumnya berat rahim menjadi sekitar 1000 gram dan dapat diraba kira-kira 2 jari dibawah umbilikus. Setelah 1 minggu kemudian beratnya berkurang jadi sekitar 500 gram. Sekitar 2 minggu beratnya 300 gram dan tidak dapat diraba lagi. Jadi, secara alamiah rahim akan kembali mengecil perlahan-lahan ke bentuk semula. Setelah 6 minggu beratnya sudah sekitar 40-60 gram. Pada saat ini dianggap bahwa masa nifas sudah selesai. Namun sebenarnya rahim akan kembali ke posisi yang

normal dengan berat 30 gram dalam waktu 3 bulan, ini bukan hanya rahim saja yang kembali normal, tapi juga kondisi tubuh ibu secara keseluruhan.

- b). Kekentalan Darah (hemokonsentrasi) kembali normal

Selama hamil darah ibu relatif encer, karena cairan darah ibu banyak, sementara sel darahnya berkurang. Bila dilakukan pemeriksaan kadar hemoglobin (hb) akan tampak sedikit menurun dari angka normal sebesar 11-12 gr%. Jika hemoglobinnya teralalu rendah. Setelah melahirkan, sistem sirkulasi darah ibu akan kembali seperti semula. Darah kembali mengental, dimana kadar perbandingan sel darah dan cairan darah kembali normal. Umumnya hal ini terjadi pada hari ke-3 sampai hari ke-5 pasca persalinan.

- c). Proses Laktasi dan Menyusui

Proses ini timbul setelah plasenta atau ari-ari lepas. Plasenta mengandung hormon penghambat prolaktin (hormon plasenta) yang menghambat pembentukan ASI. Setelah plasenta lepas, hormon-hormon plasenta itu tidak dihasilkan lagi, sehingga terjadi produksi ASI. ASI keluar 2-3 hari pasca melahirkan. Namun

hal yang luar biasa adalah sebelumnya di payudara sudah terbentuk kolostrum yang sangat baik untuk bayi, karena mengandung zat kaya gizi, dan anti bodi pembunuh kuman (Saleha, 2009)

4. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

a). Perubahan Sistem Reproduksi

Menurut Pitriani (2014) selama masa nifas, alat-alat interna maupun eksterna berangsur-angsur kembali keadaan sebelum hamil. Perubahan keseluruhan alat genitalia ini disebut involusi. Pada masa ini terjadi juga perubahan-perubahan yang terjadi antara lain sebagai berikut :

1) Uterus

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

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut :

(a). Iskemia Miometrium

Hal ini disebabkan oleh kintraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relatif anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.

(b). Atrofi Jaringan

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

(c). Autolysis

Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi didalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur hingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan lebarnya 5 kali lebar sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormon estrogen dan progesteron.

(d). Efek Oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan.

Tabel 2.5

Tinggi Fundus Uteri dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi

Involusi	Tinggi fundus uteri	Berat uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Plasenta lahir	2 jari bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat symphysis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba diatas symphysis	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar normal	30 gram

Sumber: Mochtar, 2015

2) Lochea

Akibat involusi uteri, lapisan luar desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan.

Percampuran antara darah dan desidua inilah yang dinamakan lochea. Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal.

Lochea memiliki bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita.

Pengeluaran lochea dapat dibagi menjadi lochea rubra, sanguilenta, serosa dan alba.

Perbedaan masing-masing lochea dapat dilihat sebagai berikut :



Tabel 2.6
Pengeluaran lochea

Lokia	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah
Sangui lenta	3-7 hari	Merah kecoklata n	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	7-14 hari	Kekuning an/kecokl atan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan laserasi plasenta
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati

Sumber: Pitriani dkk, 2014

3) Vagina dan Perineum

Selama proses persalinaan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan dua organ ini kembali dalam keadaan kendur. Rugae timbul kembali pada minggu ke tiga. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi karankulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama.

Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada akhir puerperium dengan latihan harian.

4) Serviks

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulai dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi lahir, tangan pemeriksa masih dapat dimasukkan 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk (Heryani, 2010).

b). Perubahan Sistem Pencernaan

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

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

1). Nafsu makan

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

2). Motilitas

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

Pengosongan Usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum, diare sebelum persalinan, enema sebelum

melahirkan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid ataupun laserasi jalan lahir. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu untuk kembali normal. Beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali teratur, antara lain :

- (a). Pemberian diet/makanan yang mengandung serat.
- (b). Pemberian cairan yang cukup.
- (c). Pengetahuan tentang pola eliminasi pasca melahirkan.
- (d). Pengetahuan tentang perawatan luka jalan lahir.
- (e). Bila usaha diatas tidak berhasil dapat dilakukan pemberian huknah atau obat yang lain.

c). Perubahan Sistem Perkemihan

Kadang-kadang puerperium mengalami sulit BAK karena spinter uretra ditekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulus spinter ani selama persalinan, juga oleh karena adanya edema kandung kemih yang terjadi selama persalinan. Kadang-kadang odema dari trigonium

menimbulkan obstruksi dari uretra sehingga terjadi retensio urine. Dilatasi ureter dan pyelum normal kembali dalam waktu 2 minggu. Urine biasanya berlebihan (poliurie) antara hari ke 2 dan ke 5, hal ini disebabkan karena kelebihan cairan sebagai akibat retensi air dalam kehamilan dan sekarang dikeluarkan (Saleha, 2009).

d). Perubahan Sistem Musculoskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah *partus*. Pembuluh-pembuluh darah yang berada diantara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan pendarahan setelah plasenta dilahirkan.

Ligament-ligament, diafragma pelvis, serta fascia yang meregang pada waktu persalihan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi karena ligamentum retundum menjadi kendur. Tidak jarang pula wanita mengeluh “kandungannya turun” setelah melahirkan karena ligament, fascia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi kendur.

Stabilitasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu pasca persalinaan (Saleha, 2009).

e). Perubahan Sistem Endokrin

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

Hormon-hormon yang berperan dalam proses ini yaitu :

(1). Oksitosin

Oksitosin disekresikan dari kelenjar otak bagian belakang. Selama tahap ketiga proses persalinaan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang ASI dan sekresi oksitosin. Hal tersebut dapat membantu uterus kembali ke bentuk normal.

(2). Prolaktin

Menurunnya kadar esterogen menimbulkan terangsangnya kelenjar *pituitary* bagian belakang untuk mengeluarkan

prolaktin, hormon ini berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu. Pada wanita yang menyusui bayinya, kadar prolaktin tetap tinggi dan pada wanita yang tidak menyusui bayinya tingkat sirkulasi prolaktin menurun dalam 14-21 hari setelah persalinan, sehingga merangsang kelenjar bawah depan otak yang mengontrol ovarium ke arah permulaan pola produksi esterogen dan progesteron yang normal, pertumbuhan folikel, ovulasi dan menstruasi.

(3). Esterogen dan Progesteron

Selama masa hamil volume darah normal meningkat walaupun mekanismenya secara penuh belum dimengerti. Diperkirakan bahwa tingkat esterogen yang tinggi memperbesar hormon *antidiuretik* yang meningkatkan volume darah. Disamping itu, progesteron memengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah. Hal ini sangat memengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena,

dasar panggul, perineum dan vulva serta vagina.

f). Perubahan Tanda-tanda Vital

(1) Suhu

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari $37,2^{\circ}\text{C}$. Setelah partus dapat naik kurang lebih $0,5^{\circ}\text{C}$ dari keadaan normal, namun tidak akan melebihi 8°C . Sesudah dua jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal. Jika suhu lebih dari 38°C , mungkin terjadi infeksi pada klien (Saleha, 2009).

(2) Nadi dan Pernafasan

Nadi berkisar antara 60-80 denyutan per menit setelah partus, dan dapat terjadi bradikardi. Bila terdapat takikardi dan suhu tubuh tidak panas mungkin ada perdarahan berlebihan atau ada vitium kordis pada penderita. Pada masa nifas umumnya denyut nadi labil dibandingkan dengan suhu tubuh, sedangkan pernafasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula.(Saleha,2009)

(3) Tekanan Darah

Pada beberapa kasus ditemukan keadaan hipertensi postpartum akan menghilang sendirinya apabila tidak terdapat penyakit-penyakit lain yang menyertai dalam ½ bulan tanpa pengobatan (Saleha, 2009). Bila tekanan darah menjadi rendah menunjukkan adanya perdarahan postpartum. Sebaliknya jika tekanan darah tinggi, merupakan petunjuk kemungkinan adanya preeklamsi yang bisa timbul pada masa nifas (Suherni, 2009).

g). Sistem Hematologi dan Kardiovaskular

Leukositosis adalah meningkatnya jumlah sel-sel darah putih sebanyak 15.000 selama masa persalinan. Leukosit akan tetap tinggi jumlahnya selama beberapa hari pertama masa post partum. Jumlah sel-sel darah putih tersebut masih bisa naik lebih tinggi hingga 25.000-30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama. Jumlah hemoglobin dan hematokrit serta eritrosit akan bervariasi pada awal masa nifas sebagai akibat dari volume darah,

volume plasma, volume sel darah yang berubah-ubah (Saleha, 2009).

h). Sistem Gastrotestinal

Kerap kali diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan namun asupan makanan juga akan mengalami penurunan selama satu atau dua hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika sebelum melahirkan diberikan enema. Rasa sakit di daerah perineum dapat menghalangi keinginan ke belakang (Walyani, 2015).

5. Kunjungan Masa Nifas

- a) Pertama : 6 jam – 3 hari setelah melahirkan.
- b) Kedua : hari ke 4 -28 hari setelah melahirkan.
- c) Ketiga : hari ke 29 – 42 hari setelah melahirkan.

6. Pelayanan kesehatan ibu nifas

- a) Menanyakan kondisi ibu nifas secara umum.
- b) Pengukuran tekanan darah, suhu tubuh, pernafasan, dan nadi.
- c) Pemeriksaan lochea dan perdarahan.
- d) Pemeriksaan kondisi jalan lahir dan tanda infeksi.

- e) Pemeriksaan kontraksi rahim dan tinggi fundus uteri.
- f) Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI Eksklusif.
- g) Pemberian kapsul Vit. A.
- h) Pelayanan Kontrsepsi Pasca Persalian
- i) Konseling.
- j) Tatalaksana pada ibu nifas sakit atau ibu nifas dengan komplikasi.
- k) Memberikan nasihat :
 - 1) Makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur, dan buah-buahan.
 - 2) Kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari.
 - 3) Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin.
 - 4) Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat.
 - 5) Bagi ibu yang melahirkan dengan cara operasi caesar maka harus menjaga kebersihan luka bekas operasi.

- 6) Cara menyusui yang benar dan hanya memberikan ASI saja selama 6 bulan.
- 7) Perawatan bayi yang benar.
- 8) Jangan membiarkan bayi menangis terlalu lama, karena akan membuat bayi stess.
- 9) Lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga.
- 10) Untuk berkonsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan. (Kemenkes RI, 2015)

7. Tanda-Tanda Bahaya Masa Nifas

- a). Perdarahan hebat atau peningkatan perdarahan secara tiba-tiba (melebihi haid biasa atau jika perdarahan tersebut membasahi lebih dari 2 pembalut saniter dalam waktu setengah jam).
- b). Pengeluaran cairan vaginal dengan bau busuk yang keras.
- c). Rasa nyeri pada perut bagian bawah atau punggung.
- d).Sakit kepala yang terus menerus, nyeri epigastric,atau masalah penglihatan.

- e). Pembengkakan pada wajah dan tangan deman, muntah, rasa sakit pada saat buang air seni, atau merasa tidak enak badan.
- f). Payudara yang memerah, panas, atau sakit.
- g). Kehilangan selera makan untuk waktu yang berkepanjangan.
- h). Rasa sakit, warna merah, kelembutan atau pembengkakan pada kaki.
- i). Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengurus dirinya sendiri dan bayinya.
- k). Merasa sangat letih atau bernafas terengah-engah (Pitriani, 2014)

8. Kebutuhan Dasar Pada Ibu Masa Nifas

a). Nutrisi dan cairan

Pada masa nifas masalah diet perlu mendapat perhatian yang serius, karena dengan mengkonsumsi nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat memengaruhi komposisi air susu. Diet yang diberikan harus bermutu, bergizi tinggi, cukup kalori, tinggi protein, dan banyak mengandung cairan (Saleha, 2009).

Ibu yang menyusui harus memenuhi kebutuhan akan nutrisinya sebagai berikut :

- 1) Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari
- 2) Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup.
- 3) Minum sedikitnya 3 liter setiap hari
- 4) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari post partum.
- 5) Minum kapsul vitamin A 200.000 unit agar dapat memberikan vitamin A pada bayinya melalui ASI (Saleha, 2009).



Tabel 2.7

Penambahan makanan pada wanita dewasa, hamil, dan menyusui

Zat makanan	Wanita dewasa tidak hamil (BB 47 kg)	Wanita hamil 20 minggu terakhir	Wanita menyusui
Kalori	3000 kalori	3000 kalori	800 kalori
Protein	47 gram	20 gram	40 gram
Calcium	0,6 gram	0,6 gram	0,6 gram
Ferrum	12 mg	5 mg	5 mg
Vitamin A	4000 iu	1000 iu	2000 iu
Thamin	0,7 mg	0,2 mg	0,5 mg
Riboflavin	1,1 mg	0,2 mg	0,5 mg
Niacin	12,2 mg	2 mg	5 mg
Vitamin C	60 mg	30 mg	30 mg

Sumber: Suherni.2009

b). Ambulasi

Ambulasi dini (*early ambulation*) adalah kebijaksanaan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu postpartum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan. *Early ambulation* tentu tidak dibenarkan pada ibu postpartum dengan penyulit seperti anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, demam dan sebagainya (Saleha, 2009).

Keuntungan ambulasi dini antara lain :

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

c). Eliminasi

- 1). Buang air kecil

Ibu diminta untuk buang air kecil (miksi) 6 jam postpartum. Apabila 8 jam postpartum ibu belum dapat berkemih atau sekali berkemih belum melebihi 100 cc, maka dilakukan katerisasi. Akan

tetapi, jika ternyata kandung kemih penuh, tidak perlu menungg 8 jam untuk kateringisasi (Saleha, 2009).

Sebab-sebab terjadinya kesulitan berkemih (*retensio urine*) pada ibu postpartum yaitu:

- (a). Berkurangnya tekanan intra abdominal.
- (b). Otot-otot perut masih lemah.
- (c). Edema dan uretra.
- (d). Dinding kandung kemih kurang sensitive (Saleha,2009:).

d). Buang air besar

Ibu postpartum diharapkan dapat buang air besar (defekasi) setelah hari kedua postpartum. Apabila pada hari ketiga ibu belum BAB, maka perlu diberi obat pencahar per oral atau per rektal. Jika setelah pemberian obat pencahar masih belum bisa BAB, maka dilakukan klisma (huknah) (Saleha, 2009).

e). Personal hygiene

Pada masa postpartum, seorang ibu rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu, kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan

lingkungan sangat penting untuk tetap dijaga (Saleha, 2009). Menyarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum menyentuh alat kelamin, anjurkan ibu untuk tidak sering menyentuh luka episiotomy dan laserasi. Pada ibu *post section caesaria* (SC), luka tetap dijaga agar tetap bersih dan kering, tiap hari diganti balutan (Saleha, 2009).

f). Istirahat

Ibu postpartum sangat membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya. Keluarga disarankan untuk memberikan kepada ibu untuk istirahat yang cukup sebagai persiapan untuk energi menyusui bayinya (Ambarwati, 2010). Kurang istirahat bagi ibu postpartum mengakibatkan beberapa kerugian misalnya :

- 1). Dapat mengurangi jumlah ASI
- 2). Dapat memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan
- 3). Menyebabkan depresi dan ketidaknyamanan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

Bidan harus menyampaikan kepada pasien dan keluarga bahwa untuk melakukan

kegiatan rumah tangga kembali harus dilakukan secara perlahan-lahan dan bertahap. Selain itu pasien juga harus diingatkan untuk selalu tidur siang atau beristirahat selagi bayinya tidur. Kebutuhan istirahat bagi ibu menyusui minimal 8 jam sehari, yang dapat dipenuhi melalui istirahat malam dan siang.

g). Seksual

Aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya dan agama yang melarang untuk melakukan hubungan seksual sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah kelahiran. Keputusan bergantung pada pasangan yang bersangkutan (Purwanti, 2009).

h). Latihan/Senam Nifas

Untuk mencapai hasil pemulihan otot yang maksimal, sebaiknya dilakukan latihan masa nifas seawal mungkin dengan catatan ibu menjalani persalinan dengan normal dan tidak ada penyakit postpartum.

Sebelum memulai bimbingan cara senam nifas, sebaiknya bidan mendiskusikan terlebih dahulu dengan pasien mengenai pentingnya otot perut dan panggul, akan mengurangi keluhan sakit punggung yang biasanya dialami oleh ibu nifas.

Contoh gerakan yang dapat dilakukan saat melakukan senam nifas antara lain :

- 1). Tidur terlentang, tangan disamping badan. Tekuk salah satu kaki, kemudian gerakkan keatas mendekati perut. Lakukan sebanyak 15 kali secara bergantian untuk kaki kanan dan kiri. Kemudian rileks selama 10 hitungan.
- 2). Berbaring terlentang, tangan diatas perut, kedua kaki ditekuk. Kerutkan otot bokong dan perut bersamaan dengan mengangkat kepala, mata memandang keperut selama 5 kali hitungan. Lakukan gerakan ini sebanyak 15 kali, rileks selama 10 hitungan.
- 3). Tidur terlentang, tangan disamping badan, angkat bokong sambil mengerutkan otot anus selama 5 hitungan. Lakukan gerakan ini sebanyak 15 kali. Rileks selama 10 hitungan.

4). Tidur terlentang, tangan disamping badan, angkat kaki kiri lurus keatas sambil menahan otot perut. Lakukan gerakan sebanyak 15 kali hitungan, bergantian dengan kaki kanan. Rileks selama 10 hitungan.

5). Tidur terlentang, letakkan kedua tangan dibawah kepala, kemudian bangun tanpa merubah posisi kedua kaki (kaki tetap lurus). Lakukan gerakan ini sebanyak 15 kali hitungan. Rileks selama 10 hitungan sambil menarik nafas panjang lewat hidung keluarkan lewat mulut.

Posisi badan nungging, perut dan paha membentuk sudut 90° . Gerakkan perut keatas sambil otot perut dan anus dikerutkan sekuat mungkin dan tahan selama 5 hitungan. Lakukan gerakan ini sebanyak 15 kali kemudian rileks selama 10 hitungan (Manuaba, 2010)

9. Hipertensi

1) Hipertensi adalah kondisi meningkatnya tekanan darah dimana biasanya tidak ada penyebab yang nyata, dengan nilai satuan mmHg keadaan normal sistolik 110-140 mmHg dan diastolik 70-90 mmHg. Hipertensi jika tekanan darah >140

mmHg dan sistolik >90 mmHg. (Marmi dkk. 2015)

2) Macam hipertensi menurut (Rukiyah, 2010)

- a) Hipertensi tanpa protein urin atau oedema
- b) Preeklamsi tanpa atau dengan protein urin dan oedema
- c) Hipertensi kronis
- d) Hipertensi sementara

3) Penyebab hipertensi menurut (Rukiyah,2010)

- a) Keturunan atau ginetik
- b) Obesitas
- c) Pola makanan yang salah
- d) Stress
- e) Wanita yang mengandung bayi kembar

4) Tanda dan Gejala

Gejala hipertensi ini bisa dialami semenjak hamil ibu mengeluh nyeri kepala saat terjaga, kadang-kadang disertai dengan mual, muntah, penglihatan kabur, dan bisa juga terjadi pembekakan (Rukiyah,2010)

5) Penatalaksanaan

- a) Informasi hasil kepada ibu dan keluarga

- b) Anjurkan ibu untuk memperbanyak asupan kalium
- c) Anjurkan ibu untuk tidak banyak pikiran dan beri dukungan oleh keluarga
- d) Anjurkan ibu untuk kunjungan ukang
- e) Anjurkan ibu untuk makan makanan yang bergizi, cukup kalori, minum 3 liter air sehari, minum vitamin A

6) Pencegahan

Pencegahan kejadian hipertensi secara umum dapat di hindari dengan mengubah kearah gaya hidup sehat, tidak perlu banyak pikiran, mengatur pola makan seeperti rendah garam, rendah kolestril dan lemak jenuh, meningkatkan konsumsi buah dan sayuran, tidak mengkonsumsi alkohol dan rokok, perbanyak makan mentimun, seledri.

(Rukiyah,2010)

2.1.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

1. pengertian

Bayi baru lahir adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badannya 2.500-4.000 gram (vivian, 2012)

Bayi baru lahir adalah bayi yang baru lahir selama satu jam pertama kelahiran (Vivian, 2012)

Baru baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu dengan berat badan antara 2500 gram sampai 4000 gram nilai apgar >7 dan tanpa cacat bawaan (Rukiyah, 2010)

2. Ciri-ciri bayi baru lahir normal

- a). Lahir aterm 37-42 minggu
- b). Berat badan 2.500-4.000 gram
- c). Panjang badan 48-52cm
- d). Lingkar dada 30-38 cm
- e). Lingkar kepala 33-35 cm
- f). Lingkar lengan 11-12 cm
- g). Frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit
- h). Pernafasan \pm 40-60 x/menit

- i). Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup
- j). Rambut lanugo tidak terlihat dari rambut kepala biasanya telah sempurna
- k). Kuku agak panjang dan lemes
- l). Nilai APGAR > 7
- m). Gerak aktif
- n). Bayi lahir langsung menangis kuat
- o). Reflek rooting(mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik
- p). Reflek sucking (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik
- q). Reflek morro(gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik
- r). Reflek grasping(menggenggam) sudah baik
- s). Genetalia
 - 1). Pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang
 - 2). Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang, serta adanya labia minora dan mayora
- t). Eliminasi baik yang ditandai dengan kelarnya mekonium dalam 24 jm pertama dan berwarna hitsm kecoklatan.

3. Asuhan Bayi Baru Lahir

a) Tujuan Asuhan Bayi Baru Lahir

Secara khusus asuhan bayi baru lahir bertujuan untuk sebagai berikut :

- (a). Mencapai dan memperhatahankan jalan nafas dan mendukung pernafasan.
- (b). Mempertahankan kehangatan dan mencegah hipotermia.
- (c). Memastikan keamanan dan mencegah cedera dan infeksi.
- (d). Mengidentifikasi masalah – masalah aktual atau potensi yang memerlukan perhatian segera.
- (e). Memfasilitasi terbinanya hubungan dekat orang tua dan bayi.
- (f). Membantu orang tua dalam mengembangkan sikap sehat tentang praktik membesarkan anak
- (g). Memberikan informasi kepada orang tua tentang perawatan bayi baru lahir.

b. Asuhan Segera Bayi Lahir

Asuhan segera pada bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi baru lahir dimulai sejak proses persalinan hingga kelahiran(dalam satu jam pertama kehidupan). Asuhan segera, aman, dan bersih untuk bayi baru lahir ialah sebagai berikut :

(a). Pencegahan Infeksi

Pencegahan infeksi merupakan penatalaksanaan awal yang harus dilakukan pada bayi baru lahir karena bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi. Pada saat penanganan bayi baru lahir, pastikan penolong untuk melakukan tindakan pencegahan infeksi pada bayi baru lahir, adalah sebagai berikut :

- (1). Cuci tangan dengan seksama sebelum dan setelah bersentuhan dengan bayi.
- (2). Pakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandika.
- (3). Pastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan, terutama klem, gunting, pengisap lendir DeLee, dan benang tali pusat telah didisinfeksi tingkat tinggi atau steril.
- (4). Pastikan semua pakaian, handuk, selimut, dan kain yang digunakan untuk bayi, sudah dalam keadaan bersih. Demikian pula dengan timbangan, pita pengukur, termometer, stetoskop.

