

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini penulis akan menguraikan tentang konsep dasar asuhan kebidanan dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan pada ibu masa hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan keluarga berencana (KB).

2.1 Konsep Dasar Kehamilan

2.1.1 Pengertian Kehamilan

- 1) Menurut Reece dan Hobbins kehamilan terjadi ketika seorang wanita melakukan hubungan seksual dengan seorang pria yang mengakibatkan bertemunya sel telur dengan sel mani (sperma) yang disebut pembuahan atau fertilisasi (Mandriwati, dkk, 2017:45).
- 2) Menurut Bobak, Lowdermilk dan Jensen dalam Asuhan Keperawatan Antenatal, Intranatal dan Bayi Baru Lahir Fisiologis dan Patologis (2016:90) kehamilan adalah peristiwa yang didahului bertemunya sel telur atau ovum dengan sel sperma dan akan berlangsung selama kira-kira 10 bulan lunar atau 9 bulan kalender atau 40 minggu atau 280 hari yang dihitung dari hari pertama periode menstruasi terakhir atau Last Menstrual Period (LMP).

- 3) Proses kehamilan merupakan mata rantai yang bersinambung dan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2010 : 84).
- 4) Kehamilan merupakan suatu proses reproduksi yang berawal dari terjadinya pertemuan dan persenyawaan antara sperma dan ovum sehingga akan terbentuk zygot yang pada akhirnya membentuk janin. Kehamilan terjadi pada saat pertemuan ovum dan sperma hingga masa dimana janin siap lahir, dalam perhitungan medis \pm 40 minggu (Masriroh, 2013:73).
- 5) Menurut Saifuddin dalam buku Walyani dkk, 2015:60 kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40)

2.1.2 Fisiologi Kehamilan

1) Konsepsi

Menurut Sulistyawati (2011:56), konsepsi adalah pertemuan ovum matang dan sperma sehat yang memungkinkan terjadinya kehamilan. Sedangkan menurut Manuaba (2013:87), pertemuan inti ovum dengan inti spermatozoa disebut konsepsi atau fertilisasi dan membentuk zigot. Proses konsepsi dapat berlangsung seperti uraian dibawah ini :

(a) Ovum yang dilepaskan dalam proses ovulasi, diliputi oleh korona radiata, yang mengandung persediaan nutrisi.

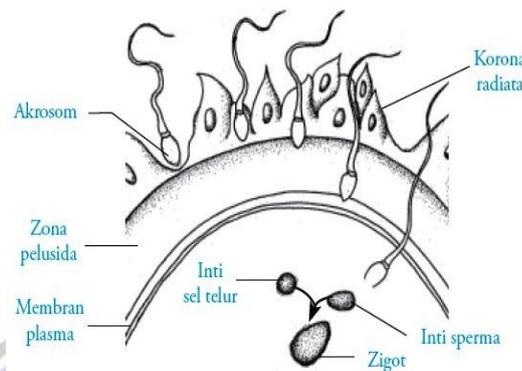
(b) Pada ovum, dijumpai inti dalam bentuk metafase di tengah sitoplasma yang disebut vitelus.

(c) Dalam perjalanan, korona radiata makin berkurang pada zona pelusida. Nutrisi dialirkan ke dalam vitelus, melalui saluran pada zona pelusida.

(d) Konsepsi terjadi pada pars ampula tuba, tempat yang paling luas yang dindingnya penuh jonjot dan tertutup sel yang mempunyai silia. Ovum mempunyai waktu hidup terlalu lama di dalam ampula tuba.

(e) Ovum siap dibuahi setelah 12 jam dan hidup selama 48 jam. Spermatozoa menyebar, masuk melalui kanalis servikalis dengan kekuatan sendiri. Pada kavum uteri, terjadi proses

kapasitasi, yaitu pelepasan lipoprotein dan sperma sehingga mampu mengadakan fertilisasi.



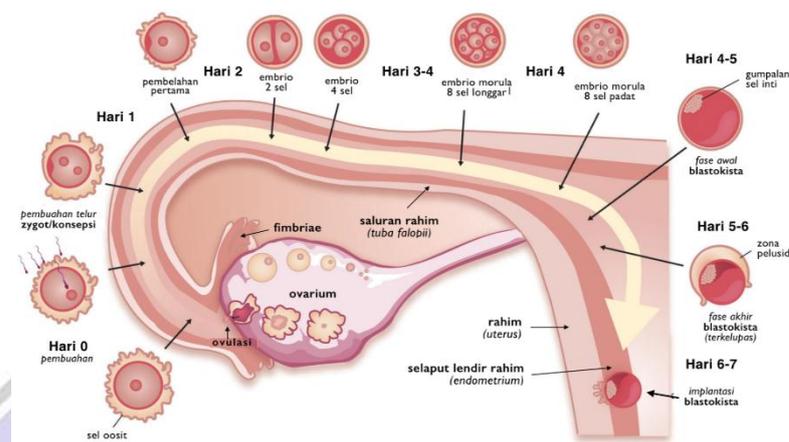
Gambar 2.1
Proses konsepsi

Sumber : www.google.co.id (Diakses 27 Desember 2018)

2) Nidasi dan Implantasi

Setelah pertemuan kedua inti ovum dan spermatozoa, terbentuk zigot yang dalam beberapa jam telah mampu membelah dirinya menjadi dua dan seterusnya. Bersamaan dengan pembelahan inti, hasil konsepsi terus berjalan menuju uterus. Hasil pembelahan sel memenuhi seluruh ruangan dalam ovum dan disebut stadium morula. Pembelahan berjalan terus dan di dalam morula terbentuk ruangan dimana mengandung cairan yang disebut blastula. Perkembangan dan pertumbuhan berlangsung, blastula dengan vili korealisnya yang dilapisi sel trofoblas telah siap untuk mengadakan nidasi. Sel trofoblas yang meliputi “primer vili korelais” melakukan destruksi enzimatik-proteolitik, sehingga dapat menanamkan diri dalam endometrium. Proses penanaman blastula yang disebut nidasi atau implantasi terjadi pada hari ke-

6 sampai 7 setelah konsepsi. Pada saat tertanamnya blastula kedalam endometrium, mungkin terjadi pendarahan yang disebut tanda *Hartman* (Manuaba, 2012:82).