Upaya yang dilakukan untuk pencegahan terjadinya infeksi pada bayi baru lahir adalah sebagai berikut :

1). Pencegahan infeksi pada tali pusat

Upaya ini dilakukan dengan cara merawat tali pusat yang berarti menjaga agar luka tersebut tetap bersih, tidak terkena

urine, kotoran bayi, atau tanah. Pemakaian popok bayi diletakkan sebelah bawah tali pusat. Apabila tali pusat kotor, cuci luka tali pusat dengan air bersih mengalir dengan sabun, segera dikeringkan dengan kain kasa kering dan dibungkus dengan kasa tipis yang steril dan kering. Dilarang membubuhkan atau mengoleskan ramuan, abu dapur, dan sebagainya pada luka tali pusat, sebab akan menyebabkan infeksi dan tetanus yang dapat berakhir dengan kematian neonatal. Tanda – tanda infeksi tali pusat yang harus diwaspadai antara lain sekitar tali pusat berwarna kemerahan, ada pus/nanah, dan berbau busuk. Mengawasi dan segera melaporkan ke dokter jika pada tali pusat ditemukan perdarahan, pembekakan, kelur cairan, tampak merah, atau bau busuk.

2). Pencegahan infeksi pada kulit

Beberapa cara yang diketahui dapat mencegah terjadinya infeksi pada kulit bayi baru lahir atau infeksi lain adalah meletakkan bayi di dada ibu agar terjadi kontak kulit langsung ibu dan bayi, sehingga menyebabkan terjadi kolonisasi mikroorganisme yang ada dikulit dan saluran pencernaan bayi dengan mikroorganisme ibu yang cenderung bersifat, nonpatogen, serta adanya zat antibodi bayi yang sudah terbentuk serta terkandung dalam air susu ibu.

3). Pencegahan infeksi pada mata bayi baru lahir.

Cara mencegah infeksi pada mata bayi baru lahir adalah merawat mata bayi baru lahir dengan mencuci tangan terlebih dahulu, membersihkan kedua mata segera setelah lahir dengan kapas atau sapu tangan halus dan bersihkan kedua mata yang telah dibersihkan dengan air hangat. Dalam waktu satu jam setelah bayi lahir, berikan salep obat tetes mata untuk mencegah oftalmia neonatorum (tetracycline 1%, eritromisin 0,5 %, atau nitrat argemone 1%), biarkan salep tetap pada mata bayi, cuci tangan kembali.

4). Imunisasi

Pada daerah resiko tinggi infeksi tuberkulosis, imunisasi BCG harus diberikan pada bayi segera setelah lahir. Pemberian dosis pertama tetapan polio dianjurkan pada bayi segera setelah lahir atau pada umur dua minggu. Maksud pemberian imunisasi polio secara dini adalah untuk meningkatkan perlindungan awal. Imunisasi hepatitis B sudah merupakan program nasional, meski pelaksanaannya dilakukan secara bertahap. Pada daerah resiko tinggi, pemberian imunisasi hepatitis B dianjurkan pada bayi segera setelah lahir.

Melakukan Penilaian dan Inisiasi Pernafasan Spontan. Sebagian besar bayi yang baru lahir akan menunjukkan usaha pernafasan spontan dengan sedikit bantuan atau gangguan. Segera setelah

bayi lahir, maka perlu dilakukan upaya inisiasi pernafasan spontan (0-30 detik) secara cepat dan tepat dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- (a) Melakukan penilaian kondisi bayi baru lahir secara cepat dan tepat, bayi diletakkan di atas perut ibu yang dilapisi dengan handuk.
- (b). Evaluasi data yang terkumpul, buat diagnosis, dan tentukan rencana untuk asuhan bayi baru lahir.
- (c). Melakukan rangsangan taktil untuk mengaktifkan refleks pada tubuh bayi baru lahir. Cara ini dapat merangsang pernafasan spontan pada bayi yang sehat.

Rangsangan taktil harus dilakukan secara lembut dan hati-hati. Rangsangan taktil yang dapat dilakukan, adalah sebagai berikut :

- (1). Dengan lembut gosok punggung, tubuh, kaki atau tangan(ekstermitas) satu atau dua kali
- (2). Dengan lembut, tepuk atau sentil telapak kaki bayi(satu atau dua kali). Rangsangan yang kasar, keras, atau terus-menerus, tidak akan bznzyk menolong, malahan dapat membahayakan bayi.

Tabel : 2.8

APGAR SCORE

No	Tanda	NILAI		
		0	1	2
1	Appearance (warna kulit)	Biru/pucat seluruh tubuh	Tubuh kemerahan,ekstermits biru	Seluruh tubuh kemerahan
2	Pulse (denyut jantung)	Tidak ada	Lambat < 100 x/menit	Cepat >100x/menit
3	Grimace (tonus otot)	Lemas	Reflek lemah	Gerakan aktif, reflek baik
4	Activity (reaksi terhadap rangsangan)	Tidak ada	Meringis	Menangis
5	Respiration (pernafasan)	Tidak ada	Lemah, menangis lemah	Baik, menangis kuat

(sumber : Vivian, 2012)

Apabila nilai APGAR :

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

4-6 : bayi mengalami asfiksia sedang.

0-3 : bayi mengalami asfiksia berat.

Apabila ditemukan APGAR score di bawah enam maka bayi tersebut membutuhkan tindakan resusitasi.

Tabel. 2.9

Penanganan Bayi Baru Lair Berdasarkan APGAR Score

Nilai APGAR lima menit pertama	Penanganan
0-3	Tempatkan ditempat hangat dan lampu sebagai sumber penghangat Pemberian oksigen Resusitasi Stimulasi Rujuk
4-6	tempatkan dalam tempat yang hangat pemberian oksigen stimulasi taktil
7-10	dilakukan penatalaksanaan sesuai dengan bayi lahir normal.

(sumber : Sulistyawati dkk,2010)

c). Membebaskan Jalan Nafas.

Apabila bayi tidak langsung menangis setelah dilakukan inisiasipernafasan spontan, penolong segera membersihkan jalan nafas dengan cara sebagai berikut :

- 1). Letakkan bayi pada posisi terlentang di tempat yang keras dan hangat.
- 2). Gulung sepotong kain dan letakkan di bawah bahu sehingga leher bayi lebih lurus dan kepala tidak menekuk. Posisi kepala diatur lurus sedikit tengadah ke belakang.
- 3). Bersihkan hidung, rongga mulut, dan tenggorokan bayi dengan jari tengah yang di bungkus kasa steril.
- 4). Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2-3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain kering dan kasar.
- 5). Alat penghisap lendir (DeLee) atau alat penghisap lainnya yang steril, tabung oksigen dengan selangnya harus sudah ditempat.
- 6). Segera lakukan usaha pengisap mulut dan hidung.
- 7). Memantau dan mencatat usaha bernafas yang pertama (Apgar Score).
- 8). Warna kulit, adanya cairan, atau mekonium dalam hidung atau mulut harus diperhatikan

d). Pencegahan Kehilangan Panas

Mekanisme kehilangan panas adalah sebagai berikut :

1). Evaporasi

Penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri karena setelah lahir, tubuh bayi tidak segera dikeringkan.

2). Konduksi

Kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin, meja, tempat tidur, timbangan yang temperaturnya lebih rendah dari tubuh bayi akan menyerap panas tubuh bayi bila bayi diletakkan di atas benda-benda tersebut.

3). Konveksi

Kehilangan panas tubuh terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin, suhu ruangan yang dingin, adanya aliran udara dari kipas angin, embusan udara melalui ventilasi, atau pendingin ruangan.

4). Radiasi

Kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan didekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi, karena benda-benda tersebut menyerap radiasi panas tubuh bayi(walaupun tidak bersentuhan secara langsung).

Cara mencegah kehilangan panas adalah :

- (a). Keringkan bayi dengan cara menyeka tubuh bayi, juga merupakan rangsangan taktil untuk membantu bayi memulai pernapasannya.
- (b). Selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih dan hangat. Ganti handuk atau kain yang telah basah oleh cairan ketuban dengan selimut atau kain yang baru (hangat, bersih, dan kering).
- (c). Selimuti bagian kepala bayi. Bagian kepala bayi memiliki luas permukaan yang relatif luas dan bayi akan dengan cepat kehilangan panas jika bagian tersebut tidak tertutup.
- (d). Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya. Pelukan ibu pada tubuh bayui dapat menjaga kehangatan tubuh dan mencegah kehilangan panas. Sebaiknya

pemberian ASI harus dimulai dalam waktu satu (1) jam pertama kelahiran

- (e). Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir. Oleh karena bayi baru lahir cepat dan mudah kehilangan panas tubuhnya, sebelum melakukan penimbangan, terlebih dahulu selimuti bayi dengan kain atau selimut bersih dan kering. Berat badan bayi dapat dinilai dari selisih berat bayi pada saat berpakaian/diselimuti dikurangi dengan berat pakaian/selimut. Bayi sebaiknya dimandikan sedikitnya enam (6) jam setelah lahir.

e). Merawat Tali Pusat

- 1). Setelah plasenta dilahirkan dan kondisi ibu dianggap stabil, ikat atau jepitan klem plastik tali pusat pada puntung tali pusat.
- 2). Celupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% untuk membersihkan darah dan sekresi tubuh lainnya.
- 3). Bilas tangan dengan air mantang atau disinfeksi tingkat tinggal.
- 4). keringkan tangan (bersarung tangan) tersebut dengan handuk atau kainbersih dan kering.

5). Ikat ujung tali pusat sekitar 1 cm dari pusat bayi dengan menggunakan benang disinfeksi tingkat tinggi atau klem plastik tali pusat (disinfeksi tingkat tinggi atau steril). Lakukan simpul kunci atau jepitkan secara mantap klem tali pusat tertentu.

6). Jika menggunakan benang tali pusat, lingkarkan benang sekeliling ujung tali pusat dan dilakukan pengikatan kedua tangan dengan simpul kunci di bagian tali pusat pada sisi yang berlawanan.

7). Lepaskan klem penjepit tali pusat dan letakkan di dalam larutan klorin 0,5 %.

8). Selimuti ulang bayi dengan kainbersih dan kering, pastikan bahwa bagian kepala bayi tertutup dengan baik.

f). Pencegahan Pendarahan

Memberikan vitamin K untuk mencegah terjadinya pendarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi baru lahir normal atau cukup bulan perlu diberi vitamin K per oral 1 mg/hari selama tiga hari, dan bayi beresiko tinggi diberi vitamin K parenteral dengan dosis 0,5 – 1 mg IM.

g). Identifikasi Bayi

- 1). Alat pengenal untuk memudahkan identifikasi bayi perlu dipasang segera pasca persalinan. Alat pengenal yang efektif harus diberikan kepada bayi setiap bayi baru lahir dan harus tetap ditempatnya sampai waktu bayi dipulangkan.
- 2). Peralatan identifikasi bayi baru lahir harus selalu tersediadi tempat penerimaan pasien, dikamar bersalin, dan di ruang rawat bayi.
- 3). Alat yang digunakan, hendaknya tahan air, dengan tepi yang halus tidak mudah melukai tidak mudah robek, dan tidak mudah lepas.
- 4). Pada alat atau gelang identifikasi harus tercantum nama (bayi,nyonya), tanggal lahir, nomer bayi, jenis kelamin,unit, nama lengkap ibu
- 5). Di setiap tempat tidur harus diberi tanda dengan mencantumkan nama, tanggal lahir, nomer identifikasi (Saifudin, 2002, dikutip dari buku Panduan Praktik Laboratorium dan Klinik Perawatan Antenatal, Intranatal, Postnatal, Bayi Baru Lahir, dan Kontrasepsi.

h). Adaptasi bayi baru lahir

Bayi yang lahir akan mengalami adaptasi sehingga yang semula bersifat bergantung kemudian menjadi mandiri secara fisiologis karena :

- 1). Mendapatkan oksigen dengan melalui sistem sirkulasi pernapasannya yang baru.
- 2). Mendapatkan nutrisi oral untuk mempertahankan kadar gula darah yang cukup
- 3). Dapat mengatur suhu tubuh
- 4). Dapat melawan setiap penyakit dan infeksi

Sebelum diatur oleh tubuh bayi sendiri , fungsi tersebut dilakukan oleh plasenta yang kemudian masuk ke periode transisi . periode transisi terjadi segera setelah lahir dan dapat berlangsung hingga 1 bulan atau lebih (untuk beberapa sistem). Transisi yang paling nyata dan cepat adalah sistem pernapasan dan sirkulasi , sistem termoregulasi , dan sistem metabolisme glukosa.

i). Sistem pernapasan

Paru berasal dari titik tumbuh yang terdapat di faring bercabang dan kemudian bercabang kembali membentuk struktur percabangan bronkus . seiring waktu, pada usia 8 bulan bronkiolus dari alveolus akan sepenuhnya berkembang walaupun janin memperlihatkan adanya bukti pergerakan napas sepanjang trimester I dan I tidak

matangan paru akan mengurangi peluang kelangsungan hidup bayi yang lahir sebelum usia kehamilan 4 minggu karena keterbatasan permukaan alveolus ketidak matangan sistem kapiler paru dan tidak cukupnya jumlah surfaktan

Napas yang pertama dipengaruhi oleh 2 faktor yang berperan pada rangsangan napas bayi :

- 1). Hipoksia yang berperan pada rangsangan fisik lingkungan luar rahim yang merangsang pusat pernapasan di otak .
- 2). Tekanan terhadap rongga dada yang terjadi karena karena kompresi paru selama persalinan yang merangsang masuknya udara ke dalam paru selama persalinan yang merangsang masuknya udara ke dalam paru secara mekanis

Upaya bernapas pertama seorang bayi adalah untuk mengeluarkan cairan dalam paru dan mengembangkan jaringan alveolus paru agar alveolus dapat berfungsi , harus dapat cukup surfaktan dan aliran darah ke paru . produksi surfaktan dimulai pada usia 20 minggu kehamilan dan jumlahnya akan meningkat sampai paru matang sekitar 30-40 kehamilan . Surfaktan ini mengurangi tekanan permukaan paru dan membantu menstabilkan dinding alveolus sehingga tidak kolaps pada akhir pernafasan.

Surfaktan adalah lipo protein yang dihasilkan oleh sel tipe 2 pneumosit yang melapisi alveolus. Surfaktan mempengaruhi

pengembangan alveolus dan menjaganya tidak kolaps saat ekspirasi. Sindrom distress pernafasan pada bayi seringkali terjadi karena defisiensi surfaktan. Gambaran surfaktan dalam cairan amnion menunjukkan pematangan fungsional paru. Sintesis dan sekresi surfaktan dipengaruhi oleh hormon kortisol dan glukosteroid lain. Terapi glikosteroid pada wanita hamil untuk mempengaruhi pematangan hanya efektif pada minggu ke 29-33 minggu. Pada usia gestasi <34 minggu produksi surfaktan kurang, sehingga ketika bayi lahir dan bernafas, alveolus menjadi kolaps (hyaline membrane disease). Cairan dalam paru tidak keluar seluruhnya, misalnya pada kelahiran dengan bedah sesar, yang dapat menyebabkan asfiksia berat (wet lung syndrome).

Napas pertama memerlukan tekanan yang sangat tinggi untuk memasukkan udara ke dalam alveolus yang penuh air. Napas 2-4 tekanannya lebih rendah. Surfaktan merendahkan tegangan pdidalam alveoli dan menjegah kolaps paru setelah asprasi. Surfaktan diproduksi pada kehamilan 20 minggu dan terus meningkat sampai usia 30-34 minggu.

Upaya napas akan mengeluarkan cairan dalam paru dan mengembangkan jaringan alveolus paru untuk pertama kali (surfaktan dan aliran darah ke paru). Pernafasan normal memiliki frekuensi rata-rata 40 kali/menit, interval frekuensi 30-60 kali/menit.

Jenis pernafasan adalah pernafasan diafragma, abdomen dan pernafasan hidung.

Sistem peredaran darah sirkulasi janin meliputi:

- 1). Vena umbilikasi (kaya oksigen) → Duktus venosus → atrium kanan → atrium kiri (foramen ovale) → ventrikel kiri → aorta → sirkulasi sistemik → vena kava superior (miskin oksigen) → ventrikel kanan → sebagian besar melalui duktus arteriosus → aorta desenden → tubuh janin → arteri umbilikalis → plasenta → dan seterusnya.
- 2). Ventrikel kanan → arteri pulmonalis (sebagian kecil) → sirkulasi paru. Resistensi vaskular paru tinggi, resistensi vaskular sistemik rendah → right to left shunt melalui foramen ovale dan duktus arteri osus

Setelah lahir:

- 1). Tali pusat dipotong → duktus venosus menutup, resistensi vaskular sistemik meningkat.
- 2). Tarik nafas → tekanan oksigen meningkat → resistensi vaskular paru menurun → sirkulasi darah ke paru naik → aliran darah balik dari paru naik → tekanan atrium kiri naik → foramen ovale menutup
- 3). Duktus arteriosus sensitif terhadap kadar oksigen dalam darah → pO_2 darah meningkat → duktus arteriosus menutup. Darah

miskin oksigen → vena kava inferior / superior → atrium kanan
 → ventrikel kanan → arteri pulmonalis → pertukaran oksigen
 dan karbondioksida di paru → darah kaya oksigen → vena
 pulmonalis → atrium kiri → ventrikel kiri → aorta → sirkulasi
 sistemik → vena kava inferior/superior dan seterusnya.

Peningkatan aliran darah ke akan memperlancar pertukaran gas
 dalam alveolus dan menghilangkan cairan paru. Peningkatan aliran
 darah paru akan mendorong peningkatan sirkulasi paru dan
 merangsang perubahan sirkulasi janin menjadi sirkulasi luar rahim.

Sistem metabolisme dan pengaturan suhu dilingkungan yang dingin,
 pengaturan suhu tanpa mekanisme menggigil merupakan usaha utama
 seseorang bayi yang kedinginan untuk mendapatkan panas tubuhnya.
 Pengaturan suhu tanpa menggigil ini merupakan hasil penggunaan
 lemak coklat untuk memproduksi panas. Timbunan lemak coklat
 terdapat di seluruh tubuh dan mampu meningkatkan suhu 100%
 untuk membakar lemak coklat, glukosa harus digunakan guna
 mendapatkan energi yang akan mengubah lemak menjadi.

Mekanisme terjadinya hipotermia dimulai dari asupan makanan yang
 kurang, lemak coklat belum berkembang (26 minggu). Permukaan
 tubuh lebih luas, lemak subkutan sedikit, dan respons fasomotor
 kurang efektif.

Dampak hipotermia pada bayi dapat menimbulkan hipoksia , hipoglikemia ,asidosis metabolik ,syok, DIC atau kematian . sedangkan hipertermia dapat menyebabkan apnea, dehidrasi ,asidosis metabolik ,syok ,kerusakan otak ,atau kematian.

Kehilangan berat badan awal dapat terjadi 10 hari pertama sebesar 10% dari berat badan awal .selanjutnya peningkatan berat badan 25 g sehari selama bulan pertama yang berlipat dua kali pada 5 bulan , dan berlipat tiga pada akhir tahun pertama.

Pada setiap bayi baru lahir , glukosa darah akan menurun dalam waktu cepat (1-2 jam). Koresi penurunan gula darah dapat dilakukan dengan 3 cara :

- 1). Melalui penggunaan air susu ibu (ASI). Bayi baru lahir sehat harus didorong menyusu ASI secepat mungkin setelah lahir .
- 2). Melalui penggunaan cadangan glikogen (glikogenolisis)
- 3). Melalui pembuatan glukosa dari sumber lain terutama lemak (glukoneogenesis)

Gejala hipoglikemia mungkin tidak jelas dan tidak khas dan dapat meliputi kejang , haus , sianosis,apnea, menangis, lemah, letargi , lunglai ,dan menolak makan.

j). Sistem gastrointestinal

Kebutuhan nutisi dan kalori janin terpenuhi langsung dari ibu melalui plasenta ,sehingga gerakan ususnya tidak aktif dan tidak

memerlukan enzim pencernaan , dan kolonisasi bakteri di usus negatif. Setelah lahir gerakan usus mulai aktif ,sehingga memerlukan enzim pencernaan dan kolonisasi bakteri di usus positif. Syarat pemberian minum adalah sirkulasi baik, bising usus positif , tidak ada kembang , pasase mekonium positif , tidak ada muntah dan sesak napas .

Reflek gumoh dan rreflek batuk sudah terbentuk baik saat lahir. Keemampuan bayi untuk menelan dan mencerna makanan selain susu masih terbatas . hubungan antara esofagus dan lambung masih belum sempurna (gumoh)dan kapasitas lambung masih terbatas (30cc).

Dua sampai tiga hari pertama kolon berisi mekonium yang lunak berwarna hijau kecoklatan , yang berasal dari saluran usus dan tersusun atas ,mukus dan sel epidermis. Warna yang khas berasal dari pigmn empedu. Beberapa jam sebelum lahir usus masih steril ,tetapi setelah itu bakteri menyerbu masuk . pada hari ketiga atau ke empat mekonium menghilang .

k). Sistem ginjal

janin membuang toksin dan hemostatis cairan/elektrolit melalui plasenta. Setelah lahir plasenta berperan dalam hemostatis cairan/elektrolit . lebih dari 90% bayi berkemih dalam usia 24 jam

,dan memproduksi urine 1-2 ml/kg/jam .pematangan ginjal berkembang sampai usia gestasi 36 minggu.

1). Sistem hati

Fungsi hati adalah metabolisme karbohidrat ,protein, lemak ,dan asam empedu .hati juga memiliki fungsi ekskresi (aliran empedu)dan detoksifikasi obat/toksin . bidan harus hati-hati dalam memberikan obat kepada neonatus dengan memperhatikan dosis obat .

Bila menemukan bayi kuning lebih dari 2 minggu dan feses berbentuk dempul ada kemungkinan terjadi atresia bilier yang memerlukan operasi segera sebelum usia 8 minggu .bilirubin saat lahir antara 1,8-2,8 mg/dl yang dapat meningkat sampai 5 pada hari ke-3 atau ke-4 karena imaturitas sel hati .

Sistem neurologi bayi telah dapat melihat dan mendengar sejak baru lahir sehingga membutuhkan stimulasi suara dan penglihatan .setelah lahir jumlah dan ukuran sel saraf tidak bertambah . pembentukan sinaps terjadi secara progresif sejak lahir sampai usia 2 tahun . mielinisasi (perkembangan serabut mielin) terjai sejak janin 6 bulan sampai dewasa . *golden period* mulai trimester III sampai usia 2 tahun pertambahan lingkaran kepala (saat lahir rata-rata 36cm, usia 6 bulan 44cm, usia 1 tahun 47cm, usia 2 tahun 49cm ,usia 5 tahun 51 cm , dewasa 56 cm). Saat lahir bobot otak

25% dari berat dewasa , usia 6 bulan hampir 50%, usia 2 tahun 75% usia lima tahun 90% , usia 10 tahun 100%.

m). Sistem imunologi

Sel fagosit ,granulosit, monosit mulai berkembang sejak usia gestasi 4 bulan . setelah lahir imunitas neonatus cukup bulan lebih rendah dari orang dewasa . usia 3-12 bulan adalah keadaan imunodefisiensi sementara sehingga bayi mudah terkena infeksi . neonatus kurang bulan memiliki kulit yang masih rapuh , membran mukosa yang mudah cedera . pertahanan tubuh lebih rendah sehingga beresiko mengalami infeksi yang lebih besar .

Perubahan beberapa kekebalan alami meliputi perlindungan oleh kulit membran mukosa . fungsi jaringan saluran napas pembentukan koloni mikroba oleh kulit usus , dan perlindungan kimia oleh asam lambung .

4. RAWAT GABUNG

Rawat gabung adalah suatu cara perawatan ketika bayi baru lahir ditempatkan bersama ibunya dalam satu ruangan (perawatan terpadu ibu dan anak). Tujuan rawat gabung :

- a). Mencegah infeksi silang
- b). Agar bayi mendapat kolostrum ASI

- c). Memberi rangsangan secara dini untuk pertumbuhan dan perkembangan
- d). Membantu hubungan ibu dan bayi agar lebih dekat dan erat
- e). Memberi kesempatan pada ibu dan keluarga agar mendapat pengalaman
- f). Memberikan pendidikan kesehatan

Manfaat bagi ibu dari segi psikologi adalah meningkatkan keakraban ibu dan bayinya ,memberi kesempatan pada ibu untuk merawat sendiri bayi, memberi rasa percaya diri dan tanggung jawab kepada ibu untuk merawat bayinya ,dan memberi kesempatan pada ibu untuk mengenal tangisan bayinya .sedangkan manfaat dari segi fisik bagi ibu adalah involusi uterus akan terjadi dengan baik ,mempercepat mobilisasi , dan mempercepat produksi ASI.

Manfaat bagi bayi dari segi psikologis adalah dengan sentuhan dapat merupakan stimulasi mental dini yang diperlukan bagi tumbuh kembang anak , khususnya rasa aman .sedangkan manfaat bagi bayi dari segi fisik adalah melindungi bayi dari bahaya infeksi , mengurangi kemungkinana terjadi infeksi nosokomial , mengurangi bahaya aspirasi , dan bayi menyusui dengan teknik yang benar .

Manfaat bagi keluarga dari segi psikologis adalah dapat mendorong ibu agar menyusui bayinya dan memberi kesempatan

bagi ibu dan keluarga untuk mendapat pengalaman cara merawat bayi .sedangkan manfaat bagi keluarga dari segi ekonomi adalah biaya perawatan sedikit , tidak perlu membeli susu dan perlengkapan, dan anak jarang sakit sehingga biaya berobat berkurang .

Persyaratan rawat gabung yang ideal :

- a). Bayi: bayi diletakan dalam boks dekat ibunya dan disediakan pakaian bayi
- b). Ibu: tempat tidur ibu perlengkapan penrnapsan nifas.
- c). Ruangan:ukuran ruang untuk tempat tidur . ruang ibu/bayi yang masih memerlukan perawatan harus dekat.
- d). Sarana:lemari pakaian(ibu dan anak) , tempat mandi bayi dan perlengkapannya ,tempat cuci tangan ibu (air mengalir), setiap ruanga memiliki kamar mandi bagi ibu, sarana penghubung , pentunjuk/ sarana perawatan (payudara,bayi,buteki dan nifas),perlengkapan perawatan bayi ,satu petugas untuk 6 pasang ibu dan bayi ,petugas mempunyai kemampuan dan ketrampilan pelaksanaan rawat gabung
- e). Untuk rumahsakit pendidikan : adanya audio-visual dan buku.
- f). Adanya sistem pencatatan dan pelaporan : bayi yang mempunyai syarat rawat gabung (nilai Apgar >7,berat badan >2500 g dan <4000 g ,masa kehamilan >36 minggu dan <42

minggu, lahir spontan presentasi kepala , tanpa infeksi intrapartum).

g). Ibu harus sehat , jam pertama setelah lahir ,bayi segera disusukan ibu untuk merangsang pengeluaran ASI.

h). Fasilitas untuk pemberian penyuluhan , persiapan ibu dan bayi dapat bersama-sama dalam ruangan

i). Adanya petugas perinatologi

j). Bayi diletakan di tempat tidur bayi yang ditempatkan di samping tepat tidur ibu. Pada waktu berkunjung ,bayi dan tempat tidurnya dipindahkan ke ruangan lain .perawatan harus memerlukan keadaan umum bayi, mengenal keadaan yang tidak normal dan melaporkan pada dokter jaga . bayi tidak boleh diberikan susudari botol . bila ASI masih kurang boleh menambah air putih/formula dengan sendok . ibu dibantu agar dapat menyusui bayinya dengan baik dan untuk merawat payudara .keadaan bayi sehari-hari dicatat dalam status . bila sakit,bayi harus di observasi lebih teliti dan dipindahkan keruang perawatan bayi baru lahir . bila ibu dan bayi pulang , ibu akan diberi penyuluhan .(Deslidel ,2012)

5. Reflek pada bayi baru lahir

a) Reflek glabella

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

b) Reflek hisap (sucking)

Benda menyentuh bibir disertai reflek menelan . tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat .dilihat pada waktu bayi menyusu .

c) Reflek 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 genggam (grasping)

Dengan meletakan 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 gerakan jari sepanjang telapak kaki.

Bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hyperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi

f) Reflek moro

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

g) Reflek tonik neck

Ekstermitas pada satu sisi ketika kepala ditoleh aan ekstensi, dan ekstermitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditoleh ke satu sisi saat istirahat. Respon ini mungkin tidak ada atau tidak lengkap segera setelah bayi lahir (Marmi, 2015)

6. Kunjungan neonatus

- a). Kunjungan pertama dilakukan 6-48 jam setelah lahir ,dilakukan pemeriksaan pernapasan ,warna kulit dan gerakan aktif atau tidak, ditimbang ,ukur panjang badan ,lingkar lengan, lingkar dada,pemberian salep mata ,vitamin K1, hepatitis B ,perawatan tali pusat,pencegahan kehilangan panas bayi.
- b). Kunjungan kedua dilakukan hari ke 3 sampai hari ke 7 setelah lahir ,dilakukan pemeriksaan fisik ,penampilan dan perilaku bayi ,nutrisi ,eliminasi ,personal hygiene , pola istirahat keamanan ,tanda-tanda bahaya yang terjadi .

c). Kunjungan ketiga dilakukan hari ke 8 sampai dengan hari ke 28 lahir,dilakukan pemeriksaan pertumbuhan dengan berat badan , tinggi badan dan nutrisinya . (Putra,2012).



2.1.5 KONSEP DASAR KELUARGA BERENCANA

A. Pengertian

Keluarga Berencana adalah suatu program nasional yang dijalankan pemerintah untuk mengurangi populasi penduduk, karena diasumsikan pertumbuhan populasi penduduk tidak seimbang dengan ketersediaan barang dan jasa (pembatasan kelahiran) (Maryunani, 2016).

Keluarga berencana adalah tindakan yang membantu pasangan suami istri untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang sangat diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami istri serta menentukan jumlah anak dalam keluarga (Suratun, 2008). Menurut cara pelaksanaannya, kontrasepsi dibagi dua.

1. Cara temporer (*spacing*)

Yaitu menjarangkan kelahiran selama beberapa tahun sebelum hamil lagi.

2. Cara permanen (kontrasepsi mantap)

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

B. Syarat

Kontrasepsi hendaknya memenuhi syarat-syarat sebagai berikut.

1. Aman pemakaiannya dan dapat dipercaya.
2. Tidak ada efek samping yang merugikan.
3. Lama kerjanya dapat diatur menurut keinginan.
4. Tidak mengganggu hubungan persutubuhan.
5. Tidak memerlukan bantuan medik atau kontrol yang ketat selama pemakaiannya.
6. Cara penggunaannya sederhana.
7. Harganya murah supaya dapat dijangkau masyarakat luas.
8. Dapat diterima oleh pasangan suami istri.

Sesungguhnya belum ada kontrasepsi yang betul-betul ideal dan dapat memenuhi semua syarat tersebut. yang ada adalah kontrasepsi yang memenuhi sebagian syarat, atau hampir memenuhi sebagian syarat, atau hampir memenuhi semua syarat tersebut. Sebenarnya yang penting adalah “memakai salah satu cara kontrasepsi jauh lebih baik dari tidak memakai kontrasepsi sama sekali”. Berhasil tidaknya suatu cara bergantung pada apakah sel mani (sperma) dapat dicegah/dilumpuhkan/dimatikan supaya tidak memasuki area fertilitas, atau sel telur tidak dikeluarkan atau tidak dapat bertemu sel mani. Dalam mempelajari kontrasepsi, pengetahuan tentang kehamilan dan cara kerja kontrasepsi harus benar-benar dipahami, misalnya:

- a) Jangan menumpahkan sel mani ke dalam vagina pada cara abstinensia dan koitus interruptus.
- b) Mengelakkan masa subur wanita sistem kalender.
- c) Menutup mulut rahim untuk menghalangi masuknya sperma kedalam rahim dan saluran telur diafragma, *cervical cap* (*dutch cap*).
- d) Mematikan sperma dalam vagina spermisida.
- e) Mencegah konsepsi atau nidasi IUD
- f) Menekan dan melumpuhkan sel mani pil KB pria
- g) Menekan ovulasi sehingga sel telur tidak keluar kontrasepsi hormonal.
- h) Memotong, mengikat atau menjepit saluran telur dan saluran sperma kontrasepsi mantap.

C. Evaluasi cara kontrasepsi

Berbagai metode kontrasepsi harus dievaluasi pemakainnya, apalagi jika cara tersebut masih baru digunakan di Indonesia. Kriteria yang dipakai untuk evaluasi adalah sebagai berikut.

1. Efektifitas.
2. Efektifitas klinis (*clinical effectiveness*) adalah keunggulan cara kontrasepsi tertentu dalam mencegah terjadinya kehamilan.

3. Efektifitas kontrasepsi (*contraceptive effectiveness*) adalah keunggulan cara kontrasepsi tertentu dalam mencegah kehamilan dalam kenyataan penggunaan sehari-hari.

4. Aksetabilitas

Angka (dalam presentase) suami istri yang menggunakan suatu cara atau kontrasepsi secara terus menerus.

5. Angka kelangsungan (*continuation rate*)

Angka yang menunjukkan banyaknya akseptor yang masih menggunakan suatu cara atau alat kontrasepsi.

6. Angka *drop-out*

Jumlah akseptor yang keluar dari cara atau alat kontrasepsi.

7. Angka tukar cara (*rates of change*)

Jumlah akseptor yang menukar suatu cara kontrasepsi dengan cara lain

D. Jenis Kontrasepsi

1. Metode Amenorea Laktasi (MAL)

a) Pengertian.

Metode Amenorea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apapun lainnya (Saifuddin, 2013).

b) Cara Kerja Kontrasepsi MAL

- 1) Menyusui secara penuh (full brast feeding), lebih efektif bila pemberian $\geq 8x$ sehari.
- 2) Belum haid.
- 3) Umur bayi kurang dari 6 bulan.
- 4) Efektif digunakan sampai 6 bulan, namun harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya. (Saifuddin, 2013).

c) Keefektifan

Metode Amenorea Laktasi 98 % bagi ibu yang menyusui secara eksklusif selama 6 bulan pertama pasca persalinan dan sebelum menstruasi setelah melahirkan (Purwaningsih dkk, 2015).

- 1) Ibu harus menyusui secara penuh atau hampir penuh (hanya sesekali diberi 1-2 teguk air/minuman pada upacara adat/agama).
- 2) Perdarahan sebelum 56 hari pasca persalinan dapat diabaikan (belum dianggap haid).
- 3) Bayi menghisap secara langsung.
- 4) Menyusui dimulai dari setengah sampai satu jam setelah bayi lahir.
- 5) Kolostrum diberikan kepada bayi.

- 6) Pola menyusui on demand (menyusui setiap saat bayi membutuhkan) dan dari kedua payudara.
- 7) Sering menyusui selama 24 jam termasuk malam hari.
- 8) Hindari jarak menyusui lebih dari 4 jam. (Saifuddin, 2013)

d) Keuntungan

1) Untuk ibu

Dapat mengurangi resiko perdarahan pasca persalinan, mengurangi resiko anemia dapat meningkatkan hubungan psikologi ibu dan bayi, menurunkan resiko terhadap kanker ovarium dan kanker payudara dan meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan ibu. (Yanti dkk, 2014).

2) Untuk bayi.

Mendapat kekebalan pasif (mendapat antibody perlindungan lewat ASI), sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal, terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air, susu lain atau formula atau alat minum yang dipakai (Saifuddin, 2013).

e) Keterbatasan

Terjadi Kegagalan dalam proses menyusui bisa karena adanya anggapan keliru bahwa pemberian ASI akan berpengaruh pada bentuk payudara, ASI yang sebenarnya ada dan bisa dimanfaatkan namun digantikan dengan susu formula dengan alasan kesibukan bekerja atau tidak diberi kesempatan untuk menyusui di tempat mereka bekerja dan kemungkinan lain seperti masih longgarnya kebijakan atau peraturan yang mengatur pemanfaatan ASI bagi ibu menyusui (Muryanta, 2012).

2. Coitus Interruptus (Senggama terputus)

a) Pengertian

Senggama terputus adalah mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi (Saifuddin, 2013). Metode senggama terputus adalah mengeluarkan kemalunannya menjelang terjadinya ejakulasi (Manuaba dkk, 2013).

b) Cara kerja kontrasepsi Coitus interruptus

Alat kelamin (penis) dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina sehingga

tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum, dan kehamilan dapat dicegah(Saifuddin, 2013)

c) Efektivitas

16-23 kehamilan per 100 wanita per tahun. Faktor-faktor yang menyebabkan angka kegagalan tinggi ini adalah:

- 1) Adanya cairan pra-ejakulasi (yang sebelumnya sudah tersimpan dalam kelenjar prostat, urethra, kelenjar cowper) yang dapat keluar setiap saat, dan setiap tetes sudah dapat mengandung berjuta-juta spermatozoa.
- 2) Kurangnya kontrol-diri pria, yang pada metode ini justru sangat penting. (Hartanto, 2015).

d) Manfaat

- 1) Efektif bila dilaksanakan dengan benar.
- 2) Tidak mengganggu produksi ASI.
- 3) Dapat digunakan sebagai pendukung metode KB lainnya.
- 4) Tidak ada efek samping.
- 5) Dapat digunakan setiap waktu.
- 6) Tidak membutuhkan biaya (Saifuddin, 2013)

e) Keterbatasan

Kenikmatan seksual berkurang bagi suami istri, sehingga mempengaruhi kehidupan perkawinan (Hartanto, 2015).

Indikasi.

- 1) Suami yang erpartisipasi aktif dalam keluarga berencana.
- 2) Pasangan yang taat beragama atau mempunyai alasan filosofi untuk tidak memakai metode-metode lain.
- 3) Pasangan yang memerlukan kontrasepsi dengan segera.
- 4) Pasangan yang memerlukan metode sementara, sambil menunggu metode yang lain.
- 5) Pasangan yang membutuhkan metode pendukung.
- 6) Pasangan yang melakukan hubungan seksual yang tidak teratur (Saifuddin, 2013).

f) Kontraindikasi

Suami yang sulit melakukan senggama terputus, suami yang memiliki kelainan fisik atau psikologis, istri yang mempunyai pasangan yang sulit bekerjasama, pasangan

yang tidak bersedia melakukan senggama terputus (Saifuddin, 2013).

3. Kondom

a) Pengertian

Menurut Affandi (2010) kondom merupakan selubung/sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat hubungan seksual. kondom terbuat dari karet sintetis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu. Berbagai bahan telah ditambahkan pada kondom baik untuk meningkatkan efektivitasnya (misalnya penambahan spermisida) maupun sebagai aksesoris aktivitas seksual.

b) Cara kerja

Menurut Affandi (2010) cara kerja kondom adalah sebagai berikut:

1) Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma diujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan.

2) Mencegah penularan mikroorganisme (IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan yang lain (khusus kondom yang terbuat dari lateks dan vinil).

c) Manfaat kontrasepsi (Affandi, 2010)

1) Efektive bila digunakan dengan benar.

2) Tidak mengganggu produksi ASI.

3) Tidak mempunyai pengaruh sistemik.

4) Murah dan dapat dibeli secara umum.

5) Metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi lainnya harus ditunda.

d) Nonkontrasepsi (Affandi, 2010)

1) Memberi dorongan kepada suami untuk ikut ber-KB.

2) Dapat mencegah penularan IMS.

3) Mencegah ejakulasi dini.

- 4) Membantu mencegah terjadinya kanker serviks (mengurangi iritasi bahan karsinogenik eksogen pada serviks).
- 5) Mencegah imuno infertilitas.

e) Keterbatasan (Affandi, 2010)

- 1) Cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi.
- 2) Agak mengganggu hubungan seksual (mengurangi sentuhan langsung).
- 3) Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual.
- 4) Pembuangan kondom bekas mungkin menimbulkan masalah dalam hal limbah.

f) Cara penggunaan (Affandi, 2010)

- 1) Gunakan kondom setiap akan melakukan hubungan seksual.
- 2) Agar efek kontrasepsinya lebih baik, tambahkan spermisida kedalam kondom.
- 3) Jangan menggunakan gigi atau benda tajam saat membuka kemasan.

- 4) Pasangkan kondom saat penis sedang ereksi, tempelkan ujungnya pada glans penis dan tempatkan bagian penampung sperma pada ujung uretra. Lepaskan gulungan karetinya dengan jalan menggeser gulungan tersebut ke arah pangkal penis. Pemasangan ini harus dilakukan sebelum penetrasi penis ke vagina.
- 5) Bila kondom tidak mempunyai tempat penampungan maka longgarkan sedikit bagian ujungnya agar tidak terjadi robekan pada saat ejakulasi.
- 6) Kondom dilepas sebelum penis melembek.
- 7) Pegang bagian pangkal kondom sebelum mencabut penis sehingga kondom tidak terlepas saat dicabut dan lepaskan diluar vagina agar tidak terjadi tumbapahan cairan sperma di sekitar vagina.
- 8) Gunakan kondom satu kali pakai.
- 9) Buang kondom bekas pakai pada tempat yang aman.
- 10) Sediakan kondom apabila kemasan robek atau tampak kusut.

- 11) Jangan gunakan minyak goreng, minyak mineral, atau pelumas dari bahan petrolatum karena akan segera merusak kondom.

4. Pil KB

a) Pengertian

Pil KB atau oral contraceptives pill merupakan alat kontrasepsi hormonal yang berupa obat dalam bentuk pil yang dimasukkan melalui mulut (diminum), berisi hormon estrogen atau progesterone (Maryunani, 2016).

b) Cara kerja pil KB

- 1) Menekan ovulasi yang akan mencegah lepasnya sel telur dari ovarium.
- 2) Mengendalikan lender mulut rahim sehingga sel mani tidak dapat masuk ke dalam rahim.
- 3) Menipiskan lapisan endometrium. (Maryunani, 2016)

c) Macam-macam pil KB

1) Pil kombinasi

Sejak semula telah terdapat kombinasi komponen progesterone dan estrogen.

2) Pil sekuensial

Pil ini mengandung komponen yang disesuaikan dengan sistem hormonal tubuh. Dua belas pertama hanya mengandung estrogen, pil ketiga belas dan seterusnya merupakan kombinasi.

3) Pil progestin (minipil)

Pil ini hanya mengandung progesterone dan digunakan ibu postpartum. Jenis minipil:

- (a) Kemasan dengan isi 35 pil: 300 g levonorgestrel atau 350 g noretindron.
- (b) Kemasan dengan isi 28 pil: 75 g desogestrel.

(Saifuddin, 2013)

4) After morning pil

Pil ini digunakan segera setelah hubungan seksual (Manuaba dkk, 2010).

d) Keuntungan

- 1) Mudah menggunakannya.
- 2) Mencegah anemia defisiensi zat besi.
- 3) Cocok untuk menunda kehamilan pertama pada PUS muda. (Maryunani, 2016).

e) Kerugian

Dapat mengurangi ASI/menghambat produksi ASI (Maryunani, 2016). Harus minum pil secara teratur, dalam waktu panjang dapat menekan fungsi ovarium, penyulit ringan (berat badan bertambah, rambut rontok, tumbuh akne, mual sampai muntah), mempengaruhi fungsi hati dan ginjal (Manuaba dkk, 2010).

f) Efek Samping

Ketidak teraturan periode menstruasi , timbulnya penyakit pada sistem kardiovaskuler, terutama pada pemakai pil yang berumur lebih dari 35 tahun dan perokok. Pemakaian pil kontrasepsi juga akan meningkatkan risiko terkena penyakit-penyakit tromboemboli, penyakit jantung iskemik, penyakit serebrovaskuler, serta hipertensi. Menurut Norwitz (2008),

g) Indikasi

1) Pil Kombinasi:

Usia reproduksi, telah memiliki anak atau pun yang belum memiliki anak, gemuk atau kurus, menginginkan metode kontrasepsi dengan efektivitas tinggi, setelah melahirkan dan tidak menyusui, pascakeguguran, anemia karena haid berlebihan, nyeri haid hebat, riwayat kehamilan ektopik, kelainan payudara jinak, kencing manis tanpa komplikasi pada ginjal, pembuluh darah, mata dan saraf, penyakit tiroid, penyakit radang panggul, endometriosis, atau tumor ovarium jinak, menderita tuberculosis (kecuali yang sedang menggunakan rifampisin), varises vena (Saifuddin, 2013).

2) Minipil :

Usia reproduksi, telah memiliki anak atau pun yang belum memiliki anak, menginginkan suatu metode kontrasepsi yang sangat efektif selama periode menyusui, pascapersalinan dan tidak menyusui, pascakeguguran, perokok segala usia, mempunyai tekanan darah tinggi (selama $<180/110$ mmHg) atau

dengan masalah pembekuan darah, tidak boleh menggunakan estrogen (Saifuddin, 2013).

h) Kontraindikasi

Kontraindikasi penggunaan pil kontrasepsi dapat dibagi menjadi dua, yaitu kontraindikasi mutlak/absolut dan kontraindikasi relatif. Kontraindikasi mutlak meliputi penyakit tromboflebitis atau tromboemboli, penyakit serebrovaskuler, dan juga penyakit jantung koroner. Penyakit tersebut diderita saat ini atau pernah diderita pada saat lampau.. Penyakit lain adalah kanker payudara serta penyakit kanker lain yang dipengaruhi oleh estrogen, perdarahan pervaginam abnormal yang tidak terdiagnosis, kehamilan dan gangguan faal hati (4, 6, 14). Sedangkan kontra indikasi relatif meliputi penyakit hipertensi, diabetes melitus, perokok, umur lebih dari 35 tahun, penyakit kandung empedu, gangguan faal hati ringan, gangguan faal ginjal dimasa lalu, epilepsi dan mioma uteri

i) Efektivitas

Pil kombinasi memiliki efektivitas yang tinggi (hamper menyerupai efektivitas tubektomi), bila digunakan setiap

hari (1 kehamilan per 1000 perempuan dalam tahun pertama penggunaan). Pil progestin/minpil sangat efektif 98,5% (Saifuddin, 2013).