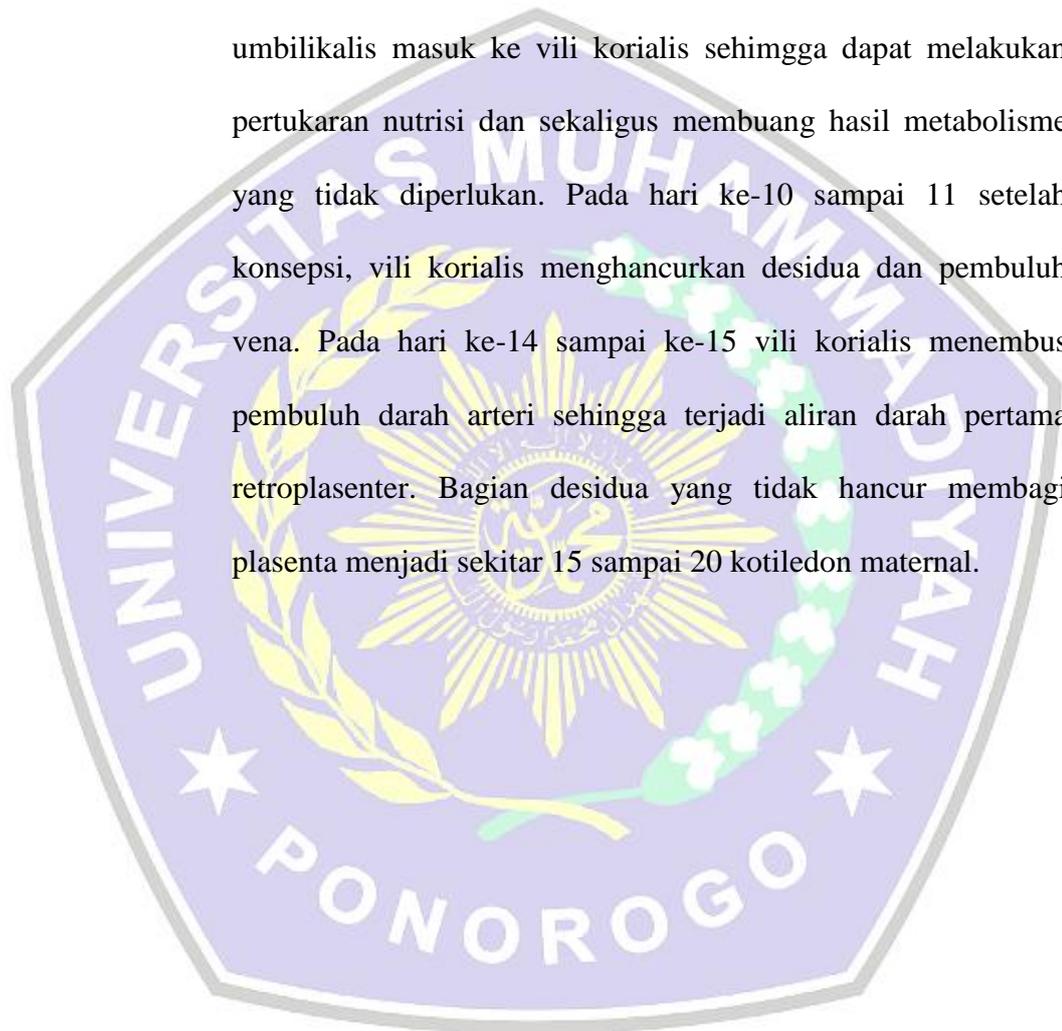


Gambar 2.2
Proses Implantasi atau Nidasi
Sumber : Witjaksono J. 2015

3) Pembentukan Plasenta

Manuaba (2010:82) menjelaskan terjadinya nidasi (implantasi) mendorong sel blastula mengadakan diferensiasi. Sel yang dekat dengan ruangan eksoselom membentuk “entoderm” dan *yolk sac* (kantong kuning telur) sedangkan sel lain membentuk “ektoderm” dan ruangan amnion. Plat embrio (*embryonal plate*) terbentuk diantara dua ruang amnion dan kantong *yolk sac*. Plat embrio terdiri dari unsur ektoderm, entoderm, dan mesoderm. Ruang amnion dengan cepat mendekati karion sehingga jaringan yang terdapat diantara amnion dan embrio padat dan berkembang menjadi tali pusat. Awalnya *yolk sac* berfungsi

sebagai pembentuk darah bersama dengan hati, limpa dan sumsum tulang. Pada minggu ke-2 sampai ke-3 terbentuk bakal jantung dengan pembuluh darahnya menuju *body stalk* (bakal tali pusat). Pembuluh darah pada *body stalk* terdiri dari arteri umbilikalis dan vena umbilikalis. Cabang arteri dan vena umbilikalis masuk ke vili korialis sehingga dapat melakukan pertukaran nutrisi dan sekaligus membuang hasil metabolisme yang tidak diperlukan. Pada hari ke-10 sampai 11 setelah konsepsi, vili korialis menghancurkan desidua dan pembuluh vena. Pada hari ke-14 sampai ke-15 vili korialis menembus pembuluh darah arteri sehingga terjadi aliran darah pertama retroplasenter. Bagian desidua yang tidak hancur membagi plasenta menjadi sekitar 15 sampai 20 kotiledon maternal.