5. KB suntik

a) Pengertian

KB suntik/suntik KB adalah suatu cara kontrasepsi yang diberikan melalui suntikan (Maryunani, 2016). Kontrasepsi suntik adalah kontrasepsi hormonal jenis suntikan yang dibedakan menjadi dua macam yaitu DMPA (depo medroksiprogesterone asetat) dan kombinasi (Susilowati, 2012).

b) Cara Kerja KB Suntik

- 1) Mencegah lepasnya sel telur dari indung telur wanita.
- 2) Mengentalkan lendir mulut rahim, sehingga sel mani tidak dapat masuk dalam rahim.
- 3) Menipiskan endometrium. (Maryunani, 2016)

c) Macam-macam KB Suntik

- 1) Kontrasepsi DMPA

(a) Menurut Bazied (2002) Suntik DMPA berisi depot medroksiprogesterone asetat yang diberikan dalam suntikan tunggal 150 mg/ml secara intramuscular (IM) setiap 12 minggu (Susilowati, 2012)

(b) Depo Noretisteron Enatat (Depo Noristerat), yang mengandung 200 mg Norestindron Enatat, diberikan setiap bulan dengan cara disuntik intramuscular. (Saifuddin, 2013).

2) Kontrasepsi Kombinasi

Depo estrogen-progesteron Jenis suntikan kombinasi ini terdiri dari 25 mg Depo Medroksiprogesteron Asetat dan 5 mg Estrogen Sipionat (Siregar, 2010).

d) Keuntungan

1) Dapat digunakan oleh perempuan usia > 35 tahun (Siregar, 2010).

2) Pemberiannya sederhana setiap 8-12 minggu.

3) Tingkat efektivitasnya tinggi.

4) Hubungan seks dengan suntikan KB bebas.

5) Pengawasan medis yang ringan.

- 6) Dapat diberikan pascapersalinan, pascakeguguran atau pascamenstruasi.
- 7) Tidak mengganggu pengeluaran laktasi dan tumbuh kembang bayi.
- 8) Suntikan KB cyclofem diberikan setiap bulan dan peserta KB akan mendapatkan menstruasi.

(Manuaba dkk, 2010)

e) Kerugian

- 1) Perdarahan yang tidak menentu.
- 2) Terjadi amenorea (tidak datang bulan) berkepanjangan.
- 3) Masih terjadi kemungkinan hamil.
- 4) Kerugian atau penyulit inilah yang menyebabkan peserta KB menghentikan suntikan KB. (Manuaba dkk, 2010).

f) Efek Samping

- 1) Gangguan haid.
- 2) Berat badan yang bertambah.
- 3) Sakit kepala.

- 4) Pada system kardiovaskuler efeknya sangat sedikit, mungkin ada sedikit peninggian dari kadar insulin dan penurunan HDL-kolesterol. (Hartanto, 2015)

g) Indikasi

- 1) Hamil atau diduga hamil.
- 2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- 3) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid.
- 4) Menggunakan obat tuberculosi (rifampisin), atau obat untuk epilepsy (fenitoin dan barbiturat).
- 5) Kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
- 6) Sering lupa menggunakan pil.
- 7) Miom uterus. Progestin memicu pertumbuhan miom uterus.
- 8) Riwayat stroke. Progestin menyebabkan spasme pembuluh darah. (Saifuddin, 2013)

h) Kontraindikasi

WHO menganjurkan untuk tidak menggunakan kontrasepsi suntikan pada:

- 1) Kehamilan.
- 2) Karsinoma payudara.
- 3) Karsinoma traktus genitalia.
- 4) Perdarah abnormal uterus. (Hartanto, 2015)

i) Efektivitas

Kedua kontrasepsi suntik mempunyai efektivitas yang tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan-tahun, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan (Saifuddin, 2013).

6. IUD/AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)

a) Pengertian

AKDR adalah alat kontrasepsi yang dipasang didalam rahim.

b) Jenis AKDR

1) AKDR Nonhormonal

(a) Pengertian

Menurut bentuknya AKDR dibagi menjadi dua yaitu: Bentuk terbuka/open device misalnya Lippes Loop, Cu-T, Cu-7, Marguiles, Spring

Coil, Multiload, Nova-T. Bentuk tertutup/closed device misalnya Ota-Ring, Atigon dan Graten Berg Ring. Menurut tambahan obat atau metal yaitu: Medicated IUD misalnya Cu-T 200 (daya kerja 3 tahun), Cu-T220 (daya kerja 3 tahun), Cu-T 300 (daya kerja 3 tahun), Cu-T 380A (daya kerja 8 tahun), Cu-7, Nova T (daya kerja 5 tahun), ML-Cu 375 (daya kerja 3 tahun). Unmedicated IUD misalnya Lippes Loop, Marguiles, Saf T Coil, Antigon.

(b) AKDR yang mengandung hormonal yaitu Progestasert-T = Alza dan LNG 20 (Kumalasari, 2015).

c) Cara Kerja

Mekanisme kerja AKDR menurut Affandi (2010) antara lain:

- 1) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopii
- 2) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri

- 3) AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi
- 4) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus

d) Keuntungan (Affandi, 2010)

- 1) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380A)
- 2) Tidak ada efek samping hormonal
- 3) Tidak mempengaruhi ASI
- 4) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus
- 5) Membantu mencegah kehamilan ektopik

e) Kerugian (Affandi, 2010) Efek samping yang umum terjadi:

- 1) Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan)
- 2) Haid lebih lama dan banyak
- 3) Perdarahan (spotting) antarmenstruasi
- 4) Saat haid akan lebih sakit

f) Komplikasi lain:

- 1) Merasakan sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan
- 2) Perdarahan berat pada waktu haid atau di antaranya yang memungkinkan penyebab anemia
- 3) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS
- 4) Penyakit radang panggul terjadi sesudah perempuan dengan IMS memakai AKDR. PRP dapat memicu infertilitas
- 5) Sedikit nyeri dan perdarahan (spotting) terjadi segera setelah pemasangan AKDR. Biasanya menghilang dalam 1-2 hari
- 6) Mungkin AKDR keluar dari uterus tanpa diketahui (sering terjadi apabila AKDR dipasang segera sesudah melahirkan)
- 7) Perempuan harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu. Untuk melakukan ini perempuan harus memasukan jarinya ke dalam vagina, sebagian perempuan tidak mau melakukan

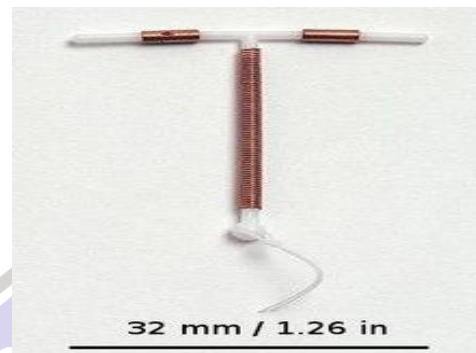
g) indikasi (Affandi, 2010)

- 1) Usia reproduktif
- 2) Kedaan nulipara

- 3) Setelah melahirkan dan tidak mau menyusui
 - 4) Tidak menghendaki metode hormonal
 - 5) Perokok
 - 6) Gemuk maupun kurus
 - 7) Penderita tumor jinak payudara
 - 8) Pusing-pusing, sakit kepala
 - 9) Tekanan darah tinggi
 - 10) Penderita diabetes
 - 11) Penyakit tiroid
 - 12) Setelah kehamilan ektopik
- h) Kontra indikasi (Affandi, 2010)
- 1) Sedang hamil
 - 2) Perdarahan vagina yang tidak diketahui
 - 3) Sedang menderita infeksi alat genitalia (vaginitsis, servitsitis)
 - 4) Kanker alat genitalia
 - 5) Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri
 - 6) Diketahui menderita penyakit TBC pelvic

Gambar 2.14

AKDR



Sumber : kumalasari, 2015.

i) Prosedur pemasangan AKDR/IUD

- 1) Persiapkan alat dan bahan
- 2) Tahap prainteraksi
- 3) Baca catatan medis.
- 4) Cuci tangan dan keringkan.
- 5) Tahap orientasi
- 6) Berikan salam.
- 7) Jelaskan prosedur dan tujuan tindakan.
- 8) Memastikan klien memang memilih Intra Uterine Device (IUD).
- 9) Menilai pengetahuan klien tentang efek samping yang umum pada Intra Uterine Device (IUD).

- 10) Menjelaskan kepada klien tentang apa yang akan dilakukan dan mempersilahkan klien mengajukan pertanyaan.
- 11) Sampaikan kepada klien kemungkinan akan merasakan sedikit rasa sakit.
- 12) Pastikan klien telah mengosongkan kandung kemihnya.

j) Tahap kerja

- 1) Mempersilahkan klien berbaring di tempat tidur serta atur posisi (litotomi).
- 2) Meminta klien untuk membuka pakaian bagian bawah.
- 3) Memakai pelindung diri (scort dan sarung tangan steril).
- 4) Membersihkan vagina dan vulva dengan kapas sublimat atau cebok dan air DTT.
- 5) Periksa genetalia ekstremitas untuk memeriksa adanya ulkus, pembengkakan kelenjar getah bening (bubo), pembengkakan kelenjar bartolini dan kelenjar skene.

- 6) Lakukan pemeriksaan spekulum untuk memeriksa adanya cairan vagina, servitis, dan pemeriksaan mikroskopis jika diperlukan.
- 7) Lakukan pemeriksaan panggul untuk menentukan besar, posisi uterus, konsistensi, dan mobilitas uterus. Untuk memeriksa adanya nyeri goyang serviks dan tumor pada adneksa atau pada kavum douglasi.
- 8) Melepaskan spekulum dan sarung tangan serta rendam dengan larutan klorin.
- 9) Buka kemasan AKDR/IUD, lipat kedua bagian sisi yang terbuka.
- 10) Keluarkan pendorong dari kemasan dan masukkan ke dalam tabung inserter, dorong hati-hati hingga menyentuh ujung batang AKDR.
- 11) Masukkan lengan AKDR/IUD di dalam kemasan sterilnya.
- 12) Memakai sarung tangan baru dan steril.
- 13) Memasang duk steri.l
- 14) Memasukkan spekulum dan usap vagina serta serviks dengan larutan antiseptik 2-3 kali.
- 15) Gunakan tenakulum untuk menjepit serviks pada posisi jam sepuluh atau jam dua. (16) Memasukkan

sonde uterus untuk menentukan posisi uterus dan kedalaman kavum uteri.

16) Pasang AKDR/IUD.

17) Atur letak leher biru pada tabung inserter sesuai dengan kedalaman kavum uteri. (19) Pegang tabung AKDR dengan leher biru dalam posisi horizontal (sejajar lengan AKDR).

18) Lakukan tarikan hati-hati pada tenakulum, masukkan tabung inserter ke dalam uterus sampai leher biru menyentuh serviks atau samapi terasa adanya tahanan.

19) Lepaskan lengan AKDR/IUD dengan menggunakan teknik menarik (withdrawal technique) keluar pendorong. Pergunakan tenakulum untuk menahan saat melepas lengan AKDR/IUD.

20) Setelah lengan AKDR lepas, dorong secara perlahan-lahan tabung inserter ke dalam kavum uteri sampai leher biru menyentuh serviks. Pastikan AKDR/IUD telah terpasang sampai di fundus.

21) Tarik keluar sebagian tabung inserter, kemudian dorong benang AKDR/IUD kira-kira 3-4 cm panjangnya. Pastikan sisa benang AKDR yang telah

terpotong masih berada di dalam tabung inserter untuk memudahkan pembuangannya.

22) Buang bahan-bahan habis pakai (kapas/kasa) yang terkontaminasi darah atau cairan vagina ke dalam kantong plastik yang tidak bocor sebelum melepas sarung tangan.

23) Lakukan dekontaminasi alat-alat dan sarung tangan dengan segera setelah dipakai. Rendam alat-alat dan sarung tangan dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit sebelum dicuci dan didisinfeksi. Ajarkan ibu bagaimana cara memeriksa benang AKDR/IUD dengan menggunakan model jika tersedia.

24) Mendiskusikan apa yang harus dilakukan jika ibu mengalami efek samping.

25) Meminta ibu untuk menunggu diklinik selama 15-30 menit setelah pemasangan AKDR/IUD.

k) Tahapan terminasi

- 1) Evaluasi keadaan klien.
- 2) Simpulkan hasil kegiatan.
- 3) Lakukan kontrak untuk lanjutnya.
- 4) Akhiri kegiatan.
- 5) Cuci tangan dan keringkan.

6) Dokumentasi Catat hasil pemasangan AKDR/IUD dalam catatan keperawatan. (Kumalasari, 2015).

l) Prosedur pelepasan AKDR/IUD Tindakan Pra Pencabutan

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

2) Bantu klien ke meja pemeriksaan.

3) Cuci tangan dengan air sabun, keringkan dengan kain bersih.

4) Pakai sarung tangan baru yang telah di DTT.

5) Atur peralatan dan bahan-bahan yang akan dipakai dalam wadah steril atau DTT. Tindakan Pencabutan

6) Lakukan pemeriksaan bimanual:

(a) Pastikan gerakan serviks bebas.

(b) Tentukan besar dan posisi uterus.

(c) Pastikan tidak ada infeksi atau tumor pada adneksa.

(d) Pasang speculum vagina untuk melihat serviks.

(e) Usap vagina dan serviks dengan larutan antiseptic 2 sampai 3 kali.

(f) Jepit benang yang dekat dengan klem.

(g) Tarik keluar benang dengan mantap tetapi hati-hati untuk mengeluarkan AKDR.

(h) Tunjukkan AKDR tersebut pada klien, kemudian rendam dalam larutan klorin 0,5%. g) Keluarkan speculum dengan hati-hati.

m) Tindakan Pasca Pencabutan

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

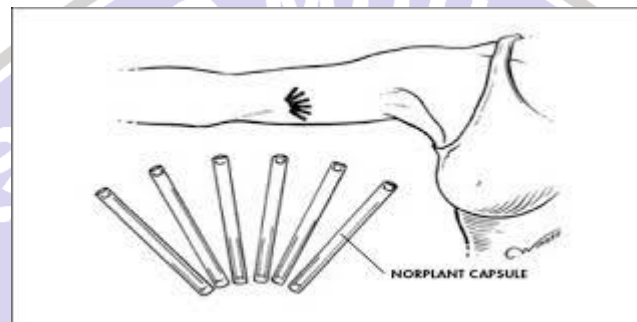
7. Implant

- a) Efektif 5 tahun untuk Norplant, 3 tahun untuk jadena, indoplant, atau implanon
 - b) Nyaman
 - c) Dapat dipakai oleh semua ibu dalam semua usia reproduksi
 - d) Pemasangan dan pencabutan perlu pelatihan
 - e) Kesuburan segera kembali setelah implant dicabut
 - f) Efek samping utama berupa perdarahan tidak teratur, perdarahan bercak, dan amenorea
 - g) Aman dipakai pada masa laktasi (Dewi, 2013).
- 1) Cara kerja kontrasepsi implant
 - (a) Mengentalkan lendir serviks dan jumlahnya sedikit, sehingga menghambat pergerakan/transportasi sperma.
 - (b) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi sekalipun telah terjadi fertilisasi antara sperma dan ovum
 - (c) Mengurangi transportasi sperma. Perubahan lendir serviks menjadi lebih kental dan sedikit, sehingga menghambat pergerakan sperma.

- (d) Menekan ovulasi. Levonogrestrel menyebabkan supresi terhadap lonjakan Luteinizing Hormone (LH), baik dalam hipotalamus maupun hipifisis yang penting untuk ovulasi (Hidayati, 2009).

Gambar 2.15

Implant dan tempat pemasangan implant



Sumber : kumalasari, 2015.

h) Jenis-jenis kontrasepsi Implan

1) Norplant

- (a) Terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm dan diameter 2,4 mm yang berisi 36 mg Levonorgestrel dan lama kerjanya 5 tahun.

- (b) Implanon Terdiri dari 1 batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm dan diameter 2 mm yang berisi 68 mg 3 ketodesogestrel dan lama kerjanya 3 tahun.

(c) Jadena dan indoplant Terdiri atas dua batang yang berisi dengan 75 mg levonogrestrel dengan lama kerja tiga tahun. (Dewi, 2013).

(d) Uniplant Terdiri atas satu batang putih silastik dengan panjang 4 cm, yang mengandung 38 mg nomegestrol asetat dengan kecepatan pelepasan sebesar 100 g per hari dan lama kerja satu tahun.

(e) Capronor Terdiri atas satu kapsul biodegradable.

Biodegradable implan melepaskan progestin dari bahan pembawa/pengangkut yang secara perlahan-lahan larut dalam jaringan tubuh.

Kapsul ini mengandung levonogrestrel dan terdiri atas polimer E-kaprolakton. Mempunyai diameter 0,24 cm, terdiri atas dua ukuran dengan panjang 2,5 cm mengandung 16 mg levonogrestrel, dan kapsul dengan panjang 4 cm yang mengandung 26 mg levonogrestrel. Lama kerja 12-18 bulan.

Kecepatan 200 pelepasan levonogrestrel dari kaprolakton adalah sepuluh kali lebih cepat dibandingkan slastik (Kumalasari, 2015).

i) Keuntungan

1) Daya guna tinggi

2) Perlindungan jangka panjang (sampai lima tahun)

- 3) Pengembalian kesuburan yang cepat.
 - 4) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam.
 - 5) Bebas dari pengaruh estrogen.
 - 6) Tidak mengganggu kegiatan senggama.
 - 7) Tidak mengganggu Air Susu Ibu (ASI).
 - 8) Pasien hanya kembali ke klinik apabila ada keluhan.
 - 9) Dapat dicabut setiap saat.
 - 10) Mengurangi jumlah darah menstruasi terjadi penurunan dalam jumlah rata-rata darah menstruasi yang hilang.
 - 11) Mengurangi/memperbaiki amenia (Hidayati, 2009).
- j) Kerugian
- 1) Nyeri kepala.
 - 2) Peningkatan berat badan.
 - 3) Jerawat.
 - 4) Perubahan perasaan (mood) atau kegelisahan (nervousness).
 - 5) Membutuhkan tindak pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan.
 - 6) Tidak memberikan efek protektif terhadap infeksi menurut seksual termasuk AIDS.
 - 7) Klien tidak dapat menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi.

- 8) Efektivitas menurun bila menggunakan obat-obat tuberkulosis (rifampisin) atau obat epilepsi (fenitoin dan barbiturat).
- 9) Insiden kehamilan ektopik sedikit lebih tinggi (Kumalasari, 2015).

k) Indikasi

- 1) Pemakaian Keluarga Berencana (KB) yang jangka waktu lama.
- 2) Masih berkeinginan punya anak lagi, tapi jarak antara kelahirannya tidak terlalu dekat.
- 3) Tidak dapat memakai jenis Keluarga Berencana (KB) yang lain (K Sukarni, 2013).

l) Kontra indikasi

- 1) Hamil atau di duga hamil, perdarahan vagina tanpa sebab.
- 2) Wanita dalam usia reproduktif.
- 3) Telah atau belum memiliki anak.
- 4) Menginginkan kontrasepsi jangka panjang (3 tahun untuk jadena).
- 5) Menyusui dan memutuhkan kontrasepsi.
- 6) Pasca persalinan dan tidak menyusui.
- 7) Pasca keguguran.

- 8) Tidak menginginkan anak lagi, tetapi menolak kontrasepsi mantap.
- 9) Riwayat kehamilan ektopik.
- 10) Tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bula sabit (*sickle cell*).
- 11) Tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal yang mengandung estrogen.
 - l) Sering lupa menggunakan pil.
- 12) Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya.
- 13) Benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
- 14) Tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi.
- 15) Miom uterus dan kanker payudara.
- 16) Gangguan toleransi glukosa (K Sukarni, 2013).
 - m) Prosedur pemasangan implant
 - 1) Persiapkan alat dan perlengkapan
 - 2) Tahap prainteraksi
 - 3) Baca catatan medis klien.

- 4) Siapkan alat-alat secara ergonomis, periksa kelengkapan alat dan letakkan pada tempat yang mudah dijangkau.
- 5) Cuci tangan.
- n) Tahap orientasi
 - 1) Beri salam.
 - 2) Beri penjelasan pada klien atas tindakan yang akan dilakukan.
 - 3) Memberikan informed consent pada klien tentang tindakan yang akan dilakukan serta mempersiapkan klien untuk pemasangan implan.
 - 4) Anjurkan ibu untuk mencuci lengan dengan sabun dan air.
 - 5) Kemudian naik ke atas tempat tidur.
- o) Tahap kerja
 - 1) Persilahkan ibu berbaring dan lengan diletakkan pada samping meja atau tempat tidur. Lengan harus dapat digerakkan lurus atau bengkok untuk memudahkan pemasangan.
 - 2) Pasang pengalas di atas lengan yang akan dipasang implan (biasanya pada lengan kiri kecuali untuk akseptor yang kidal).

- 3) Tentukan tempat pemasangan 8 cm di atas lipatan siku. Gunakan pola template dan spidol untuk membuat pola tempat pemasangan implan.
- 4) Cuci tangan kembali.
- 5) Masukkan lidokain ke dalam spuit dan simpan dalam bak instrumen.
- 6) Pakai sarung tangan steril.
- 7) Gunakan handscoon sebelah kanan dengan cara yang benar jangan sampai robek atau menyentuh bagian luar handscoon.
 - (a) Pasang handscoon sebelah kiri.
- 8) Usap tempat pemasangan implan dengan larutan antiseptik dan pasang duk berlubang steril.
- 9) Mulai mengusap dari tempat yang akan dilakukan insisi ke arah luar dengan gerakan melingkar, sekitar 8-13 cm dan biarkan kering.
- 10) Pasang duk steril.
- 11) Anestesi tempat insisi dengan lidokain 1%. Menyuntikkan anestesi tepat di bawah kulit sepanjang jalur tempat pemasangan.
- 12) Buat insisi pada lengan. Buat insisi dangkal selebar 2 mm hanya untuk menembus kulit.
- 13) Tusukkan troker dan pendorongnya.

- 14) Memasukkan troker dengan ujung mengarah ke atas tepat dibawah kulit sampai dengan tanda satu.
- 15) Jangan dengan paksaan. Jika terdapat tahanan, coba dari sudut lainnya.
- 16) Angkat troker ke atas. Masukkan troker sepanjang jalur tempat pemasangan (sesuai dengan pola) sambil kulit diangkat sehingga penempatan kapsul tepat di bawah kulit (batas masuknya troker sampai dengan tanda satu).
- 17) Tarik pendorong keluar dan masukkan kapsul implan.
- 18) Jika kapsul diambil dengan tangan, pastikan sarung tangan tersebut bebas dari bedak atau partikel lain. Jika perlu gunakan klem penjepit.
- 19) Kapsul yang tersentuh kapas atau bahan lain akan menjadi lebih reaktif (lebih sering menyebabkan perlekatan atau jaringan parut, karena partikel kapas menempel pada kapsul silastik).
- 20) Masukkan kembali pendorong dan dorong kapsul. Jangan mendorong kapsul dengan paksa.
- 21) Tahan pendorong dan menarik troker keluar sampai di batas ujung dua.

22) Fiksasi kapsul pertama dengan jari telunjuk. Raba ujung kapsul dengan jari, untuk memastikan kapsul sudah keluar seluruhnya dari trokar. Kapsul harus bebas dari trokar untuk menghindari terpotongnya kapsul saat trokat digerakkan untuk memasang kapsul berikutnya.

23) Pindahkan trokar dengan cara memutar ujung trokar tanpa mencabut trokar untuk memasukkan implan berikutnya.

(a) Geser trokar sekitar 15° untuk memasang kapsul berikutnya.

24) Pastikan kapsul pertama bebas.

25) Lanjutkan pemasangan implan sampai seluruh implan terpasang. Posisi kapsul implan seperti kipas.

26) Keluarkan trokar setelah kedua kapsul terpasang. Tekan tempat insisi dengan jari selama satu menit untuk menghentikan perdarahan dan bersihkan tempat pemasangan dengan kapas antiseptic

27) Tutup luka insisi. Temukan tepi kedua insisi dan gunakan plester dan tutup dengan kasa steril pastikan tidak ada perdarahan.

28) Periksa 15-20 menit apakah ada perdarahan, tutup dengan pembalut.

29) Rapikan ibu dan rendam peralatan ke dalam larutan klorin 0,5%. Rendam selama 10 menit untuk dekontaminasi alat sebelum dicuci.

p) Tahap terminasi

- 1) Evaluasi klien.
- 2) Simpulkan hasil kegiatan.
- 3) Lakukan kontrak selanjutnya.
- 4) Akhiri kegiatan dan bersihkan alat-alat.
- 5) Cuci tangan
- 6) Dokumentasi Temui klien kembali dan lakukan pendokumentasian. Beritahu rencana selanjutnya dengan jelas dan lengkap serta melakukan pendokumentasian. (Kumalasari, 2015).

q) Prosedur pelepasan implan

- 1) Persiapan alat
- 2) Tahap prainteraksi
- 3) Baca catatan keperawatan.
- 4) Siapkan alat-alat dan privasi klien.
- 5) Cuci tangan.

r) Tahap orientasi

- 1) Beri salam.
- 2) Jelaskan prosedur dan tindakan yang akan dilakukan.

- 3) Anjurkan klien untuk mencuci seluruh lengannya dengan sabun dan air yang mengalir serta membilasnya. Pastikan tidak terdapat sisa sabun.
- s) Tahap kerja
- 1) Persilakan klien berbaring di tempat tidur.
 - 2) Pasang duk steril untuk menutupi lengan.
 - 3) Raba lokasi yang akan diinsisi.
 - 4) Lakukan anestesi lokal pada daerah yang akan diinsisi ($\pm 0,5\%$).
 - 5) Lakukan insisi melintang 4 mm di ujung bawah kapsul (0,5 mm) dengan skalpel.
 - 6) Cabut kapsul yang mudah teraba dari luar dengan menggunakan klem.
 - 7) Dorong kapsul ke arah insisi dengan jari tangan sampai ujung kapsul tampak. (8) Masukkan klem melalui ujung luka insisi, jepitkan megarah ke kulit, teruskan sampai berada di bawah ujung kapsul dekat siku. Buka dan tutup jepitan klem untuk memotong secara tumpul jaringan parut yang mengelilingi ujung kapsul. (9) Cabut kapsul satu per satu sampai selesai.
 - 8) Jika sulit dikeluarkan, buka jaringan ikat yang mengelilingi kapsul dengan menggosok-gosok kasa

steril untuk memudahkan pencabutan kapsul, kemudian sayat dengan skalpel secara hati-hati untuk mencegah terpotongnya kapsul

9) Jepit kapsul yang sudah terpapar dengan menggunakan klem sampai dengan kapsul terangkat semua.

10) Observasi perdarahan dan berikan obat analgetik.

11) Tutup bekas luka insisi dengan plester dan kasa steril.

t) Tahap terminasi

1) Evaluasi klien.

2) Simplkan hasil kegiatan.

3) Lakukan kontrak untuk selanjutnya.

4) Akhiri kegiatan.

5) Cuci tangan.

6) Dokumentasi Catat hasil pelepasan implan di dalam catatan keperawatan. (Kumalasari, 2015).

8. Tubektomi

a) Pengertian

Tindakan pembedahan yaitu memotong tuba fallopi/tuba uterine yang mengakibatkan orang atau pasangan yang bersangkutan tidak akan memperoleh keturunan lagi dan bersifat permanen. Metode kontrasepsi permanen yang

hanya diperuntukkan bagi mereka yang memang tidak ingin atau boleh memiliki anak (karena alasan kesehatan). (K Sukarni, 2013). Tujuan Tubektomi 4 macam sterilisasi berdasarkan tujuannya:

- 1) Sterilisasi hukuman (*compulsary sterilization*).
- 2) Sterilisasi eugenik, yaitu untuk mencegah berkembangnya kelainan mental secara turun temurun.
- 3) Sterilisasi medis, yaitu dilakukan berdasarkan indikasi medis demi keselamatan wanita tersebut karena kehamilan berikutnya dapat membahayakan jiwa.
- 4) Sterilisasi sukarela, yaitu yang bertujuan ganda dari sudut kesehatan, sosial ekonomi, dan kependudukan.

b) Cara melakukan tubektomi

- 1) Dengan memotong saluran telur (tubektomi): Ada beberapa cara melakukan teknik tubektomi/sterilisasi, yaitu :

- (a) Cara pemoeroy Cari tuba lalu angkat pada pertengahannya sampai membentuk lengkungan. Bagian yang berada di bawah klem, diikat dengan benang yang dapat diserap

oleh jaringan. Lakukan pemotongan (tubektomi) pada bagian atas ikatan, setelah luka sembuh dan benang ikatan diserap, kedua ujung tuba akan berpisah satu dan lainnya.

(b) Cara Kroener Cari tuba lalu ikat pada fimbria dengan klem, buatlah dua ikatan, lakukan fimbriektomi pada ujung yang tidak diikat.

(c) Cara Medlener Cari tuba, angkat pada pertengahannya dan klem. Bagian bawah klem, diikat dengan benang yang mudah diserap oleh jaringan, kemudian klem dilepas dan dibiarkan tanpa dilakukan pemotongan.

(d) Cara Aldridge Buat insisi kecil pada peritonium, buka sedikit dengan klem tangkap fimbria, lalu tanamkan kedalam atau dibawah ligamentum. Luka dijahit dengan beberapa jahitan.

(e) Cara Uchida Tuba dicari dan dikait keluar, kemudian disekitar ampula tuba disuntikkan larutan salin-adrenalin. Didaerah ini dilakukan insisi kecil, tuba diikat kemudian dipotong (tubektomi).

(f) Cara Irving Tuba diikat pada dua tempat dengan benang yang dapat diserap, lalu dilakukan tubektomi diantara kedua ikatan. Dibuat insisi kecil kedalam miomauterium pada sudut tuba fundus uteri. Ujung sebelah proksimal dibenamkan kedalam insisi miomauterium tadi. Ujung bagian distal boleh pula dibenamkan ke ligamentum latum.

c) Indikasi

1) Indikasi medis umum

(a) Apabila adanya gangguan fisik atau psikis yang akan menjadi lebih berat bila wanita ini hamil lagi.

(b) Gangguan fisik : tuberculosis, penyakit jantung, penyakit ginjal, kanker payudara, dan sebagainya.

(c) Gangguan psikis : skizorfenia, dan sebagainya.

2) Indikasi medis obstetrik Yaitu toksemia gravidarum yang berulang, seksio sesaria berulang, abortus yang berulang dan sebagainya.

3) Indikasi medis ginekologik Yaitu disaat melakukan operasi ginekologik dapat pula dipertimbangkan untuk sekaligus melakukan sterilisasi.

4) Indikasi sosial-ekonomi Yaitu indikasi berdasarkan banyaknya anak dengan sosial-ekonomi yang rendah.

d) Kontraindikasi

- 1) Hamil
- 2) Perdarahan vaginal yang belum terjelaskan.
- 3) Infeksi sistemik atau pelvik yang akut.
- 4) Tidak boleh melakukan proses pembedahan.
- 5) Kurang pasti mengenai keinginan untuk fertilisasi di masa depan.
- 6) Ibu dalam keadaan menstruasi dengan usia reproduksi.
- 7) Belum memberikan persetujuan tertulis.

e) Kelebihan

- 1) Sangat efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan).
- 2) Tidak mempengaruhi proses menyusui.

- 3) Tidak bergantung pada faktor senggama, baik bagi klien yang apabila kehamilan akan menjadi faktor resiko kesehatan yang serius.
 - 4) Pembedahan sederhana, dapat dilakukan dengan anastesi lokal.
 - 5) Tidak ada efek samping dalam jangka panjang.
 - 6) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual (tidak ada efek pada produksi hormon ovarium).
 - 7) Berkurangnya resiko kenker ovarium.
- f) Kerugian
- 1) Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini (tidak dapat dipulihkan kembali).
 - 2) Klien dapat menyesal di kemudian hari.
 - 3) Risiko komplikasi kecil (meningkat apabila digunakan anastesi umum).
 - 4) Rasa sakit/ ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan.
 - 5) Dilakukan oleh dokter yang telah (dibutuhkan dokter spesialis ginekologi atau dokter spesialis bedah untuk proses laparoskopi).
 - 6) Tidak melindungi diri dari (Penyakit Menular Seksual) PMS , termasuk HIV/AIDS.

9. Vasektomi

a) Pengertian

Vasektomi merupakan suatu metode kontrasepsi operatif minor pada pria yang sangat aman sederhana dan sangat efektif, memakan waktu operasi yang singkat dan tidak memerlukan anestesi umum. Tetapi diseluruh dunia, kontrasepsi pria masih merupakan metode yang terbaik dan kurang mendapat perhatian, baik dari pihak pria/suami/maupun petugas medis keluarga berencana. Di masa lalu, hal tersebut disalahkan pada sikap pihak pria/suami yaitu :

- 1) Pria lebih tertarik untuk menunjukkan kejantannya dari pada ikut bertanggung jawab dalam perencanaan keluarganya.
- 2) Pria takut bahwa tidak kontab pria akan melukai kehidupan seksnya.
- 3) Menyamakan tindakan kontap pria dengan pengebirian (kastrasi). Disamping itu, sebab-sebab lain yang mungkin menyebabkan kontap pria kurang mendapat minat yaitu :

- (a) Tersedianya metode kontrasepsi baru

(b) Prosedur-prosedur yang membuat kontak wanita menjadi lebih aman dan lebih mudah dikerjakan dibandingkan sebelumnya.

(c) Minat yang kurang dari petugas Keluarga Berencana (KB), yang umumnya terlatih dalam bidang kesehatan ibu dan anak.

(d) Angka perceraian yang meningkat.

(e) Dasar dari vasektomi Okulasi Vasdiferen, sehingga menghambat perjalanan spermatozoa dan tidak didapatkan spermatozoa di dalam semen/ejakulasi (tidak ada penghantar spermatozoa dari testis ke penis).

b) Keuntungan kontak pria

1) Efektif
2) Aman, morbiditas rendah dan hampir tidak ada mortilitas.

3) Sedrhana

4) Cepat, hanya memerlukan waktu 5-10 menit.

5) Menyenangkan bagi akseptor karena memerlukan anestesi lokal saja.

6) Biaya rendah

7) Secara kultural, sangat di anjurkan di negara-negara di mana wanita merasa malu untuk ditangani oleh

dokter pria atau kurang tersedia dokter wanita dan paramedic wanita.

c) Kerugian Vasektomi

- 1) Diperlukan tindakan operatif
- 2) Kadang-kadang menyebabkan komplikasi seperti perdarahan atau infeksi
- 3) Kontap-pria belum memberikan perlindungan total sampai semua spermatozoa, yang sudah ada di dalam sistem reproduksi distal dari tempat okulasi vasdiferens, dikeluarkan.
- 4) Probelm psikologis yang berhubungan dengan perilaku seksual mungkin bertambah parah setelah tindakan operatif yang menyangkut sistem reproduksi pria.

d) Kontra indikasi vasektomi

- 1) Infeksi kulit lokal, misalnya scabies.
- 2) Infeksi traktus genetalia.
- 3) Kelainan skrotum dan sekitarnya
- 4) Penyakit sistemik misalnya penyakit-penyakit perdarahan, Diabetes Melitus (DM).
- 5) Riwayat perkawinan, psikologis atau seksual yang tidak stabil (K Sukarni, 2013).

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kehamilan

A. Pengkajian

pengkajian dilakukan dengan menggunakan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap (Simatupan, 2008 dalam Nurhayati 2014).

1. Data subyektif

a) Identitas pasien

Data yang didapat dari pasien sebagai suatu pendapat terhadap situasi dan kejadian (Nusalam, 2009). Identitas pasien menurut Diah Wulandari (2008) adalah:

1) Nama

Dinyatakan dengan tujuan agar dapat mengenal pasien dan tidak keliru dengan nama pasien lain.

2) Umur

Untuk mengetahui faktor resiko dilihat umur pasien

3) Agama

Untuk memberikan motivasi pasien sesuai dengan agama yang dianut, agar peugas lebih mudah dalam pendekatan dan pemberian dorongan moral pada pasien.

4) Suku bangsa

Mempermudah dalam pelaksanaan asuhan kebidanan untuk mengetahui faktor pembawa atau ras.

5) Pendidikan

Untuk mengetahui tingkat yang nantinya penting dalam memberikan pendidikan kesehatan pasien sesuai dengan tingkat pendidikannya agar motivasi yang diberikan petugas dapat diterima sesuai pengetahuannya.

6) Pekerjaan

Untuk mengetahui tingkat sosial ekonomi

7) Alamat

Untuk mengetahui dimana lingkungan tempat tinggalnya dan untuk mempermudah bila sewaktu-waktu diperlukan

b) Keluhan Utama

Beberapa ketidaknyamanan umum pada ibu hamil Trimester III antara lain sering kencing, nyeri ulu hati, konstipasi, kram tungkai, edema dependen, dispareunia, insomnia, nyeri punggung bawah, sesak nafas, hemoroid, varises dan leukorea sehubungan dengan meningkatnya produksi kelenjar dan lendir endoservikal sebagai akibat dari peningkatan kadar estrogen. Ketidaknyamanan

pada ibu hamil Trimester III, yaitu sakit kepala dan striae gravidarum (Marmi, 2011)

c) Alasan datang

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

d) Riwayat Menstruasi

Adalah untuk mengetahui menarche, umur berapa haid pertama, teratur atau tidak, siklus haid, lama haid, banyaknya darah, dismenorhoe atau tidak, haid terakhir (Manuaba, 2008)

e) Riwayat Obstetri

1) Gravida/Para

2) Tipe golongan darah (ABO dan Rh)

3) Kehamilan yang lalu

(a) Tanggal persalinan

(b) Usia gestasi

(c) empat lahir

(d) Bentuk persalinan (spontan, SC, forcep, atau vakum ekstraksi)

(e) Masalah obstetrik, medis dan sosial yang

lain, dalam kehamilan (Preeklamsia dan

lain-lain), dalam persalinan (malpresentasi,

drip oksitosin dan lain-lain), dalam nifas (perdarahan, infeksi, bagaimana laktasi, dan lain-lain), berat badan bayi, jenis kelamin, kelainan congenital bayi dan komplikasi seperti ikterus, status bayi saat lahir (hidup atau mati), status kehidupan bayi, jika meninggal apa penyebabnya

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

f) 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 yang lebih baik (Rukiyah, 2009).

g) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah ibu sebelum hamil pernah menggunakan KB atau belum, jika pernah lamanya berapa tahun, Jenis KB yang digunakan (Estiwidani

dkk, 2008). Pasien yang 3 bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septic tidak boleh menggunakan kontrasepsi IUD (Saifudin, 2012). Untuk berencana KB yang akan datang lagi pasangan yang berusaha membatasi kehamilan sapat menggunakan metode KB yang, meliputi KB metode sederhana (kondom, spermisida, coitus interruptus, pantang berkala) dan metode efektif (pil KB, progesterone only pil, pil KB kombinasi, after morning pil, suntik KB, susuk KB tiap bulan). (Manuaba, 2010).

h) Riwayat kesehatan keluarga ibu

- 1) Wanita yang mempunyai riwayat kesehatan yang buruk atau wanita dengan komplikasi kehamilan sebelumnya, membutuhkan perawatan yang lebih tinggi pada saat kehamilan karena hal ini akan dapat memperberat kehamilan jika ada penyakit yang telah diderita oleh ibu sebelum hamil. Penyakit yang diderita oleh ibu dapat mempengaruhi proses kehamilannya. Sebagai 240 contoh penyakit yang akan mempengaruhi dan dapat dipicu dengan adanya kehamilan adalah hipertensi, penyakit jantung, diabetes

2) melitus, anemia serta penyakit menular seksual (Marmi, 2014).

3) Penyakit yang pernah diderita (Sekarang)

(a) Diabetes militus tergantung insulin (IDDM)

Wanita muda dengan diabetes tipe I secara umum terlihat dengan keluhan jelas poliuria, termasuk keinginan untuk berkemih terus menerus selama malam hari, meningkatnya rasa haus, lapar dengan penurunan berat badan yang berhubungan, dan kelelahan atau keletihan. Sedangkan diabetes tipe II mengalami keluhan yang hampir sama dengan diabetes tipe II seperti rasa haus, sering berkemih, dan kelelahan, tetapi yang lebih tampak yaitu adanya infeksi jamur vagina berulang, gatal, infeksi kulit, pengelihatan kabur, atau bahkan mengalami neuropati ferifer. Wanita dengan riwayat janin besar dan kehilangan janin yang tidak dapat dijelaskan sebabnya dipertimbangkan

berada pada keadaan beresiko (Varney, 2008).

(b) Hipertensi

Hipertensi dalam kehamilan dikaitkan dengan morbiditas atau mortalitas janin/neonatus serta maternal. Komplikasi yang berkaitan dengan preeklamsia berat meliputi gangguan plasenta, gagal ginjal akut, abrupsio retina, gagal janin, hemoragi serebral, IUGR, serta kematian maternal atau janin. (Walsh, 2012).

(c) Sifilis

Sifilis mudah ditularkan dalam janin melalui plasenta. Sifilis yang tidak dilakukan pengobatan dikaitkan oleh aborsi spontan, kematian janin intrauterin, kematian neonatus, dan sifilis kongenita. Lebih dari 80% ibu hamil dengan sifilis yang tidak diobati mengalami mortalitas atau pun morbiditas (Walsh, 2012).

(d) Heptitis B

Penularan HBV dari ibu ke bayi baru lahir terjadi 10% sampai 85%. Resiko

penularan pada bayi dikaitkan dengan status antigen Hbe ibu. Ibu yang seropositif untuk baik HbsAG dan HbeAF mengalami resiko tinggi penularan ke neonatus (Walsh, 2012).

(e) Infeksi ginjal dan saluran kemih

Pengaruh infeksi ginjal dan saluran kemih terhadap kehamilan terjadi karena demam yang tinggi serta menyebabkan terjadi kontraksi otot rahim sehingga dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas serta memudahkan infeksi pada neonatus. Pada kehamilan dapat menurunkan daya tahan tubuh sehingga makin meningkatkan infeksi menjadi lebih parah atau dapat menjadi sepsis yang menyebabkan kematian ibu dan janin (Manuaba, 2012).

(f) Penyakit jantung

Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas pada wanita yang menderita penyakit jantung pada proses kehamilan, persalinan dan nifas, perlu memerlukan

konseling prakonsepsi dengan memperhatikan resiko masing-masing penyakit. Pada klien yang mengalami kelainan penyakit jantung derajat 3 atau 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilih memakai kontrasepsi AKDR, Tubektomi, atau Vasektomi pada pasangannya (Saifuddin, 2014).

(g) HIV/AIDS

Pada masa kehamilan dapat memperberat kondisi klinik wanita dengan infeksi HIV. Transmisi vertikal virus AIDS dari ibu ke dalam janinya terjadi melalui perantara plasenta. Pengobatan yang dapat dilakukan pada ibu penderita HIV dan penyakit oportunistiknya dalam kehamilan merupakan masalah, karena banyak obat belum diketahui dampak buruknya terhadap kehamilannya (Wiknjosastro, 2007).

i) Riwayat Kesehatan Keluarga

1) Diabetes militus tergantung insulin (IDDM)

Wanita muda dengan diabetes tipe I secara umum

terlihat dengan keluhan jelas poliuria, termasuk keinginan untuk berkemih terus menerus selama malam hari, meningkatnya rasa haus, lapar dengan penurunan berat badan yang berhubungan, dan kelelahan atau keletihan. Sedangkan diabetes tipe II mengalami keluhan yang hampir sama dengan diabetes tipe II seperti rasa haus, sering berkemih, dan kelelahan, tetapi yang lebih tampak yaitu adanya infeksi jamur vagina berulang, gatal, infeksi kulit, pengelihan kabur, atau bahkan mengalami neuropati ferifer. Wanita dengan riwayat janin besar dan kehilangan janin yang tidak dapat dijelaskan sebabnya dipertimbangkan berada pada keadaan beresiko (Varney, 2008).

2) Hipertensi

Hipertensi dalam kehamilan dikaitkan dengan morbiditas atau mortalitas janin/neonatus serta maternal. Komplikasi yang berkaitan dengan preeklamsia berat meliputi gangguan plasenta, gagal ginjal akut, abrupsio retina, gagal janin, hemoragi serebral, IUGR, serta kematian maternal atau janin. (Walsh, 2012).

3) Sifilis

Sifilis mudah ditularkan dalam janin melalui plasenta. Sifilis yang tidak dilakukan pengobatan dikaitkan oleh aborsi spontan, kematian janin intrauterin, kematian neonatus, dan sifilis kongenita. Lebih dari 80% ibu hamil dengan sifilis yang tidak diobati mengalami mortalitas atau pun morbiditas (Walsh, 2012).

4) Hepatitis B

Penularan HBV dari ibu ke bayi baru lahir terjadi 10% sampai 85%. Resiko penularan pada bayi dikaitkan dengan status antigen Hbe ibu. Ibu yang seropositif untuk baik HbsAG dan HbeAF mengalami resiko tinggi penularan ke neonatus (Walsh, 2012).

5) Infeksi ginjal dan saluran kemih

Pengaruh infeksi ginjal dan saluran kemih terhadap kehamilan terjadi karena demam yang tinggi serta menyebabkan terjadi kontraksi otot rahim sehingga dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas serta memudahkan infeksi pada neonatus. Pada kehamilan dapat menurunkan daya tahan tubuh sehingga makin

meningkatkan infeksi menjadi lebih parah atau dapat menjadi sepsis yang menyebabkan kematian ibu dan janin (Manuaba, 2012).

6) Penyakit jantung

Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas pada wanita yang menderita penyakit jantung pada proses kehamilan, persalinan dan nifas, perlu memerlukan konseling prakonsepsi dengan memperhatikan resiko masing-masing penyakit.

Pada klien yang mengalami kelainan penyakit jantung derajat 3 atau 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilih memakai kontrasepsi AKDR, Tubektomi, atau Vasektomi pada pasangannya (Saifuddin, 2014).