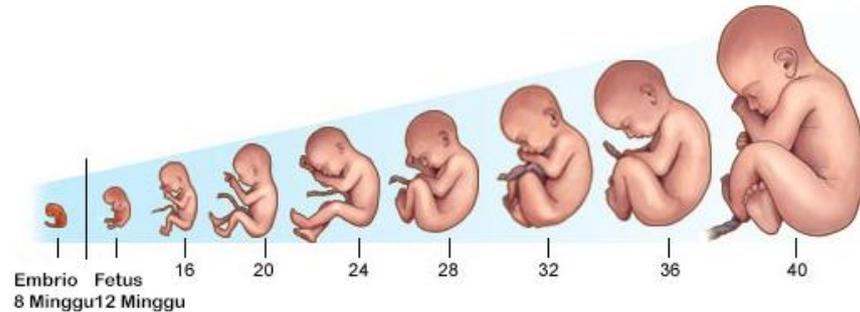


Tabel 2.1
Perkembangan Fungsi Organ Janin

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

Sumber: Hanafi dalam Saifuddin, 2010:159

Pertumbuhan Janin dalam 40 Minggu



Gambar 2.3
Pertumbuhan dan Perkembangan Janin
Sumber : Manuaba, 2010: 89

2.1.3 Tanda-tanda Gejala Kehamilan

Menurut Nugroho, dkk (2014:82), terdapat tiga jenis tanda kehamilan yaitu :

- 1) Tanda kehamilan tidak pasti
 - (a) Amenorea (tidak dapat haid).

Gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi. Penting diketahui tanggal hari pertama haid terakhir, supaya dapat ditentukan tuanya kehamilan dan bila persalinan diperkirakan akan terjadi (Hani dkk, 2010:72).

- (b) Nausea (enek) dan emesis (muntah).

Enek terjadi umumnya pada bulan-bulan pertama kehamilan, disertai kadang-kadang oleh emesis. Sering terjadi pada pagi

hari, tetapi tidak selalu. Keadaan ini lazim disebut morning sickness (Putranti, 2018:67).

(c) Mengidam (ingin makanan khusus/tertentu)

Mengidam sering terjadi pada bulan-bulan pertama akan tetapi menghilang dengan makin tuanya kehamilan (Hani dkk, 2010:72).

(d) Pingsan.

Sering dijumpai bila berada pada tempat-tempat ramai. Dianjurkan untuk tidak pergi ke tempat-tempat ramai pada bulan-bulan pertama kehamilan. Hilang sesudah kehamilan 16 minggu (Hani dkk, 2010:73).

(e) Anoreksia (Tidak ada selera makan).

Pada bulan-bulan pertama terjadi anoreksia, tetapi setelah itu nafsu makan timbul lagi. Hendaknya dijaga jangan sampai salah pengertian makan untuk “dua orang”, sehingga kenaikan berat badan tidak sesuai dengan tuanya kehamilan (Hani dkk, 2010:73).

(f) Sering kencing

Terjadi karena kandung kemih tertekan oleh rahim yang membesar. Gejala ini akan hilang pada triwulan kedua kehamilan. Pada akhir kehamilan, gejala ini kembali, karena kandung kemih ditekan oleh kepala janin (Hani dkk, 2010:73).

(g) Obstipasi

Terjadi karena tonus otot menurun yang disebabkan oleh pengaruh hormon steroid (Sunarsih, 2011:111).

(h) Pigmentasi

Kulit terjadi pada kehamilan 12 minggu ke atas. Pada pipi, hidung dan dahi kadang-kadang tampak deposit pigmen yang berlebihan, dikenal sebagai chloasma gravidarum. Areola mammae juga menjadi lebih hitam karena di dapatkan deposit pigmen yang berlebih. Daerah leher menjadi lebih hitam. Demikian pula linea alba di garis tengah abdomen menjadi lebih hitam (linea grisea). Pigmentasi ini terjadi karena pengaruh dari hormon kortikosteroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit (Hani dkk, 2010:73).

(i) Epulis

Suatu hipertrofi papilla gingivae, sering terjadi pada triwulan pertama (Romauli, 2011:94).

(j) Varises (penekanan vena - vena)

Keadaan ini sering dijumpai pada triwulan terakhir dan terdapat pada daerah genitalia eksterna, fossa poplitea, kaki dan betis. Pada multigravida, kadang - kadang varises ditemukan pada kehamilan yang terdahulu, kemudian timbul kembali pada triwulan pertama. Kadang – kadang timbulnya

varises merupakan gejala pertama kehamilan muda (Romauli, 2011:94).

2) Tanda Kemungkinan Hamil

Tanda kemungkinan hamil adalah perubahan-perubahan yang diobservasi oleh pemeriksa (bersifat objektif), namun berupa dugaan kehamilan saja. Semakin banyak tanda-tanda yang didapatkan, semakin besar pula kemungkinan kehamilan. Yang termasuk tanda kemungkinan hamil adalah :

(a) Uterus membesar

Pada keadaan ini, terjadi perubahan bentuk, besar dan konsistensi rahim. Pada pemeriksaan dalam, dapat diraba bahwa uterus membesar dan semakin lama semakin bundar bentuknya (Hani, dkk. 2010:40)..

(b) Tanda hegar

Konsistensi rahim dalam kehamilan berubah menjadi lunak, terutama daerah isthmus. Pada minggu-minggu pertama, isthmus uteri mengalami hipertrofi seperti korpus uteri. Hipertrofi isthmus pada triwulan pertama mengakibatkan isthmus menjadi panjang dan lebih lunak sehingga kalau diletakkan dua jari dalam fornix posterior dan tangan satunya pada dinding perut di atas simpisis maka isthmus ini tidak teraba seolah-olah korpus uteri sama sekali terpisah dari uterus (Romauli, 2011:94).

(c) Tanda chadwick

Hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah dan agak kebiru-biruan (livide). Warna porsio pun tampak livide. Hal ini disebabkan oleh pengaruh hormone esterogen.

(d) Tanda piscaseck

Uterus mengalami pembesaran, kadang-kadang pembesaran tidak rata tetapi di daerah telur bernidasi lebih cepat tumbuhnya. Hal ini menyebabkan uterus membesar ke salah satu jurusan pembesaran tersebut (Sulistyawati, 2012:74).

(e) Tanda braxton hicks

Bila uterus dirangsang, akan mudah berkontraksi. Waktu palpasi atau pemeriksaan dalam uterus yang awalnya lunak akan menjadi keras karena berkontraksi. Tanda ini khas untuk uterus dalam masa kehamilan (Hani,2010:75).

(f) Goodell sign

Di luar kehamilan konsistensi serviks keras, kerasnya seperti merasakan ujung hidung, dalam kehamilan serviks menjadi lunak pada perabaan selunak bibir atau ujung bawah daun telinga (Romauli, 2011:94).