7) HIV/AIDS

Pada masa kehamilan dapat memperberat kondisi klinik wanita dengan infeksi HIV. Transmisi vertikal virus AIDS dari ibu ke dalam janinya terjadi melalui perantara plasenta. Pengobatan yang dapat di lakukan pada ibu penderita HIV dan penyakit oportunistiknya dalam kehamilan merupakan masalah, karena banyak obat belum

diketahui dampak buruknya terhadap kehamilannya (Wiknjosastro, 2007).

j) Pola Fungsi Kesehatan

1) 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:

(a) 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.

(b) 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.

(c) 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.

(d) Zat Besi

Pemberian zat besi dimulai dengan memberikan satu tablet sehari segera setelah rasa mual hilang. Setiap tablet mengandung FeSO_4 320 mg (Zat besi 60 mg) dan asam folat 500 μg , minimal masing-masing 90 tablet. Tablet zat besi sebaiknya tidak diminum bersama kopi

atau teh karena mengganggu penyerapan.

Metabolisme yang tinggi pada ibu hamil memerlukan kecukupan oksigenasi jaringan yang diperoleh dari pengikatan dan pengantaran oksigen melalui hemoglobin didalam sel-sel darah merah.

Untuk menjaga konsentrasi hemoglobin normal diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg/hari terutama setelah trimester kedua. Sumber zat besi dapat diperoleh dari sayuran hijau, daging yang berwarna merah, dan kacang-kacangan. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi.

(e) Asam Folat

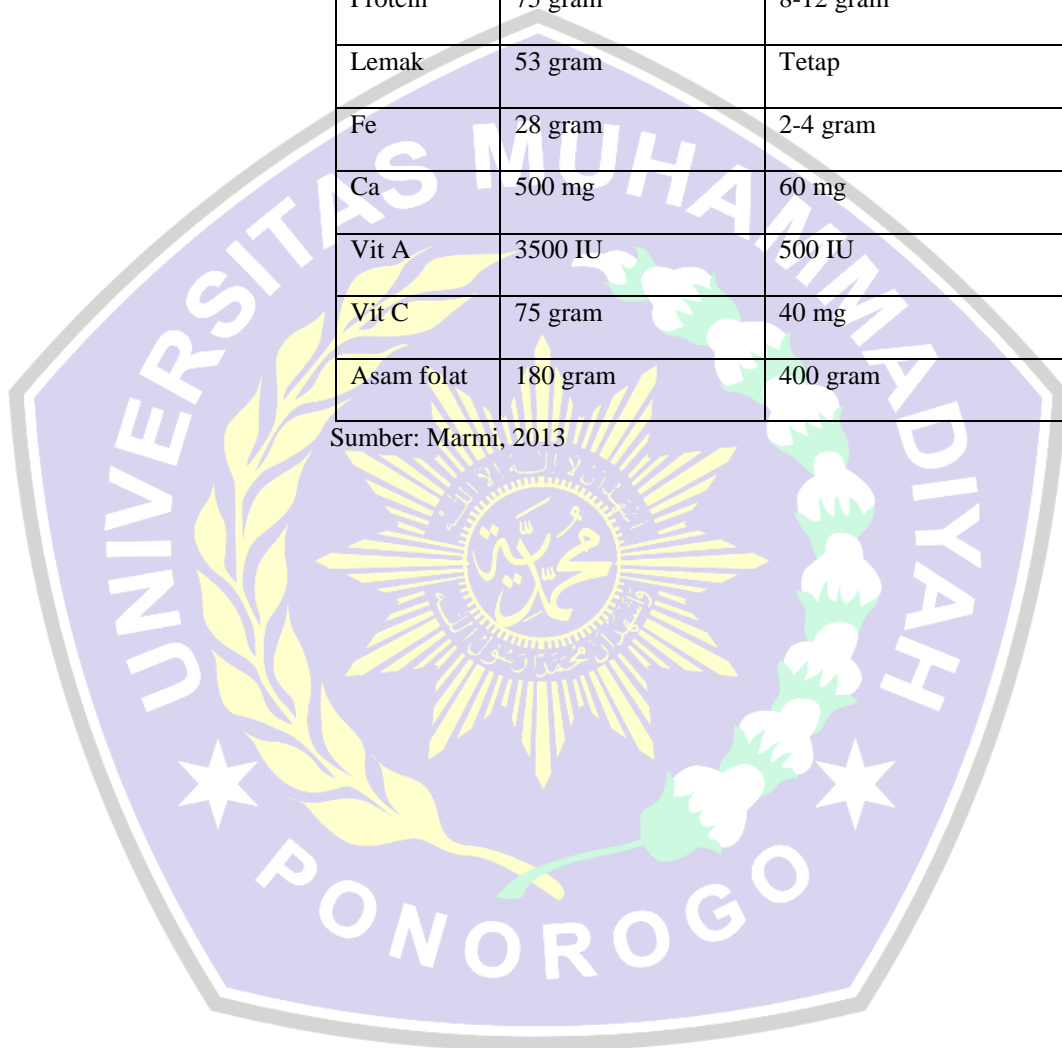
Selain zat besi, sel-sel darah merah juga memerlukan asam folat bagi pematangan sel. Jumlah asam folat yang dibutuhkan oleh ibu hamil adalah 400 mikrogram per hari, kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil

Tabel 2.10

Tambahan kebutuhan nutrisi ibu hamil

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

Sumber: Marmi, 2013



Tabel 2.11

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

2) Pola Eliminasi

(a) Buang Air Kecil (BAK)

Meningkatnya frekuensi berkemih pada kehamilan Trimester III paling sering

dialami oleh wanita primigravida setelah lightening. Hal tersebut menyebabkan bagian presentasi (terendah) pada janin akan menurun masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan pada kandung kemih ibu (Marmi, 2014).

(b) Buang Air Besar (BAB)

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

Konstipasi juga terjadi akibat efek samping mengkonsumsi zat besi, hal ini akan memperberat masalah pada wanita hamil (Marmi, 2014).

3) Pola Aktivitas

Senam hamil bertujuan untuk mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Senam

hamil dapat di lakukan pada usia kehamilan sekitar 24-28 minggu. Salah satu aktivitas yang dapat dianggap sebagai senam hamil yaitu berjalan-jalan saat hamil terutama pada pagi hari

(Manuaba, 2011). Tidak di anjurkan melakukan pekerjaan rumah tangga yang berat dan menghindari kerja fisik yang dapat menimbulkan kelelahan yang berlebih (Saifuddin, 2014).

4) Pola Istirahat dan Tidur

Istirahat yang dibutuhkan oleh wanita hamil kurang lebih adalah 6-8 jam/hari, termasuk dalam tidur siang maupun tidur pada saat malam hari.

Posisi tidur yang baik yaitu dengan tidur melingkar atau lurus pada salah satu sisi tubuh. Lebih dipilih kiri, dengan salah satu kaki menyilang di atas yang lainnya dan dengan bantal diapit di antara kedua kaki (Manuaba, 2010).

5) Pola Seksual

Hubungan seksual disarankan untuk dihentikan apa bila terdapat tanda infeksi dengan pengeluaran cairan disertai rasa nyeri atau hubungan seksual panas, terjadi perdarahan saat berhubungan seksual, terdapat pengeluaran cairan (air) yang tiba-tiba, dan hal ini tidak dianjurkan kepada ibu yang sering mengalami keguguran, persalinan sebelum waktunya, bayi

mati dalam kandungan sekitar dua minggu sebelum persalinan. (2012). Sedangkan menurut Saifuddin (2010), koitus diperbolehkan pada masa kehamilan apabila dilakukan dengan hati-hati. Pada akhir kehamilan jika kepala sudah masuk rongga panggul, koitus sebaiknya tidak dilakukan karena dapat mengakibatkan perasaan sakit dan perdarahan.

6) Personal Hygiene

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

a) 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).

k) Riwayat Psikososial dan budaya

Status perkawinan : beberapa pertanyaan yang dapat diajukan antara lain usia nikah pertamakali, status pernikahan sah/tidak, lama pernikahan, perkawinan

sekarang adalah suami yang keberapa (Sulistyawati, 2010).

2. Data Obyektif

a) Pemeriksaan Umum

1) Keadaan Umum

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

(a) Baik: jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.

(b) Lemah: Pasien dimasukkan dalam criteria ini jika ia kurang atau tidak memberi respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain dan dia sudah tidak mampu berjalan sendiri (Sulistyawati, 2010:102).

2) Kesadaran

Kesadaran Kesadaran meliputi composmentis/sadar penuh, apatis/acuh tak acuh terhadap keadaan di sekelilingnya,

samnolen/kesadaran yang ingin tidur secara terus menerus) (Indriasari, 2012).

3) Tanda-tanda Vital

(a) 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).

(b) 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).

(c) Suhu

Suhu tubuh yang normal adalah 36-37,5 °C.

Bila suhu tubuh lebih dari 37,5 °C perlu waspada adanya infeksi (Romauli, 2011).

(d) Pernafasan

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

(e) Antropometri

(1) 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).

(2) Berat Badan

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

(3) Lingkar Lengan Atas (LILA)

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi

adalah 23,5 cm. Jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah *Kurang Energi Kronis (KEK)* (Jannah, 2012).

b) Pemeriksaan Fisik

1) Kepala

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

2) Muka

Terdapat cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, dan tidak sembab. Bentuk simetris, apabila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romauli, 2011). Edema yang terdapat pada muka atau edema pada seluruh tubuh merupakan 259 salah satu tanda gejala adanya pre eklampsia (Saifuddin, 2010).

3) Mata

Konjungtiva berwarna pucat atau kemerahan, sklera berwarna putih atau tidak (Alimul, 2008).

4) Hidung

Pemeriksaan yang dapat dilakukan adalah pernafasan cuping hidung, deformitas atau penyimpangan septum, kesimetrisan, ukuran, letak, termasuk kesimetrisan lipatan nasolabil, rongga hidung terbebas dari sumbatan, perforasi septum nasal. Pemeriksaan nasal dapat dilakukan dengan spekulum (ukuran, tanda-tanda infeksi, edema pada konka nasalis, polip, tonjolan, sumbatan, ulserasi, lesi, titik-titik perdarahan, rabas, dan warna mukosa) (Varney dkk, 2008).

5) Telinga

Normal tidak terdapat serumen yang berlebihan dan tidak berbau, bentuk simetris (Romauli, 2011).

6) Leher

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

7) Dada/payudara

- (a) Retraksi atau penonjolan interkosta dan atau subklavia
- (b) Kesimetrisan gerak napas
- (c) Frekuensi, kedalaman irama dan tipe pernapasan (dada, abdomen)
- (d) Auskultasi paru (bunyi napas normal, wheezing, ronki, mengi, *friction rub*, bunyi tambahan lain)
- (e) Auskultasi jantung (frekuensi, irama, dan kualitas bunyi napas pada empat area katup, bunyi tambahan, murmur, *splitting*, gesekan, *thrill*)
- (f) Pemeriksaan payudara yang dilakukan meliputi bentuk, besar masing-masing payudara (seimbang atau tidak), *hiperpigmentasi* aerola payudara, teraba massa yang nyeri atau tidak bila ditekan, *colostrums*, keadaan puting (menonjol, datar, atau masuk ke dalam), kebersihan, bentuk *Breast Holder* (BH) (Romauli, 2011)

8) Abdomen

Amati bentuk, bekas luka operasi, striae, linea, TFU, hasil pemeriksaan palpasi Leopold,

kontraksi uterus, TBJ, DJJ, palpasi kandung kemih (Sulistyawati, 2010).

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

(b) 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).

(c) Letak dan Presentasi

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

(1) Leopold I : untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian

yang berada pada bagian fundus

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

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

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

(d) Pemeriksaan panggul dibagi menjadi 2, yaitu :

(1) Pemeriksaan panggul luar

(2) Distansia spinarum, jarak antara spina iliaca anterior superior kiri dan kanan (normalnya 23-26 cm).



(3) Distansia cristarum, jarak antara crista iliaca kanan dan kiri (normalnya 26-29 cm).

(4) Coniungata eksterna (baudeloque), jarak antara pinggir atas sympsis dan juga prosesus spinosus ruas tulang lumbal keV (normalnya 18-20 cm).

(5) Ukuran lingkaran panggul dari pinggir atas sympsis ke pertengahan spina iliaca anterior superior dan trochanter major sepina dan kembali melalui tempat yang sama di pihak yang lain. Normalnya sekitar 80-90 cm.

(6) Pemeriksaan panggul dalam Pemeriksaan panggul dalam pada usia kehamilan sekitar 36 minggu. Pemeriksaan panggul dalam dapat digunakan untuk merasakan kesan mengenai



bentuk panggul. Di katakan normal jika promotorium tidak teraba, tidak ada tumor (exostose), linea innominata teraba sebagian, spina ischiadica tidak teraba, os.sacrum mempunyai inklinasi ke belakang dan sudut arkus $>90^\circ$.



Tabel 2.12

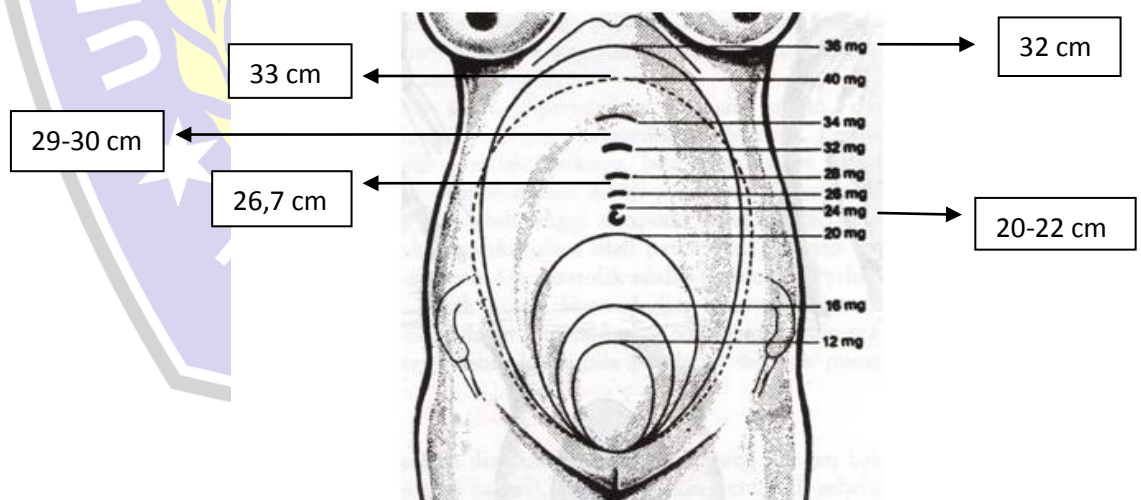
Tinggi Fundus Uteri (TFU) berdasarkan Leopold pada Trimester III

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
28 minggu	3 jari diatas pusat
32 minggu	Pertengahan px dan pusat
36 minggu	setinggi px atau 2-3 jari di bawah px
40 minggu	Pertengahan px dan pusat

Sumber : (Jannah, 2012)

Gambar 2.16 Pemeriksaan Fundus Uteri untuk Menentukan

Umur Kehamilan



Sumber : Wiknjosastro, 2009.

Tabel 2.13

Tinggi Fundus Uteri (TFU) berdasarkan palpasi Leopold dalam cm

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus	
	Dalam cm	TFU
12 minggu		1/3 diatas simfisis atau 3 jari di atas simfisis
16 minggu		1/2 simfisis-pusat
20 minggu	20 cm	2/3 di atas simfisis atau 3 jari di bawah pusat
24 minggu	23 cm	Setinggi pusat
28 minggu	26 cm	1/3 diatas pusat atau 3 jari di atas pusat
32 minggu	30 cm	1/2 pusat-processus xipodeus (px)
36 minggu	33 cm	Setinggi processus xipodeus (px)
40 minggu		Dua jari (4cm) di bawah px

Sumber : (Hanni dkk, 2011)

9) Genetalia

Pemeriksaan genetalia dilakukan dengan mencari adanya lesi, eritema, perubahan warna, pembengkakan, ekskoriiasi serta memar. Apabila terdapat lesi kemungkinan adanya sifilis atau herpes (Marmi, 2011). Sedangkan pada primipara labia mayora bersatu, himen koyak beberapa tempat, vagina sempit dengan rugae utuh, perineum utuh. Pada multipara labia mayora agak terbuka, karunkula himenalis, vagina lebar dengan rugae berkurang dan perineum terdapat luka bekas episiotomi (Manuaba, 2010). Peningkatan kongesti ditambah relaksasi dinding pembuluh darah serta uterus yang berat dapat menyebabkan timbulnya edema dan varises vulva (Romauli, 2011).

10) Anus

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi. Oleh karena itu, semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid. Progesteron juga menyebabkan relaksasi pada dinding vena dan usus besar. Selain itu pembesaran pada uterus

juga dapat mengakibatkan peningkatan tekanan, secara spesifik juga secara umum pada vena hemoroid (Varney, 2008).

11) 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 pelvic 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 gerakannya berlebihan dan cepat maka hal ini mungkin merupakan tanda preeklamsia. bila reflek patella negatif kemungkinan pasien mengalami kekurangan vitamin B1 (Romauli, 2011).

c) Pemeriksaan Penunjang

1) Pemriksaan Darah

(a) *Haemoglobin*

Pemeriksaan dan pengawasan *Haeomoglobin* (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, 2012:139).

(b) Golongan Darah

Dilakukan pemeriksaan golongan darah berfungsi untuk mengetahui golongan darah klien, dilakukan pada kunjungan pertama kali pada pemeriksaan kehamilan. Hal ini sebagai persiapan ibu jika mengalami perdarahan selama persalinan, sehingga tranfusi darah dapat segera dilakukan (Romauli, 2011).

2) Pemeriksaan Protein Urine

Pemriksaan 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).

3) Pemeriksaan Reduksi

Reduksi urin dilakukan untuk mengetahui kadar glukosa dalam urin, dilakukan pada kunjungan pertama. Cara menilai hasil reduksi urin adalah jika berwarna Hijau jernih atau biru (-), Hijau keruh (+), Hijau keruh kekuningan (++), jingga atau kuning keruh (+++), merah kekuningan, keruh atau merah bata (++++) (Romauli, 2011).

4) *Ultrasonografi (USG)*

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

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

5) 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).

B. Diagnosa Kebidanan

Menurut Premanes RI No. 938/Menkes/VIII/2007 bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan data secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

Diagnosa : G1/1PAPIAH, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik, (Manuaba, 2012). Dengan masalah yang mungkin timbul antara lain : edema dependen, nukturia, hemoroid, konstipasi, kram pada tungkai, sesak nafas, pusing, nyeri pinggang, varises, panas, dan nyeri pada ulu hati

(heart burn), serta kecemasan menghadapi persalinan (Varney dkk, 2007).

C. Perencanaan

Menurut Keputusan Menteri kesehatan RI No. 938/Menkes/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan pada diagnosa dan masalah yang ditegakkan. Dengan kriteria perencanaan sebagai berikut :

- a) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien : tindakan segera, antisipasi, dan asuhan secara berkesinambungan (komperhensif).
- b) Melibatkan klien/ibu serta keluarga.
- c) Mempertimbangkan kondisi psikologis, sosial budaya ibu maupun keluarga.
- d) Menentukan tindakan yang aman sesuai dengan kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
- e) Mempertimbangkan kebijakan serta peraturan yang berlaku pada sumberdaya atau fasilitas yang ada.

Menurut Varney dkk (2007), diagnosa kebidanan antara lain adalah :

1) Diagnosa kebidanan : G1/1PAPIAH, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2012).

Tujuan : ibu dan janin sehat, sejahtera sampai melahirkan.

Kriteria :

- (a) Keadaan umum baik.
- (b) Keadaan composmentis.
- (c) Tanda-tanda vital normal (Tekanan Darah: 100/70-130/90 mmHg, Nadi: 76-88x/menit, Suhu: 36,5°C-37,5°C, Respirasi Rate: 16- 24x/menit).
- (d) Pemeriksaan laboratorium.
- (e) Hb lebih dari 11 gr%, protein urine (-), reduksi urine (-).
- (f) Denyut Jantung Janin (DJJ) 120-160x/menit, kuat, irama teratur.
- (g) Tinggi Fundus Uteri (TFU) sesuai dengan usia kehamilan.

(h) Situs bujur dan presentasi kepala.

Intervensi menurut Varney dkk (2007)

adalah :

(1) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan.

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

(2) Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin terjadi pada ibu hamil Trimester III.

R/ ibu dapat menyesuaikan diri dengan keadaan yang dialaminya.

(3) Jelaskan pada ibu tentang kebutuhan dasar ibu hamil diantaranya adalah nutrisi, eliminasi, istirahat dan tidur, personal hygiene, aktivitas, hubungan seksual, perawatan payudara, serta senam hamil.

R/ dengan terpenuhinya kebutuhan dasar ibu hamil, maka kehamilan dapat berlangsung dengan baik dan lancar.

(4) Jelaskan pada ibu tentang tanda bahaya pada kehamilan Trimester III.

R/ mengidentifikasi tanda bahaya pada kehamilan, agar klien mengetahui kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk menghadapi kemungkinan keadaan darurat.

(5) Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan.

R/ dengan adanya rencana persalinan agar ibu menerima asuhan yang sesuai dengan tepat waktu (Marmi, 2011).

(6) Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan.

R/ mengidentifikasi kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk mempersiapkan persalinan dan kemungkinan kegawatdaruratan.

(7) Pesankan pada ibu untuk kontrol ulang sesuai jadwal atau jika ada keluhan.



R/ memantau keadaan ibu dan janin,
serta deteksi dini adanya komplikasi.

2) Masalah 1 : Edema Dependen

Tujuan : ibu dapat beradaptasi terhadap
perubahan yang fisiologis (Edema Dependen)

Kriteria : setelah tidur/ istirahat edema
berkurang. Intervensi menurut Sulistyawati
(2011)

(a) Jelaskan penyebab dari edema dependen.

R/ ibu mengerti penyebab dari edema
dependen adalah karena tekanan
pembesaran uterus pada vena pelvik
ketika duduk atau pada vena cava inferior
ketika berbarig.

(b) Anjurkan ibu untuk tidur miring ke kiri
dan kaki agak ditinggikan.

R/ mengurangi penekanan pada vena cava
inferior oleh pembesaran uterus yang
akan memperberat edema.

(c) Anjurkan ibu untuk menghindari berdiri
terlalu lama.

R/ meringankan penekanan pada vena dalam panggul.

(d) Anjurkan pada ibu untuk menghindari pemakaian baju ketat.

R/ pakaian yang ketat dapat menekan vena sehingga menghambat sirkulasi darah pada ekstremitas bawah.

(e) Anjurkan pada ibu untuk menggunakan penyokong atau korset.

R/ penggunaan penyokong atau korset pada abdomen maternal dapat melonggrakan tekanan pada vena yang ada pada panggul.

3) Masalah 2 : Nokturia

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

Kriteria : Ibu Buang Air Kecil (BAK) 7-8x/ hari terutama siang hari dan tidak terjadi infeksi pada saluran kencing. Intervensi menurut Saifuddin

(2010):

(a) Jelaskan penyebab terjadinya ibu mengalami sering kencing

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

- (b) Anjurkan ibu untuk menghindari mengkonsumsi minuman-minuman bahan diuretik alami seperti kopi, teh, dan softdrink.

R/ karena bahan diuretik akan menambah produksi urine.