(g) Reaksi kehamilan positif

Cara khas yang dipakai dengan menentukan adanya human chorionic gonadotropin pada kehamilan muda adalah air seni

pertama pada pagi hari. Dengan tes ini, dapat membantu menentukan diagnosa kehamilan sedini mungkin (Hani,2010:75).

3) Tanda Pasti Kehamilan

Tanda pasti adalah tanda – tanda objektif yang didapatkan oleh pemeriksa yang dapat digunakan untuk menegakkan diagnosa pada kehamilan. Yang termasuk tanda pasti kehamilan adalah :

(a) Terasa gerakan janin

Gerakan janin pada primigravida dapat dirasakan oleh ibunya pada kehamilan 18 minggu. Sedangkan pada multigravida, dapat dirasakan pada kehamilan 16 minggu karena telah berpengalaman dari kehamilan terdahulu. Pada bulan keempat dan kelima, janin berukuran kecil jika dibandingkan dengan banyaknya air ketuban, maka kalau rahim didorong atau digoyangkan, maka anak melenting di dalam Rahim (Romauli, 2011:96).

(b) Teraba bagian-bagian janin

Bagian-bagian janin secara objektif dapat diketahui oleh pemeriksa dengan cara palpasi menurut Leopold pada akhir trimester kedua (Sarwono, 2010: 215).

(c) Denyut jantung janin

Denyut jantung janin secara objektif dapat diketahui oleh pemeriksa dengan menggunakan :

- (1) Fetal electrocardiograph pada kehamilan 12 minggu.
- (2) Sistem doppler pada kehamilan 12 minggu.
- (3) Stetoskop laenec pada kehamilan 18 – 20 minggu.

Dengan menggunakan USG dapat terlihat gambaran janin berupa ukuran kantong janin, panjangnya janin dan diameter bipateralis sehingga dapat diperkirakan tuanya kehamilan (Sarwono, 2010: 215).

2.1.4 Perubahan Fisiologi dalam Kehamilan

Pada kehamilan terdapat perubahan pada seluruh tubuh wanita, khususnya pada alat genitalia eksterna dan interna serta pada payudara (mammae). Menurut Hutahaean (2013:75) perubahan yang terdapat pada ibu hamil trimester III antara lain, yaitu :

1) Uterus

Pada usia gestasi 30 minggu, fundus uteri dapat dipalpasi dibagian tengah antara umbilicus dan sternum. Pada usia kehamilan 38 minggu, uterus sejajar dengan sternum. Tuba uterin tampak agak terdorong ke dalam di atas bagian tengah uterus. Frekuensi dan kekuatan kontraksi otot segmen atas rahim semakin meningkat. Oleh karena itu segmen bawah uterus berkembang lebih cepat dan meregang secara radial, yang jika terjadi bersamaan dengan pembukaan serviks dan pelunakan jaringan dasar pelvis, akan menyebabkan presentasi janin memulai penurunannya ke dalam pelvis bagian atas. Hal

ini mengakibatkan berkurangnya tinggi fundus yang disebut dengan lightening (Marmi, 2011:79).

Tabel 2.2
Tinggi Fundus Uteri Menurut Mc. Donald

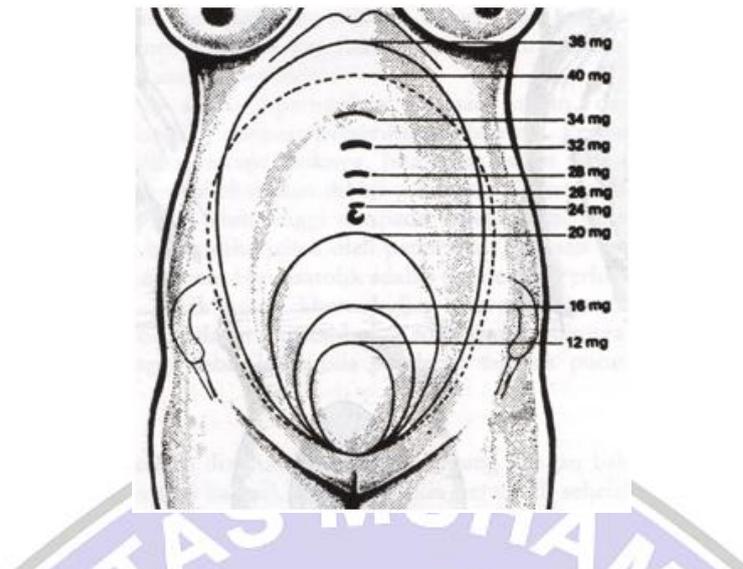
No	Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
1.	22-28 minggu	24-25 cm diatas simfisis
2.	28 minggu	26,7 cm diatas simfisis
3.	30 minggu	29,5-30 cm diatas simfisis
4.	32 minggu	29,5-30 cm diatas simfisis
5.	34 minggu	31 cm diatas simfisis
6.	36 minggu	32 cm diatas simfisis
7.	38 minggu	33 cm diatas simfisis
8.	40 minggu	37,7 cm diatas simfisis

Sumber : Sofian, A. 2012:35

Tabel 2.3
Tinggi Fundus Uteri Menurut Leopold

No	Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
1.	28 minggu	2-3 jari diatas pusat
2.	32 minggu	Pertengahan pusat – <i>processus xifoideus</i> (px)
3.	36 minggu	3 jari dibawah px
4.	40 minggu	Pertengahan pusat – px, tetapi melebar kesamping

Sumber : Sofian, A. 2012:35



Gambar 2.4

Pemeriksaan Fundus Uteri untuk Menentukan Umur Kehamilan

Sumber : Wiknjosastro, H. 2009. *Ilmu Kandungan, Neonatus & Anak*. Hal : 158.
Jakarta : EGC

2) Serviks Uteri

Serviks akan mengalami perlunakan atau pematangan secara bertahap akibat bertambahnya aktivitas uterus selama kehamilan, dan akan mengalami dilatasi sampai pada kehamilan trimester III (Putranti, 2018:46).

3) Vagina dan Vulva

Terjadi peningkatan rabas vagina. Peningkatan cairan vagina selama kehamilan adalah normal, cairan biasanya jernih (Putranti, 2018:46).