- (c) Anjurkan ibu untuk tidak menahan Buang Air Kecil (BAK).

R/ menahan Buang Air Kecil (BAK) akan mengakibatkan terjadinya infeksi pada saluran kemih.

- (d) Anjurkan pada ibu untuk minum 8-10 gelas/hari, diperbanyak minum pada siang hari dan mengurangi minum setelah sore hari, serta anjurkan ibu untuk buang air kecil sebelum tidur pada malam hari.

R/ mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

4) Masalah 3 : Konstipasi

Tujuan : Tidak terjadi konstipasi

Kriteria : Buang Air Besar (BAB) lancar dan konsistensi lunak. Intervensi menurut Hanni (2011) adalah:

- (a) Anjurkan Ibu meningkatkan intake cairan, banyak mengonsumsi makanan yang tinggi serat seperti sayur dan buah

R / Makanan tinggi serat dapat menjadikan feses tidak terlalu padat atau keras

- (b) Anjurkan Ibu untuk banyak minum dingin atau panas (terutama ketika perut kosong)

R/ dengan minum panas atau dingin sehingga dapat merangsang Buang Air Besar (BAB)

- (c) Anjurkan Ibu untuk membiasakan BAB secara teratur

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

5) Masalah 4 : Hemoroid

Tujuan : Tidak terjadi Hemoroid

Kriteria :

- (a) BAB Lancar, konsistensi lunak

(b) BAB tidak nyeri

Intervensi menurut Eny (2009):

- (1) Anjurkan Ibu mengonsumsi makanan yang mengandung serat untuk menghindari konstipasi

R/ Makanan berserat menjadikan feses tidak terlalu keras sehingga mempermudah pengeluaran feses .

- (2) Anjurkan Ibu untuk menghindari mengejan saat Buang Air Besar (BAB) .

R/ Mengejan terlalu sering akan mengakibatkan terjadinya hemoroid.

- (3) Anjurkan Ibu minum air hangat satu gelas setiap bangun tidur pada pagi hari

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

- (4) Anjurkan ibu untuk mandi berendam dalam air hangat .

R/ air hangat akan memberikan kenyamanan, tetapi juga meningkatkan sirkulasi darah pada klien.

6) Masalah 5 : Kram pada kaki

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis (kram tungkai) atau pun tidak terjadi kram tungkai

Kriteria :

- (a) Kram pada kaki berkurang
- (b) Ibu dapat mengatasi kram tungkai atau kram dapat berkurang

Intervensi menurut Bandiyah (2009):

Intervensi

- (1) Jelaskan penyebab kram kaki yang dialami klien

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

- (2) Anjurkan ibu untuk melakukan senam hamil secara teratur

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

- (3) Anjurkan Ibu untuk merendam kaki dengan air hangat disertai dengan melakukan massage.

R/ Agar sirkulasi darah ke jaringan dapat berjalan dengan lancar.

- (4) Anjurkan ibu untuk tidak melakukan aktivitas berdiri terlalu lama.

R/ untuk mengurangi penekanan pada kaki sehingga aliran darah dapat berjalan dengan lancar.

- (5) Anjurkan ibu untuk menghindari aktifitas berat serta istirahat yang cukup.

R/ Agar otot-otot dapat berelaksasi sehingga kram dapat berkurang.

- (6) Anjurkan ibu untuk tidak diet kalsium dan fosfor.

R/ Mengonsumsi kalsium dan fosfor baik untuk kesehatan.



7) Masalah 6 : Sesak napas

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan kondisinya dan kebutuhan O₂ pada Ibu terpenuhi.

Kriteria :

(a) Frekuensi pernafasan 16-24 x/menit

(b) Ibu menggunakan pernafasan perut.

Intervensi menurut Serri (2013):

(1) Anjurkan ibu untuk melakukan senam hamil secara teratur

R/ Bertujuan untuk merelaksasikan otot-otot.

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

R/ Menghindari tekanan pada diafragma

(3) Anjurkan ibu untuk tidak menghirup asap rokok

R/ Agar pernafasan tidak terganggu

(4) Anjurkan ibu untuk menghindari aktivitas kerja keras yang berlebih

R/ Aktifitas berat dapat menyebabkan energi yang dikeluarkan banyak serta menambah kebutuhan O₂.

8) Masalah 7 : Pusing sehubungan ketegangan otot, stress, perubahan postur tubuh, ketegangan mata dan kelelahan

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan keadaanya.

Kriteria :

- (a) Pusing dapat berekurang
- (b) Kesadaran komposmetis
- (c) Tidak terjadi kehilangan keseimbangan

Intervensi menurut Sunarti (2013):

- (1) Jelaskan pada ibu penyebab pusing yang dialami.

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

- (2) Ajarkan ibu cara bangun perlahan dari posisi tidur.

R/ Agar ibu tidak terjatuh saat bangun dari tidur

(3) Anjurkan ibu untuk tidak berdiri terlalu lama di lingkungan panas dan sesak.

R/ Kekurangan O₂ karena lingkungan sesak dapat menyebabkan pusing pada klien

(4) Jelaskan untuk tidak melakukan posisi terlentang

R/ Agar sirkulasi O₂ ke otak lancar.

9) Masalah 8 : Nyeri punggung

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang dialami.

Kriteria : Nyeri punggung dapat berkurang

Intervensi menurut eny(2009):

(a) Anjurkan ibu menghindari posisi tidur terlentang pada saat punggung terasa nyeri

R/ Agar nyeri yang dialami klien dapat berkurang

(b) Anjurkan ibu untuk tidak membungkuk berlebih

R/ Membungkuk secara berlebihan dapat menimbulkan rasa sakit pada pinggang

(c) Anjurkan ibu tidak mengangkat beban yang terlalu berat

R/ Menimbulkan rasa nyeri pada pinggang bagian bawah

(d) Anjurkan klien untuk tidur miring kiri dan perut diganjal bantal

R/ Mengurangi tekanan uterus pada ligamentum rotundum

10) Masalah 9 : Varises

Tujuan : Tidak terjadi varises atau varises dapat hilang

Kriteria : Tidak terdapat Varises

Intervensi menurut Sulistyawati(2011):

(a) Hindari mengenakan pakaian yang ketat

R/ Pakaian ketat dapat menghambat aliran balik vena

(b) Hindari berdiri terlalu lama dan kaki tidak dalam posisi menyilang saat duduk

R/ Meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan terjadinya resiko varises.

(c) Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur

R/ Latihan ringan secara teratur dapat memfasilitasi peningkatan sirkulasi pada kaki klien.

(d) Kenakan penyokong abdomen maternal atau korset

R/ Penggunaan korset dapat mengurangi terjadinya tekanan pada vena panggul.

11) Masalah 10 : Nyeri di ulu hati (heard burn)

Tujuan : Tidak terjadi ulu hati

Kriteria : Ibu tidak merasakan nyeri tekan pada bagian ulu hati Intervensi menurut Eny (2009)

(a) Anjurkan ibu untuk makan dengan porsi kecil tapi sering

R/ Untuk mengurangi rasa mual

(b) Anjurkan ibu menghindari makanan seperti : kopi, alkohol, coklat dan lemak

R/ Menekan motilitas lambung dan sekresi asam lambung

(c) Ajarkan ibu untuk menghindari makan-

makanan dingin atau minum bersamaan dengan mengkonsumsi makanan makan

R/ Menghambat sekresi pada asam lambung

(d) Hindari makan atau berbaring selama tiga jam sebelum tidur

R/ Apabila setelah makan langsung berbaring maka asam lambung akan naik sehingga akan menyebabkan refluk

(e) Berikan antasida

R/ Antasida adalah obat yang digunakan untuk menetralkan asam lambung sehingga dapat mengurangi ketidaknyamanan yang dialami oleh klien

12) Masalah 11 : Kecemasan menghadapi persalinan

Tujuan : Kecemasan dapat berkurang

Kriteria :

- (a) Ibu tampak tenang dan santai
- (b) Ibu dapat tersenyum
- (c) Suami dan keluarga memberi dukungan kepada ibu

Intervensi menurut Varny,dkk,(2007)

- (1) Jelaskan kepada ibu hal-hal yang menimbulkan kecemasan

R/ Ibu mengerti penyebab kecemasan yang dialami menjelang persalihan adalah hal yang normal

(2) Anjurkan ibu untuk mandi air hangat

R/ Selain memperlancar sirkulasi darah mandi dengan air hangat juga memberikan rasa nyaman

(3) Anjurkan ibu untuk melakukan relaksasi progresi

R/ Relaksasi dapat mengurangi masalahmasalah psikologi seperti rasa cemas yang dialami.



2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Persalinan

A. Data Subyektif

1. Biodata

a) Nama

Selain sebagai identitas, usahakan agar bidan memanggil dengan nama panggilan sehingga hubungan komunikasi antara bidan dan pasien menjadi akrab (Sulistyawati, 2011).

b) Umur

Untuk mengetahui apakah ibu termasuk resiko tinggi atau tidak. Usia di bawah 16 tahun atau di atas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di atas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes, hipertensi kronis, persalinan lama, dan kematian janin (Varney, 2008).

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 (Ambarwati, 2009).

f) Suku/bangsa

Data ini berhubungan dengan sosial budaya yang dianut oleh pasien dari keluarga yang berkaitan dengan persalinan (Silistyawati, 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 lender bercampur darah, serta pergerakan janin untuk memastikan kesehatannya (Sulistyawati, 2011). Biasanya ibu yang akan bersalin datang dengan keluhan seperti: pinggang terasa sakit menjalar ke depan, mengeluarkan lender dan darah, mengeluarkan cairan (air ketuban) (Sulistyawati, 2010:33).

3. Riwayat kesehatan dan penyakit klien

Penting untuk melakukan penapisan pada ibu secepatnya terhadap kemungkinan komplikasi antepartum yang dapat mempengaruhi periode intrapartum (misal preeklamsia, 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 resiko terjadinya makrosomia, trauma persalinan, hipobilirubinemia, hipoglikemia, hipokalsemia,

hiperbilirubemia 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 primer 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 epilepsy tidak di pengaruhi oleh kehamilan. Namun wanita hamil dengan epilepsi

mempunyai resiko terhadap hipertensi karena kehamilan, persalinan premature, bayi berat badan rendah, bayi dengan kelainan bawaan dan kematian perinatal (Saifuddin, 2010).

f) Gagal ginjal akut

Gagal ginjal akut merupakan komplikasi yang sangat gawat dalam kehamilan dan nifas karena dapat menimbulkan kematian atau kerusakan fungsi ginjal yang tidak bisa sembuh lagi. Penderita dapat meninggal dalam waktu 14 hari setelah timbulnya anuria. Kerusakan jaringan dapat terjadi di beberapa tempat yang tersebar atau keseruan jaringan ginjal (Saifuddin, 2009).

g) HIV

Transmisi HIV dari ibu kepada 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).

4. Riwayat kesehatan keluarga

Informasi tentang keluarga klien penting untuk mengidentifikasi wanita yang beresiko menderita penyakit genetik yang dapat memengaruhi hasil akhir kehamilan atau beresiko memiliki bayi yang menderita penyakit genetik. Informasi ini juga dapat mengidentifikasi latar belakang ras 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 di pengaruhi salah satunya oleh faktor genetik atau keturunan (Saifuddin, 2009).

5. Riwayat kebidanan

a) Riwayat menstruasi

Pada riwayat menstruasi hal yang perlu di kaji adalah umur menarche, siklus, lamanya, banyaknya darah, dan adanya dismenorea. 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 cukup bulan atau

premature. Kaji pula kapan bayi lahir (menurut taksiran ibu) dan taksiran persalinan (Rohani,2014).

1) Riwayat menstruasi menurut (Marmi,2014):

(a) Menarche adalah terjadinya haid yang pertama kali. Menarche terjadi pada usia pubertas yaitu 12-16 tahun, rata-rata 12,5 tahun.

(b) Siklus haid

Siklus haid yang klasik adalah 28 hari \pm 2 hari, sedangkan pola haid dan lamanya perdarahan tergantung tipe wanita dan biasanya 3-8 hari.

(c) 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.

2) Riwayat kehamilan

(a) Riwayat kehamilan sekarang

HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir) :

Untuk mengetahui umur kehamilan yang sebenarnya dan sekaligus taksiran

persalinan yang di hitung dengan rumus neagle yaitu TTP (Taksiran Tanggal Persalinan) = HPHT +7 bulan haid -3 dan tahun +1 (Manuaba,2010).

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 kesehatann yang terjadi pada ibu hamil. Beberapa penyakit atau penyulit tidak segera timbul bersamaan dengan terjadinya kehamilan hipertensi dalam kehamilan, atau baru akan menampakkan gejala pada usia kehamilan tertentu misalnya perdarahan antepartum yang disebabkan oleh plasenta previa (Prawirohardjo, 2010).

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).

(b) 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 genetic, ketidakseimbangan hormone, atau inkmpetensi serviks (Fraser dkk,2009).

(c) Persalinan yang lalu

(1) 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).

(2) Ukuran bayi yang terbesar dilahirkan pervaginam memastikan keadeguan panggul wanita untuk ukuran bayi saat ini. Selain itu juga untuk mengantisipasi kemungkinan komplikasi jika di banding dengan perkiraan berat janin (Varney et al, 2008).

(3) Wanita yang memiliki riwayat melahirkan bayi kecil dari ayah yang sama cenderung memiliki bayi kecil juga pada kehamilan ini (Verney et al, 2008).

(4) 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).

(d) Riwayat nifas yang lalu

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C berturut-turut selama 2 hari kemungkinan terjadi infeksi. Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga terdapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri di sebut “nyeri ikutan” (*after pain*) terutama pada multipara (Manuaba,2010).

(e) 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).

6. Riwayat keluarga berencana

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 digunakan ibu (klien) setelah melahirkan (Fathma, 2014).

7. Data fungsional kesehatan

a) Pola 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 yang dikandungnya. 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 resiko 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 di keluarkan 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 di sekitar ruangan atau kamar

bersalin. Pada kala II kepala janin sudah masuk rongga PAP klien dalam posisi miring kanan atau kiri. Klien dapat tidur terlentang, miring kanan atau kiri tergantung pada letak punggung anak, klien sulit tidur terutama pada kala I-IV (Marmi, 2011).

d) Istirahat dan tidur

Sebaiknya ibu hamil banyak istirahat atau tidur meskipun bukan tidur betulan hanya memberikan badan untuk memperbaiki sirkulasi darah (Yeyeh, 2009:106). Data yang perlu di tanyakan yang berhubungan dengan istirahat pasien:

- 1) Kapan terakhir tidur
- 2) Berapa lama
- 3) Aktivitas sehari-hari

Kita perlu mengkaji aktivitas sehari-hari pasien karena data ini memberi gambaran kita tentang seberapa berat aktivitas yang biasa dilakukan pasien di rumah. Jika diakhir kehamilannya pasien melakukan aktivitas yang terlalu berat di khawatirkan pasien akan merasakan kelelahan sampai akhirnya dapat

menimbulkan penyulit pada masa bersalin
(Sulistyawati, 2011).

e) Personal hygiene

Data ini perlu kita gali karena akan sangat berkaitan dengan kenyamanan pasien dalam menjalani proses persalinnya. Beberapa pertanyaan yang perlu di ajukan 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 obstetrik

yang prima. Akan tetapi, riwayat abortus spontan atau ancaman abortus lebih 1 kali, keguguran yang nyaris terjadi pada trimester ke dua, ketuban pecah dini, perdarahan atau sakit perut pada kehamilan trimester tiga merupakan peringatan untuk tidak melakukan coitus dan orgasme (Marmi, 2011).

8. Riwayat ketergantungan

a) Merokok

Kebanyakan wanita mengetahui bahwa mereka tidak boleh merokok pada masa kehamilan meskipun mereka tidak mengetahui bahaya yang sebenarnya. Wanita yang merokok pada masa kehamilan pertama dan melahirkan bayi sehat mungkin tidak percaya bahwa mereka membawa resiko (Marmi, 2011).

b) Alkohol

Masalah signifikan yang di timbulkan oleh anak-anak yang mengalami sindrom alkohol janin dan gangguan perkembangan saraf janin-alkohol membuat klinis wajib menanyakan asupan alkohol dan mengingatkan wanita efek potensial

alcohol jangka panjang pada bayi yang di akndungnya (Marmi, 2011).

c) Obat terlarang

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

9. Data psikososial dan spiritual

Kualitas asuhan dapat di nilai 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), data ini didapat dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang dilaporkan kriterianya adalah sebagai berikut:

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

3. Lemah : Pasien ini di masukkan 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

4. Tekanan darah (TD)

Tekanan darah meningkat selama kontraksi di sertai dengan peningkatan sistolik rata-rata 10-20 mmHg dan sistolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diawal kontraksi tekanan darah kembali keningkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat di hindari (Varney, Kriebs dan Geger, 2007). Diukur untuk mengetahui preeklamsia, yaitu bila tekanan darahnya lebih dari 140 atau 90 mmHg (Marmi, 2011).

5. Nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi uterus tidk terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang (Varney, kriebs dan Geger,

2007). Untuk mengetahui fungsi jantung ibu, normalnya 80-90 x/menit (Marmi,2011).

6. Suhu

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

7. Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Varney et al, 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 system pernafasan, normalnya 16-24 kali per menit (Romauli, 2011).

d) Pemeriksaan Antropometri

8. Tinggi badan

Tubuh yang pendek dapat menjadi faktor gangguan genetik. Tinggi badan haru di ukur pada saat kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah ≥ 145 cm (Marmi, 2011).

9. Berat badan

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian volume darah dan cairan ekstraselular. Di perkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg (Saifuddin, 2011).

10. LILA

Standar minimal LILA pada wanita dewasa adalah 23,5cm. jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronik (KEK) (Janah,2012). Selain itu merupakan indikator kuat status gizi ibu yang kurang/buruk, sehingga beresiko untuk melahirkan berat bayi lahir rendah (BBLR). Dengan demikian bila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan petugas dapat memotivasi ibu agar lebih memperhatikan kesehatannya serta jumlah kualitas maknannya (Romauli, 2011).

2. Pemeriksaan fisik

a) Muka

Pada wajah perlu dilakukan pemeriksaan oedema yang merupakan tanda klasik pre eklamsia (Verney et l, 2007). Oedema adalah penimbunan secara umum dan berlebihan dalam jaringan tubuh, dan biasanya dapat di

etahui 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 (Romauli, 2011).

c) Mulut dan gigi

Mulut simetris atau tidak, bibir kering atau tidak, gigi terdapat caries 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 (Ari Sulistyawati, 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 tidak normal adalah kurang dari 100 atau lebih dari 180 denyut permenit (Abdul Bari Saifuddin, 2010).

4) Menentukan presentasi (apakah kepala atau bokong).

5) Menentukan penurunan bagian terbawa janin

Penilaian dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan pemeriksa (perlimaan). Penurunan bagian terbawah dengan metode lima jari:

(a) 5/5 bagian terbawah janin seluruhnya teraba di atas 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 sebagian 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 di raba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk kedalam rongga panggul (pelatihan APN Buku Acuan, 2008).

g) Genetalia

Tanda-tanda inpartu pada vagina yaitu terdapat pengeluaran darah pervaginam yang berupa *bloody slym*, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka sebagai tanda gejala kala II (Manuaba, 2012). Vulva dan vagina bersih atau tidak, oedema atau tidak, ada flour albus atau tidak, terdapat pembesaran kelenjar skene dan kelenjar bartolini atau tidak, ada condilomatalata atau tidak, ada condiloma acuminate atau tidak, kemerahan atau tidak. Perineum ada luka bekas episiotomy atau tidak (Marmi, 2011).

h) Anus

Periksa kebersihan pada anus adakah hemeroid atau tidak (Ari sulistyawati, 2010). Kemajuan kepala janin menjelang persalinan akan menyebabkan penonjolan pada rectum (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007).

i) Ekstermitas

Terutama pada pemeriksaan reflek lutut. Reflek lutut negative pada hupavitaminose dan penyakit urat saraf (Marmi, 2012). Oedema ekstermitas merupakan tanda klasik preeklamsia, bidan harus memeriksa dan mengevaluasi pada pergelangan kaki, area pretibia atau jari. Oedema pada kaki biasanya merupakan oedema dependen yang di sebabkan 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).

Cara menghitung TFU:

Menurut kustmardji (2008:93), 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 di bagian atas tulang kemaluan (*simfisis osis pubis*) ke puncak rahim (*fundus uteri*) dalam centimeter di kurangi 11 atau 12 hasilnya dikalikan 155 di dapatkan berat bayi dalam gram. Pengurangan 11 atau 12 tergantung dari posisi kepala bayi. Jika kepala di atas atau pada spina ischiadica maka di kurangi 12, jika kepala di bawah spina ischiadica maka di kurangi 11.

Cara menentukan TBJ (tafsiran berat janin):

Menurut Janah (2012:85) untuk mengukur TBJ dalam gram perlu di ketahui apakah kepala sudah masuk pintu atas panggul atau belum.

Rumusny:

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

n : posisi kepala masih diatas spina isciadika atau bawah.

Bila di atas (-12) dan di bawah (-11).

b) 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 dilakukan evaluasi segera. Cara menghiung 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:

(11-12-11) kesimpulan teratur, frekuensi 136x/menit, DJJ normal (Jannah,2009).

c) 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 di lakukan atas indkasi:

- 1) Ketuban pecah sedangkan bagian depan masih tinggi
- 2) Apabila kita mengharapkan pembukaa lengkap
- 3) Untuk menyelesaikan persalinan

Menurut pelatihan klinis APN 2008 yang perlu dilakukan dalam pemeriksaan adalah:

(a) Memeriksa genitalia eksterna, memperhatikan ada tidaknya luka atau massa (benjolan) termasuk kodiloma, varikosis vulva atau rectum, atau luka parut di bagian perineum.

(b) Menilai cairan vagina dan menentukan bercak darah serta perdarahan pervaginam atau mekonium:

(1) Jika ada perdarahan pervaginam dilarang melakukan pemeriksaan dalam

(2) Jika ketuban sudah pecah, perhatikan warna dan bau air ketuban. Lihat warna mekonium kekentalan dan pemeriksaan DJJ.

(3) Jika mekonium encer dan DJJ normal, lanjutkan pemantauan DJJ dengan seksama menurut petunjuk paragraf

(4) Jika mekonium kental nilai DJJ dan merujuk

(5) Jika tercium bau busuk mungkin telah terjadi tanda infeksi

(6) Jika ketuban belum pecah jangan melakukan amniotomi.

(c) Menilai pembukaan dan penipisan serviks.

(d) Memastikan tali pusat dan bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba saat melakukan pemeriksaan dalam.

(e) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian yang masuk kedalam rongga panggul.

d) 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 promotorium adalah 11 cm.

Jika kurang, maka dikategorikan sebagai panggul sempit (Suwigya, 2010).

e) Pemeriksaan Penujang

1) Haemoglobin (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

Pemeriksaan darah dilakukan minimal 2 kali, yaitu pada trimester I dan trimester III (Manuaba, 2010).

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* (Fraser dan Cooper, 2009).

3) Urine

Menurut Fraser dan Cooper (2009) urinalisasi dilakukan setiap kunjungan untuk memastikan tidak adanya *abnormalitas*. Hal lain yang dapat ditemukan pada urinalisasi rutin antara lain:

(a) Keton akibat pemecahan lemak untuk menyediakan glukosa, disebabkan oleh kurangnya pemenuhan kebutuhan janin yang dapat terjadi akibat muntah, hiperemesis, kelaparan, atau latihan fisik yang berlebihan.