4) Payudara

Keluarnya cairan berwarna kekuningan dari payudara ibu yang disebut dengan kolostrum. Hal ini tidak berbahaya dan merupakan pertanda bahwa payudara sedang menyiapkan Air

Susu Ibu (ASI) untuk menyusui bayi nantinya (Putranti, 2018:46).

5) Kulit

Perubahan warna kulit menjadi lebih gelap terjadi pada 90% ibu hamil. Hiperpigmentasi terlihat lebih nyata pada wanita berkulit gelap dan terlihat di area seperti aerola mammae, perineum, dan umbilikus juga di area yang cenderung mengalami gesekan seperti aksila dan paha bagian dalam. Hal ini disebabkan karena peningkatan hormon penstimulasi (melanosit stimulating hormone–MSH), estrogen dan progesteron (Fitriani, 2018:82).

6) Sistem Kardiovaskular

Kondisi tubuh dapat memiliki dampak besar pada tekanan darah. Posisi telentang dapat menurunkan curah jantung hingga 25%. Kompresi vena cava inferior oleh uterus yang membesar selama trimester ketiga mengakibatkan menurunnya aliran balik vena. Sirkulasi uteroplasenta menerima proporsi curah jantung yang terbesar, dengan aliran darah meningkat dari 1-2% pada trimester pertama hingga 17% pada kehamilan cukup bulan. Hal ini diwujudkan dalam peningkatan aliran darah maternal ke dasar plasenta kira-kira 500 ml/menit pada kehamilan cukup bulan.

Menurut Irene M. Bobak peningkatan volume darah terjadi selama kehamilan, mulai pada 10-12 minggu usia kehamilan

dan secara progresif sampai dengan usia kehamilan 30-34 minggu. Anemia adalah suatu kondisi dimana terdapat kekurangan sel darah merah atau haemoglobin. Kadar Hb < 11 gr/dl (pada trimester I dan III) atau < 10,5 gr/dl (pada trimester II) (Kemenkes RI, 2013). Menurut Manuaba, anemia pada ibu hamil dapat diklasifikasikan menjadi empat, yaitu tidak anemia (Hb 11 gr/dl), anemia ringan (Hb 9-10 gr/dl), anemia sedang (Hb 7-8 gr/dl), anemia berat (< 7 gr/dl) (Suryandari dan Happinasari, 2015:33). Program intervensi untuk menanggulangi ataupun mencegah kekurangan zat besi salah satunya adalah peningkatan konsumsi makanan kaya gizi. Untuk menanggulangi masalah anemia defisiensi zat besi melalui peningkatan asupan makanan dapat diupayakan dengan mengonsumsi bahan makanan yang mengandung zat besi tinggi dan/atau meningkatkan konsumsi bahan makanan yang bersifat meningkatkan absorpsi zat besi. Memberikan zat besi 60 mg/hari dapat menaikkan kadar Hb sebanyak 1 gr/dl/bulan. Sedangkan bahan makanan yang dapat meningkatkan penyerapan zat besi antara lain buah-buahan, sayur-sayuran yang kaya akan vitamin A, C serta asam folat (Ani, L.S, 2013:75).

7) Sistem Respirasi

Perubahan hormonal pada kehamilan trimester tiga yang memengaruhi aliran darah ke paru – paru mengakibatkan banyak ibu hamil akan merasa susah bernafas. Ini juga didukung oleh adanya tekanan rahim yang membesar yang dapat menekan diafragma, sehingga ibu hamil merasa susah bernafas (Fitriani, 2018:82).

8) Sistem Pencernaan

Pada kehamilan trimester tiga, lambung berada pada posisi vertikal dan bukan pada posisi normalnya, yaitu horizontal. Kekuatan mekanis ini menyebabkan peningkatan intragastrik dan perubahan sudut persambungan gastro-esofageal yang mengakibatkan terjadinya refluks esofageal yang lebih besar. Penurunan drastis tonus dan motilitas lambung dan usus ditambah relaksasi sfingter bawah esophagus merupakan faktor predisposisi terjadinya nyeri ulu hati, konstipasi, dan hemoroid. Hemoroid terjadi akibat konstipasi dan naiknya tekanan vena vena dibawah uterus termasuk vena hemoroidal. Konstipasi dikarenakan hormon progesteron menimbulkan gerakan usus makin berkurang (relaksasi otot – otot polos) sehingga makanan lebih lama didalam usus dan juga dapat terjadi karena kurangnya aktifitas/senam dan penurunan asupan cairan. Nyeri ulu hati dianggap akibat adanya sedikit peningkatan intragastrik yang dikombinasikan dengan penurunan tonus sfingter bawah

esophagus sehingga asam lambung refluks ke dalam esophagus bagian bawah (Putranti, 2018:50).

9) Sistem Perkemihan

Perubahan anatomis yang sangat besar terjadi pada system perkemihan saat hamil yaitu ginjal dan ureter. Pada akhir kehamilan, terjadi peningkatan frekuensi Buang Air Kecil (BAK) karena kepala janin mulai turun sehingga kandung kemih tertekan. Perubahan struktur ginjal ini juga merupakan aktivitas hormonal (estrogen dan progesteron), tekanan yang timbul akibat pembesaran uterus, dan peningkatan volume darah (Fitriani, 2018:76).

10) Sistem Muskuloskeletal

Postur tubuh wanita secara bertahap mengalami perubahan karena janin membesar dalam abdomen. Untuk mengompensasi penambahan berat badan ini, bahu lebih tertarik ke belakang dan tulang belakang lebih melengkung, sendi tulang belakang lebih lentur (Marmi, 2015:55). Lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi anterior, lordosis menggeser pusat daya berat ke belakang ke arah dua tungkai. Sendi sakroiliaka, sakrokoksigis dan pubis akan meningkat mobilitasnya, yang diperkirakan karena pengaruh hormonal. Mobilitas tersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap ibu dan pada akhirnya

dapat menyebabkan nyeri punggung pada beberapa wanita (Saifuddin, dkk, 2013:45).

11) Kenaikan Berat Badan

Normal berat badan meningkat sekitar 6-16 kg, terutama dari pertumbuhan isi konsepsi dan volume berbagai organ atau cairan intrauterine (Sukarni dan Margaret, 2016:45).

Tabel 2.4
Perhitungan Berat Badan Berdasarkan Indeks Masa Tubuh

Kategori	IMT	Rekomendasi
Rendah	<19,8	12,5-18
Normal	19,8-26	11,5-6
Tinggi	26-29	7-11,5
Obesitas	>29	≥7
Gemelli		16-20,5

Sumber : Walyani, E. 2015:55

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

IMT : Indeks Masa Tubuh

BB : Berat Badan (kg)

TB : Tinggi Badan (m)

2.1.5 Perubahan Psikologis Ibu Hamil

Kehamilan merupakan waktu transisi yaitu kehidupan sebelum memiliki anak yang berada dalam kandungan dan kehidupan setelah anak lahir. Secara umum emosi yang dirasakan oleh ibu hamil cukup labil, ia dapat memiliki reaksi yang ekstrim dan suasana hati yang cepat berubah. Ibu hamil menjadi sangat sensitif dan cenderung

bereaksi berlebihan. Ibu hamil lebih terbuka terhadap dirinya sendiri dan suka berbagi pengalaman dengan orang lain. Wanita hamil memiliki kondisi yang sangat rapuh, sangat takut akan kematian baik terhadap dirinya sendiri maupun bayinya (Romauli. 2011: 89).

1) Trimester I

Menurut Sulistyawati (2009:76-77), perubahan psikologis pada trimester I adalah :

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

2) Trimester II

Menurut Sulistyawati (2009:76-77), perubahan psikologis pada trimester II adalah :

- (a) Ibu merasa sehat, tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormone yang tinggi

- (b) Ibu sudah bisa menerima kehamilannya
- (c) Merasakan gerakan anak
- (d) Merasa terlepas dari ketidaknyamanan dan kekhawatiran
- (e) Libido meningkat
- (f) Menuntut perhatian dan cinta
- (g) Merasa bahwa bayi sebagai individu yang merupakan bagian dari dirinya
- (h) Hubungan sosial meningkat dengan wanita hamil lainnya atau pada orang lain yang baru menjadi ibu
- (i) Ketertarikan dan aktivitasnya terfokus pada kehamilan, kelahiran, dan persiapan untuk peran baru

3) Trimester III

Menurut Sulistyawati (2009:76-77), perubahan psikologis pada trimester III adalah :

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

- (e) Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya
- (f) Merasa kehilangan perhatian
- (g) Perasaan mudah terluka (sensitif)
- (h) Libido menurun

2.1.6 Kebutuhan dasar selama Masa Kehamilan

1) Oksigen

Kebutuhan oksigen adalah kebutuhan yang utama pada manusia termasuk ibu hamil. Berbagai gangguan pernafasan bisa terjadi saat hamil sehingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada bayi yang dikandung. Untuk memenuhi kebutuhan oksigen maka hamil perlu melakukan :

- (a) Latihan nafas melalui senam hamil
- (b) Tidur dengan bantal yang lebih tinggi
- (c) Makan tidak terlalu banyak
- (d) Kurangi atau hentikan merokok
- (e) Kontrol ke dokter bila ada kelainan atau gangguan pernafasan seperti asma dan lain-lain (Walyani, 2015:93).

2) Nutrisi

Status gizi merupakan hal yang penting diperhatikan selama masa kehamilan karena faktor gizi sangat berpengaruh terhadap status kesehatan ibu guna pertumbuhan dan perkembangan janin. Menurut Hendrawan Nasedul yang dikutip oleh Mitayani

(2010:35), gizi pada saat kehamilan adalah zat makanan atau menu yang takaran semua zat gizinya dibutuhkan oleh ibu hamil setiap hari dan mengandung zat gizi seimbang dengan jumlah sesuai kebutuhan dan tidak berlebihan. Kondisi kesehatan ibu sebelum dan sesudah hamil sangat menentukan kesehatan ibu hamil. Sehingga demi suksesnya kehamilan, keadaan gizi ibu pada waktu konsepsi harus dalam keadaan baik, dan selama hamil harus mendapat tambahan energi, protein, vitamin, dan mineral (Kusmiyati, 2009:45).

(a) Kalori

Seorang wanita selama kehamilan memiliki kebutuhan energi yang meningkat. Energi ini digunakan untuk pertumbuhan janin, pembentukan plasenta, pembuluh darah, dan jaringan yang baru (Almatsier, 2009:55). Selain itu, tambahan kalori dibutuhkan sebagai cadangan lemak serta untuk proses metabolisme jaringan baru (Mitayani, 2010:47).

Ibu hamil memerlukan sekitar 80.000 tambahan kalori pada kehamilan. Penambahan sebesar 300 kkal/hari untuk ibu hamil trimester ketiga. Dengan demikian dalam satu hari asupan energi ibu hamil trimester ketiga dapat mencapai 2300 kkal/hari. Kebutuhan energi yang tinggi paling banyak diperoleh dari bahan makanan sumber lemak, seperti lemak dan minyak, kacang-kacangan, dan biji-bijian. Setelah itu

bahan makanan sumber karbohidrat seperti padi-padian, umbi-umbian, dan gula murni (Almatsier, 2009:56).

(b) Protein

Pada saat hamil terjadi peningkatan kebutuhan protein yang disebabkan oleh peningkatan volume darah dan pertumbuhan jaringan baru. Jumlah protein yang harus tersedia sampai akhir kehamilan adalah sebanyak 925 gr yang tertimbun dalam jaringan ibu, plasenta, serta janin. Penambahan sebanyak 17 gram untuk kehamilan pada trimester ketiga atau sekitar 1,3 g/kg/hr. Dengan demikian, dalam satu hari asupan protein dapat mencapai 67-100 gr. (Aritonang, 2010:48).