(b) Glukosa karena peningkatan sirkulasi darah, penurunan ambang ginjal atau penyakit.

(c) Protein akibat kontaminasi oleh leukore vagina, atau penyakit seperti infeksi saluran perkemihan atau gangguan hipertensi pada kehamilan.

4) 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)

C. Diagnosa Kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar Asuhan Kebidanan. bidan menganalisa data yang diperoleh dari hasil pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. dengan kriteria:

11. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
12. Masalah diselesaikan sesuai kondisi pasien
13. 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 ibu dan janin baik,

Inpartu:

14. Kala I dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan (Varney, 2007:718-719).
15. Kala II dengan kemungkinan masalah:
 - a) Keletihan (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:537)

b) Infeksi (Saifuddin, 2010:337)

c) Kram tungkai (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:722)

16. Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kemenkes No.938/Menkes/SK/8/2007) tentang standar asuhan kebidanan.

17. P_{≥1} Kala III Persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa dengan baik kemungkinan masalah retensio plasenta (Sukistyawati, 2011:83).

18. P_{≥1} Kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah terjadi menurut Wiknjastro (2008:114):

- a) Atonia Uteri
- b) Robekan vagina, perineum, serviks
- c) Subinvolusi sehubungan dengan kandung kemih penuh.

D. Perencanaan

19. Diagnosa : G_{≥1}P0/> 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 :

KU baik, kesadaran *composemtis*

TTV dalam batas normal

T : 100/60-130/90 mmHg

S : 36-37 C

N : 80-100 / menit

R : 16-24/ menit

His minimal 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik.

Kala I pada primigravida <13 jam sedangkan mulai gravid <7 jam.

Kala II primigravida <2 jam sedangkan pada multigravida <1 jam

Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif.

Kala III pada primigravida <30 menit sedangkan Multigravida < 15 menit.

Plasenta lahir spontan, lengkap.

Perdarahan <500 cc

Intervensi:

- a) Perhatikan psikososial ibu dan beri dukungan mental pada ibu dengan menghadirkan keluarganya. Anjurkan agar ibu selalu di damping oleh keluarganya selama proses persalinan dan kelahiran banyinya. Dukungan suami, keluarga, dan kerabat yang disukai ibu sangat diperlukan dalam menjalani proses persalinan. Ada

kalanya ibu merasa khawatir dalam menjalani kala II persalinan. Berikan rasa aman dan semangat serta tentramkan hatinya selama persalinan berlangsung.

R/ Dukungan dan perhatian akan mengurangi perasaan tegang, membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi. Ibu yakin dan tabah dalam menjalani proses persalinan nanti.

b) Anjurkan pada ibu untuk makan dan minum.

R/ Asupan air yang cukup dapat mencegah terjadinya dehidrasi pada ibu dalam proses persalinan serta sebagai persediaan energi dalam mengejan.

c) 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.

- d) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan jika ketuban belum pecah dan pembukaan belum lengkap.

R/mempercepat penurunan kepala janin.

- e) Observasi keadaan ibu dan janin

1) DJJ setiap ½ jam.

2) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap ½ jam.

3) Nadi setiap ½ jam.

4) Pembukaan serviks tiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II jika terdapat indikasi

5) Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika ada indikasi.

6) Tekanan darah dan temperature tubuh setiap 4 jam.

7) Produksi urin, asetan dan protein tiap 2-4 jam

R/ Mengetahui perkembangan kondisi ibu dan janin.

- f) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kencing tiap 2 jam.

R/Kandung kemih yang penuh dapat menghalangi penurunan kepala janin sehingga menyebabkan nyeri waktu his.

- g) Tunggu pembukaan lengkap, jika telah memasuki kala II segera pimpin persalinaan secara sesuai standar asuhan kebidanan persalinaan normal (Wiknjosastro, 2008).

2. Masalah

Kala I :

a) Cemas menghadapi proses persalinaan

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 persalinan

Tujuan : Ibu merasa terhadap persalinan.

Kriteria :

1) Nyeri punggung berkurang

2) Ibu tidak meras cemas

- 3) Ibu merasa tenang

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008)

- 1) Hadirkan orang terdekat ibu

R/Kehadiran orang terdekat mampu memberikan kenyamanan psikologis dan mental ibu yang menghadapi proses persalinan.

- 2) Berikan sentuhan fisik misalnya pada tungkai, kepala, dan lengan.

R/Sentuhan fisik yang diberikan kepada ibu bersalin dapat menenangkan dan menenangkan ibu.

- 3) Berikan usapan punggung.

R/Usapan punggung meningkatkan relaksi.

Kala II

- a) Kekurangan cairan (Wiknjosastro, 2008)

Tujuan : tidak terjadi dehidrasi

Kriteria :

- 1) Nadi 80-100x/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 (Wiknjosastro, 2008)

Tujuan : tidak terjadi infeksi

Kriteria : tanda tanda vital

- 1) Nadi dalam batas normal (80-100x/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 memepercepat 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 kegawat daruratan 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 peredaan nyeri.

3) Jangaan lakukan pemijatan pada tungkai

R/ tungkai wanita tidak boleh di pijit karena risiko trombi tanpa sengaja terlepas.

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, pasag infus menggunakan jarum besar (ukuran 16/18) dan berikan RL atau NS dengan 20 unit oksitosin.

2) Coba lakukan plasenta manual dan lakukan penanganan lanjut.

3) Bila tidak memenuhi syarat plasenta manual 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 dirujuk dan mendapat 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, minta ibu meneran pada setiap kontraksi
- 2) Saat plasenta terlepas, lakukan pemeriksaan 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

Jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit, tangani sebagai retensio plasenta

Kala IV

a) 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):

- 1) segera lakukan kompresi bimanual internal (KBI) selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang
- 2) 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 mcg per rectal dan gunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16-18) pasang infus dan berikan 500cc larutan RL yang mengandung 20 unit oksitosin
- 3) jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar ulangi KBI.
- 4) Jika uterus tidak berkontraksi selama 1-2 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan tindakan operasi dan tranfusi darah
- 5) 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:

- 1) Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi yang timbul
- 2) Jika terjadi laserasi derajat satu dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat dua lakukan penjahitan.
- 3) Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks:
 - (a) Pasang infus 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 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan 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 (sementara-sementara) berbeda pada wanita primipara tonus otot uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi.

2) Keringat berlebih

Wanita postpartum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan cairan intraseluler selama kehamilan.

3) Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi, dan stasis air susu peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air

susu meningkat, pada sekitar hari ke-3 postpartum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui, dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam. Nyeri tekan payudara dapat menjadi nyeri hebat terutama jika bayi mengalami kesulitan dalam menyusui. Peningkatan metabolisme akibat produksi air susu dapat meningkatkan suhu tubuh ringan.

4) Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan nyaman perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut.

5) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum atau episiotomy derajat 3 atau 4.

6) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari.

c) Riwayat kesehatan

- 1) Anemia pada kehamilan yang tidak tertangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang

menyebabkan: terjadi subinvolusi uteri, menimbulkan perdarahan postpartum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekompensasi 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 O_2 dan CO_2 (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.

(c) Mudah terjadi postpartum yang memerlukan kerja tambahan jantung.

d) Riwayat nifas sekarang

Ibu harus dianjurkan untuk menyusui, terutama karena menyusui mampu memberikan perlindungan baik secara aktif maupun pasif, dimana ASI juga mengandung zat anti infeksi bayi akan terlindungi dari berbagai macam infeksi (Sukarni, 2013).

Riwayat kebidanan

e) 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).

f) 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).

g) Riwayat KB

Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama meneteki. Oleh karena itu, metode amenorhe laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan baru (Saifuddin, 2009).

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).

h) Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nurisi

Ibu menyusui harus mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (dianjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui) (Saifuddin, 2009).

2) Eliminasi

Segara 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 system tersebut dapat berlangsung dengan baik (Manuaba, 2010).

3) Personal hygiene

Mengajarkan pada ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Sarankan pada ibu untuk mengganti pembalut setidaknya 2 kali dalam sehari. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya (Saifuddin, 2014).

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).

i) Riwayat psikososial spiritual

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:

1) Fase *taking in*

Merupakan periode ketergantungan, periode ini terjadi dari hari ke-1 sampai hari ke-2 setelah melahirkan. Pada fase ini ibu terfokus pada dirinya sendiri. Dalam fase ini ibu akan merasakan gangguan psikologis seperti:

- (a) Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya.

- (b) Ketidaknyamanan akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu.
- (c) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.

2) Fase *taking hold*

- (a) Periode ini berlangsung 3 sampai 10 hari setelah melahirkan.
- (b) Ibu mulai timbul rasa khawatir akan ketidaknyamanan dan rasa tanggungjawabnya dalam merawat bayinya.
- (c) Ibu mempunyai perasaan sangat sensitive sehingga mudah tersinggung dan mudah marah.

3) Fase *letting go*

- (a) Periode ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan.
- (b) Ibu sudah mulai menyesuaikan ketergantungan bayinya.
- (c) Ibu berkeinginan untuk merawat diri dan bayinya.

- (d) Ibu akan lebih percaya diri dalam menjalani peran barunya.

j) Latar belakang sosial budaya

Menurut Saifuddin (2014), kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan antara lain:

- 1) Menghindari makanan berprotein.
- 2) Penggunaan bebet perut segera pada masa nifas (2-4 jam pertama).
- 3) Penggunaan kantong es batu pas masa nifas (2-4 jam pertama).
- 4) Penggunaan kantong es batu atau pasir untuk menjaga uterus berkontraksi karena merupakan perawatan yang tidak efektif untuk atonia uteri.
- 5) Memisahkan bayi dari ibunya pada 1 jam setelah melahirkan karena masa transisi adalah masa kritis untuk ikatan batin ibu dan bayi.
- 6) Wanita yang mengalami masa puerperium diharuskan tidur telentang selama 40 hari.

2. Data obyektif

a) Pemeriksaan umum

1) Kesadaran

Meliputi composmentis atau sadar penuh, apatis atau tak acuh terhadap keadaan sekitarnya, samnolen atau koma (Indriasari, 1012).

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).

c) 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).

d) Terapi yang didapat

Terapi yang diberikan pada ibu nifas menurut Sulistyawati (2009) yaitu:

- 1) Pil zat besi 40 tablet harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari setelah melahirkan.
- 2) Vitamin A 200.000 IU agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

B. Diagnosa Kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Dengan kriteria sebagai berikut:

1. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
2. Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien
3. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan

1. Diagnosa Kebidanan:

P₁/>APIAH... hari... postpartum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak baik (Sulistyawati, 2009). P₁/>APIAH, postpartum hari ke ..., laktasi lancer, lochea normal, involusi normal, keadaan

psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembengkakan payudara (Varney et al, 2001).

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 lancar, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan

eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembengkakan payudara (Sulistyawati, 2009).

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)

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 tidak menggumpal bila dipanaskan.

(Sulistyawati,2009)

5. Involusi uterus normal

Tabel 2.14
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).

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 mengimunisasikan bayinya.

R/ untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan (Marmi, 2012).

2. Masalah 1 : Gangguan eliminasi

Tujuan : Masalah eliminasi teratasi

Kriteria : Ibu bisa BAB dan BAK dengan lancer

Intervensi menurut Sulistyawati (2009) antara lain:

a) 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.

3. 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 analgesic oral (paracetamol 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu).

R/ mengurangi rasa nyeri pada luka jahitan perineum.

4. 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 analgesic jika perlu (paracetamol, asam mefenamat).

R/ mengurangi rasa nyeri.

5. Masalah 4 : pembengkakan payudara

Tujuan : masalah pembengkakan payudara teratasi

Kriteria : payudara tidak bengkak, kulit payudara tidak mengkilat dan tidak merah, payudara tidak nyeri, tidak terasa penuh dan tidak keras

Intervensi menurut Manuaba (2010:420) antara lain:

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.

- f) Lakukan pengeluaran ASI secara manual jika payudara masih terasa penuh.

R/ pengosongan payudara secara manual dapat membantu mengurangi pembengkakan payudara.

- g) Berikan terapi paracetamol 500 mg per oral setiap 4 jam bila diperlukan.

R/ dapat mengurangi nyeri.



2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Neonatus

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 rush* (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 (Wals, 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 2.15
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 Hygiene

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

Tabel 2.16
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) Antropometri

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, badan 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 berfluktasi tetapi bersifat edema tekan), *sefal hematoma* (ciri-cirinya pada perabaan teraba adanya

flukuasi 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 *anansefali*, *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, paresi 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 menjadi 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 kantung 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 doaphragma 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

terpapaj 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 omfaloentrikus 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, 2010).

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) Refleksi 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) Refleksi menelan (*Swallowng Reflex*)

Kumpulan ASI didalam mulut bayi mendesak otot-otot didaerah mulut dan faring untuk mengaktifkan refleksi 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) Refleksi menggenggam (*grasping reflex*)

Ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari), respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat (Marmi, 2014).

7) Refleksi 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. Refleksi 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

- 1) 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

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

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

2) Masalah I : Risiko Hipotermi

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

Kriteria :

(a) Suhu bayi 36.5-37,5°C (Marmi, 2014).

(b) Bayi menetek kuat, tidak lesu, akral hangat,

denyut jantung bayi 120-160x/menit, kulit tubuh

bayi lembab, turgor baik (Saifuddin, 2009).

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.

3) Masalah 2 : Risiko Hipoglikemi

Tujuan : Hipoglikemi tidak terjadi

Kriteria :

- (a) Kadar glukosa dalam darah \geq mg/dl
- (b) 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

4) Masalah 3 : Ikterik

Tujuan : Ikterik tidak terjadi

Kriteria :

(a) Kadar bilirubin serum $\leq 12,9$ mg/dl

(b) Timbl pada hari ke-2 dan ke-3 setelah bayi lahir

(c) Kulit bayi berwarna kemerahan, mukosa, sklera dan urine tidak berwarna kekuning-kuningan

Intervensi :

(a) 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

(b) Mengkaji tanda dan gejala ikterik

R/ Pola penerimaan ASI buruk, letargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya reflex moro, merupakan tanda-tanda vital enselepati bilirubin (kerniterus).

(c) Berikan ASI sesegera mungkin dan lanjutkan 2-4 jam

R/ Kolostrum sebagai pembersih selaput BBL sehingga saluran pencernaan siap untuk menerima makanan

(d) Jemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit

R/ Menjemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit akan mengubah senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah diekskresikan

5) Masalah 4 : Seborrhea

Tujuan : Seborrhea tidak terjadi

Kriteria :

- (a) Cuaca dingin
- (b) Jarang mencuci rambut
- (c) 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

6) Masalah 5 : Miliaris

Tujuan : Miliaris teratasi

Kriteria : Tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi cairan diseluruh tubuh

Intervensi menurut (Marmi, 2012)

(a) Memandikan bayi secara teratur 2 kali sehari

R/ Mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat yang berlebihan

(b) Bila berkeringat, seka tubuhnya sesering mungkin dengan handuk, lap kering, atau swashlap basah.

R/ Meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat

(c) Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa mengeringkan terlebih dahulu

R/ Pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat memperparah miliariasis.

(d) Kenakan pakain katun untuk bayi

R/ Bahan katun dapat menyerap keringat

(e) Bawa periksa ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal luka/lecet, rewel dan sulit tidur.

R/ Penatalaksanaan lebih lanjut.

7) Masalah 6 : Seborrhea

Tujuan : Seborrhea tidak terjadi

Kriteria : Tidak timbul ruam tebal berkeropeng berwarna kuning di kulit kepala. Kulit kepala bersih dan tidak ada ketombe.

Intervensi menurut Marmi (2012) :

(a) Cuci kulit kepala bayi menggunakan shampoo bayi yang lembut sebanyak 2-3 kali seminggu. Kulit pada bayi belum bekerja sempurna.

R/ Shampoo bayi harus lembut karena fungsi kelenjar

(b) Oleskan krim hydrocortisone

R/ Krim hydrocortisone biasanya mengandung asam salisilat yang berfungsi untuk membasmi ketombe.

(c) Untuk mengatasi ketombe yang disebabkan jamur, cuci rambut bayi setiap hari dan pijat kulit kepala dengan shampoo secara perlahan.

R/ Pencucian rambut dan pemijatan kulit kepala dapat menghilangkan jamur lewat seriphan kulit yang lepas.

(d) Periksa ke dokter, bila keadaan semakin memburuk.

R/ Penatalaksanaan lebih lanjut.

8) Masalah 7 : Muntah dan gumoh

Tujuan : Banyak tidak muntah dan gumoh setelah minum

Kriteria : Tidak muntah dan gumoh setelah minum. Bayi tidak rewel

Intervensi menurut (Marmi, 2012) :

(a) Sendawakan bayi selesai menyusui.

R/ Bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui.

(b) Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel atau menangis.

R/ Mengurangi masuknya udara yang berlebihan.

9) Masalah 8 : Oral trush

Tujuan : Oral trush tidak terjadi

Kriteria :

Mulut bayi tampak bersih Intervensi menurut Marmi (2012) :

- a) Bersihkan mulut bayi setelah selesai menyusui menggunakan air matang.

R/ Mulut yang bersih dapat meminimalkan tumbuh kembang jamur candida albicans penyebab oral trush.

- b) Bila bayi minum menggunakan susu formula, cuci bersih botol dan dot susu, setelah itu diseduh dengan air mendidih atau direbus hingga mendidih sebelum digunakan.

R/ Mematikan kuman dengan suhu tertentu.

- c) Bila bayi menyusui ibunya, bersihkan puting susu sebelum menyusui.

R/ Mencegah timbulnya oral trush.

10) Masalah 9 : Diaper trush

Tujuan : Tidak terjadi diaper trush

Kriteria : Tidak timbul bintik merah pada kelamin dan bokong bayi. Intervensi menurut Marmi (2012) :

- a) Perhatikan daya tampung dari diaper, bila telah menggantung atau menggelembung ganti dengan yang baru.

R/ Menjaga kebersihan sekitar genitalia sampai anus bayi

- b) Hindari pemakaian diaper yang terlalu sering. Gunakan diaper disaat yang membutuhkan sekali.

R/ Mencegah timbulnya diaper rash.

- c) Bersihkan daerah genitalia dan anus bila bayi BAB dan BAK, jangan sampai ada sisa urin atau kotoran dikulit bayi.

R/ Kotoran pantat dan cairan yang bercampur menghasilkan zata 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 bokong bayi lebih lama sebagai salah satu tindakan.

R/ Kulit tetap kering sehingga meminimalkan timbulnya iritasi kulit.

2.2.5 Konsep Dasar Asuhan Keluarga Berencana

A. Pengkajian data

1. Data subyektif

a) Biodata

1) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan pelayanan (Ambarwati, 2011)

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 pada ibu pascasalin menurut Affandi (2012) adalah:

- 1) Usia 20-35 tahun
- 2) Usia > 35 tahun tidak ingin hamil lagi

c) Riwayat kesehatan

- 1) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke (Affandi, 2012).
- 2) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah <180/110 mmHg dengan masalah pembekuan darah, anemia bulan sabit (sickle cell) (Affandi, 2012).
- 3) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin (Affandi, 2012).
- 4) Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan dan nifas, perlu konseling prakonsepsi dengan memperhatikan resiko masing-masing penyakit. Pasien dengan kelainan jantung derajat 3 dan 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilih cara kontrasepsi AKDR, tubektomi atau vasektomi pada suami (Hanafi, 2011).
- 5) Ibu dengan penyakit infeksi alat genitalia (Vaginitis, servicitis), sedang mengalami atau menderita PRP

atau abortus septik, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang mempengaruhi kavum uteri, penyakit trofoblas 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 salin 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 selma 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).

2) 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 mini pil (Affandi, 2012). Pasien yang tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septik tidak boleh menggunakan kontrasepsi kontraindikasi KB IUD (Affandi, 2012).

3) 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, ketidak mampuan untuk memeriksa sendiri ekor IUD merupakan kontraindikasi untuk KB IUD (Hartanto, 2013).

b. 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 progesteron, 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).

5) Riwayat ketergantungan

Merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah risiko terjadinya miokard infark, stroke dan keadaan trombo-embolik

(Hartanto, 2013). Ibu yang menggunakan obat tuberkulosis (Rifampisin), atau tidak boleh menggunakan pil progestin (Affandi, 2012).

2. Data obyektif

a) Pemeriksaan umum

1) Tanda- tanda vital

Suntikan progestin dan implan dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah < 180/110 mmHg (Affandi, 2012). Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Fraser, 2009).

2) Pemeriksaan antropometri

Umumnya pertambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1 kg sampai 5 kg dalam tahun pertama. Penyebab pertambahan berat badan tidak jelas. Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh (Hartanto, 2013).

Permasalahan berat badan merupakan efek samping penggunaan kontrasepsi hormonal, terjadi peningkatan atau penurunan berat badan (Affandi, 2012).

b) 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) antar 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).

B. 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).

C. 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:

1. Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif.
2. Pengetahuan ibu tentang macam-macam, cara kerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah.
3. Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya.

Kriteria:

1. Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas.
2. Ibu memilih salah satu KB yang sesuai.
3. Ibu terlihat tenang.

Intervensi menurut Saifuddin (2010):

1. Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.

R/ menyakinkan klien membangun rasa percaya diri.

2. Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).

R/ dengan mengetahui informasi tentang diri klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien.

3. Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontra indikasi.

R/ penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang dia inginkan.

4. Bantulah klien menentukan pilihannya.

R/ klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

5. Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.

R/ penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien.

6. Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.

R/ penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

7. Pesankan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang.

R/ kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan alat kontrasepsi.

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/ mengetahui tingkat pengetahuan pasien
2. Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul di dalam rahim.
R/ ibu dapat merasa tenang dengan keadaannya.
3. Bila terjadi kehamilan hentikan penggunaan Kb, bila kehamilan ektopik segera rujuk.
R/ penggunaan KB pada kehamilan dapat mempengaruhi kehamilan dan kehamilan ektopik lebih besar pada penggunaan KB

Masalah 2 : pusing

Tujuan : setelah diberikan asuhan, pusing dapat teratasi dari ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya.

Kriteria: tidak terasa pusing dan mengerti efek samping dari KB hormonal

Intervensi menurut Affandi (2012):

1. Kaji keluhan pusing pasien

R/ membantu menengakkan diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya untu pengobatan.

2. Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara

R/ Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal.

3. Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

R/ Teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri.

Masalah 3 : perdarahan bercak/ *spotting*

Tujuan : setelah diberikan asuhan, ibu mmapu beradaptasi dengan keadaanya.

Kriteria: keluhan ibu terhadap masalah bercak/*spotting* berkurang

Intervensi menurut Affandi (2012):

1. Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah dan biasanya tidak memerlukan pengobatan.

R/ klien mampu mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek menggunakan KB hormonal adalah terjadinya perdarahan bercak/ *spotting*.

2. Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya.

Masalah 4 : perdarahan pervaginam yang hebat

Tujuan : 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 kerana perdarahan yang banyak maka diperlukan tablet tambah darah.

3. Lepaskan AKDR jika klien menghendaki

R/ perdarahan yang banyak merupakan komplikasi dari penggunaan AKDR.