(c) Vitamin dan Mineral

Bagi pertumbuhan janin yang baik dibutuhkan berbagai vitamin dan mineral seperti vitamin C, asam folat, zat besi, kalsium, dan zink. Angka kecukupan gizi yang dianjurkan untuk tambahan gizi ibu hamil pada trimester ketiga adalah vitamin A +300 RE, vitamin C +10 mg, tiamin +0,3 mg, riboflavin +0,3 mg, niasin +4 mg, asam folat +200 µg, vitamin B12 +0,2 µg, kalsium +150 mg, magnesium +40 mg, zat besi +13 mg, zink +10,2 mg,serta iodium +50 µg. (Aritonang, 2010:48)

Tabel 2.5

Kecukupan Gizi Hamil Widya Karya Pangan Dan Gizi Tahun 1993

Zat gizi	Kebutuhan penambahan Untuk Wanita Hamil	Contoh dan Jenis Makanan
Energy	285 Kkal	Nasi, roti, ubi, jagung, kentang dll
Protein	12 gram	Daging, ikan, telur, ayam, kacang-kacangan, tahu, tempe.
Vitamin A	200 RE/i.u	Kuning telur, hati, sayuran dan buah hijau dan kuning kemerahan.
Kalsium	500 mg	Susu, ikan, sayuran hijau, kacang-kacangan kering
Vitamin B1	0,2 mg	Biji-bijian, padi-padian, kacang-kacangan, daging
Vitamin B2	0,2 mg	Hati, telur, sayuran, kacang
Niasin	1 mg	Hati, daging, ikan, biji-bijian, kacang-kacangan
Vitamin C	10 mg	Sayuran, buah-buahan
Zat Besi	30 mg	Daging, hati, sayuran hijau, bayam, kagkung, daun pepaya, daun katuk.

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

3) Eliminasi

(a) Buang Air Kecil (BAK)

Peningkatan frekuensi berkemih pada trimester III paling sering dialami oleh ibu hamil primigravida setelah lightening. Lightening menyebabkan bagian presentasi terendah janin akan menurun masuk ke dalam panggul dan

menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih (Mochtar, 2011:53).

(b) Buang Air Besar (BAB)

Konstipasi diduga akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan hormon progesteron. Konstipasi juga dapat terjadi sebagai akibat dari efek samping penggunaan zat besi, hal ini akan memperberat masalah pada wanita hamil (Mochtar, 2011:53)

4) Istirahat

Wanita hamil harus mengurangi semua kegiatan yang melelahkan. Wanita hamil juga harus menghindari posisi duduk, berdiri dalam waktu yang sangat lama. Ibu hamil harus mempertimbangkan pola istirahat dan tidur yang mendukung kesehatan sendiri, maupun kesehatan bayinya. Kebiasaan tidur larut malam dan kegiatan-kegiatan malam hari harus dipertimbangkan dan kalau mungkin dikurangi hingga seminimal mungkin. Tidur malam ± 8 jam, istirahat/ tidur siang ± 1 jam. Jadwal istirahat dan tidur perlu diperhatikan dengan baik, karena istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani, dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin (Mochtar, 2011:54).

5) Aktivitas

Senam hamil bertujuan mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat dimanfaatkan untuk berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Senam hamil dimulai pada usia kehamilan sekitar 24-28 minggu. Beberapa aktifitas yang dianggap sebagai senam hamil yaitu jalan-jalan saat hamil terutama di pagi hari. Dianjurkan tidak melakukan pekerjaan rumah tangga yang berat dan menghindari kerja fisik yang dapat menimbulkan kelelahan yang berlebihan (Manuaba, 2013).

6) Personal Hygiene

Menurut Marmi (2014:43) personal hygiene berasal dari bahasa Yunani yaitu personal yang artinya perorangan dan hygiene yang berarti sehat. Personal hygiene pada ibu hamil adalah kebersihan yang dilakukan oleh ibu hamil untuk mengurangi kemungkinan infeksi. Kebersihan yang perlu diperhatikan selama kehamilan meliputi :

(a) Kebersihan rambut dan kulit kepala

Rambut berminyak cenderung menjadi lebih sering selama kehamilan karena *over activity* kelenjar minyak kulit kepala dan mungkin memerlukan keramas lebih sering. Rambut bisa tumbuh lebih cepat selama kehamilan dan mungkin memerlukan pemotongan lebih sering. Menjaga kebersihan rambut dan kulit kepala pada ibu hamil sangatlah penting.

Disarankan ibu hamil untuk mencuci rambut secara teratur guna menghilangkan segala kotoran, debu dan endapan minyak yang menumpuk pada rambut membantu memberikan stimulasi sirkulasi darah pada kulit kepala dan memonitor masalah-masalah pada rambut dan kulit kepala.

(b) Kebersihan gigi dan mulut

Ibu hamil harus memperhatikan kebersihan gigi dan mulut untuk menjaga dari semua kotoran dari sisa makanan yang masih tertinggal di dalam gigi yang mengakibatkan kerusakan pada gigi dan bau mulut. Kebersihan dan perawatan gigi dapat dilakukan dengan oral hygiene dengan menggunakan sikat dan pasta gigi sedangkan untuk kebersihan area mulut dan lidah bisa dilakukan dengan menggunakan kasa yang dicampur dengan antiseptik. Penjadwalan untuk trimester I terkait dengan hiperemesis dan ptyalisme (produksi liur yang berlebihan) sehingga kebersihan rongga mulut harus selalu terjaga, misalnya pencegahan karies pada gigi. Sedangkan untuk trimester III, terkait dengan adanya kebutuhan kalsium untuk pertumbuhan janin sehingga diketahui apakah terdapat pengaruh yang merugikan pada gigi ibu hamil. Dianjurkan untuk selalu menyikat gigi setelah makan karena ibu hamil sangat rentan terhadap terjadinya karies dan gingivitis.

(c) Kebersihan payudara

Pemeliharaan payudara juga penting, puting susu harus dibersihkan jika terbasahi oleh kolostrum karena apabila dibiarkan dapat terjadi edema pada puting susu dan sekitarnya. Puting susu yang masuk di usahakan supaya keluar dengan pemijatan pada daerah aerola mammae mengarah menjauhi puting susu untuk menonjolkan puting susu setiap kali mandi. Payudara perlu disiapkan sejak sebelum bayi lahir sehingga dapat segera berfungsi dengan baik untuk proses laktasi.

(d) Pakaian selama hamil

Pada dasarnya pakaian apa saja dapat dipakai. Pakaian yang baik untuk wanita hamil adalah yang longgar dan mudah dipakai serta bahan yang mudah menyerap keringat. Ada dua hal yang harus diperhatikan dan dihindari yaitu : sabuk dan stoking yang terlalu ketat, sebab akan mengganggu aliran balik darah serta sepatu dengan hak tinggi, karena akan menambah lordosis sehingga sakit pinggang akan bertambah. Payudara perlu ditopang dengan bra yang dapat menopang payudara sehingga mengurangi rasa tidak nyaman karena pembesaran.

(e) Kebersihan Genetalia

Kebersihan vulva harus dijaga dengan lebih sering membersihkannya, membasuh dari arah ke depan ke arah anus, memakai celana yang selalu bersih dan kering, jangan berendam, selalu mengganti celana dalam apabila basah atau lembab.

(f) Seksual

Selama kehamilan berjalan normal, coitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan jika dilakukan dengan hati-hati.

Pada akhir kehamilan, jika kepala sudah masuk kedalam rongga panggul, coitus sebaiknya dihentikan karena dapat menimbulkan perasaan sakit dan perdarahan . Coitus tidak dibenarkan bila:

- (1) Terdapat perdarahan pervaginam.
- (2) Terdapat riwayat abortus berulang.
- (3) Abortus/partus prematurus imminens.
- (4) Ketuban pecah dini.
- (5) Serviks telah membuka.

(Romauli, 2011:136)

(g) Obat-obatan

Menurut Lili Yulaikah (2009) dikutip dari Andina (2018: 133), beberapa obat dapat melintasi plasenta, maka penggunaan obat pada wanita hamil perlu diperhatikan mengenai obat apa saja yang relatif aman hingga harus

dihindari selama masa kehamilan. Dalam plasenta obat mengalami proses biotransformasi sebagai upaya perlindungan dan dapat terbentuk senyawa reaktif yang bersifat teratogenik atau dismoforgenik. Obat-obat yang dapat menyebabkan terbentuknya senyawa teratogenik dapat merusak janin dalam pertumbuhan.

(h) Imunisasi

Vaksinasi terhadap tetanus (TT) di Indonesia diberikan 2 kali. Sebaiknya setelah bulan ketiga dengan jarak sekurang-kurangnya 4 minggu. Vaksinasi kedua sebaiknya diberikan kurang dari 1 bulan sebelum anak lahir agar serum antitetanus mencapai kadar optimal. (Kusmiyati, Y.dkk. 2013:125)

Tabel 2.6
Imunisasi Tetanus Toxoid

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

Sumber : (Kusmiyati, Y.dkk. 2013:126)

2.1.7 Hormon Yang Mempengaruhi Kehamilan

Menurut Saryono (2010) yang dikutip dari Wahyani (2015:75) hormon adalah zat kimia (biasa disebut bahan kimia pembawa pesan) yang secara langsung dikeluarkan ke dalam aliran darah oleh kelenjar-kelenjar, dan pada kehamilan hormon membawa berbagai perubahan, terpusat pada berbagai bagian tubuh wanita. Hormon yang paling berkaitan dengan kehamilan adalah :

1) Ekstrogen

Produksi ekstrogen plasenta terus naik selama kehamilan dan pada akhir kehamilan kadarnya kira-kira 100 kali sebelum hamil.

2) Progesteron

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

3) Human Chorionic Gonadotropin (HCG)

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

4) Human Placenta Lactogen (HPL)

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

5) Pituitary Gonadotropin

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

6) Prolaktin

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

7) Growth Hormone (STH)

Produksinya sangat rendah karena mungkin ditekan oleh HPL.

8) TSH, ACHT, dan MSH

Hormon-hormon ini tidak banyak dipengaruhi oleh kehamilan.

9) Titoksin

Kelenjar tyroid mengalami hipertrofi dan produksi T4 meningkat.

10) Aldosteron, Renin dan angiotensin

Hormon ini naik, yang menyebabkan naiknya volume intravaskuler.

11) Insulin

Produksi insulin meningkat sebagai akibat ekstrogen, progesteron dan HPL.

12) Parathormon

Hormon ini relative tidak dipengaruhi oleh kehamilan.

2.1.8 Tanda-Tanda Bahaya Kehamilan

1) Perdarahan pervaginam

Perdarahan vagina dalam kehamilan adalah normal. Pada masa awal sekali kehamilan, ibu mungkin akan mengalami perdarahan yang sedikit atau spotting disekitar waktu pertama haidnya terlambat. Perdarahan ini adalah perdarahan implantasi dan normal. Pada waktu yang lain dalam kehamilan, perdarahan kecil mungkin pertanda dari friable cervix. Perdarahan semacam ini mungkin normal atau suatu pertanda adanya suatu infeksi. Pada awal kehamilan, perdarahan yang tidak normal adalah yang merah, perdarahan yang banyak, atau perdarahan yang sangat menyakitkan. Perdarahan ini dapat berarti abortus, kehamilan mola atau kehamilan ektopik (Hani, 2011:108).

a. Abortus imminens.

Sering juga disebut dengan keguguran membakat dan akan terjadi jika ditemukan perdarahan pada kehamilan muda, namun pada tes kehamilan masih menunjukkan hasil yang positif. Dalam kasus ini keluarnya janin masih dapat dicegah dengan memberikan terapi hormonal dan antipasmodik serta istirahat. Jika setelah beberapa minggu ternyata perdarahan masih ditemukan dan dalam dua kali tes kehamilan menunjukkan hasil yang negatif, maka

harus dilakukan kuretase karena hal tersebut menandakan abortus sudah terjadi (Andina, 2018: 221).

b. Abortus insipiens (keguguran sedang berlangsung)

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

Penanganannya sama dengan abortus inkompletus (Romauli, 2011: 211).

c. Abortus habitualis (keguguran berulang)

Pasien termasuk dalam abortus tipe ini jika telah mengalami keguguran berturut-turut selama lebih dari tiga kali (Andina, 2018: 222).

d. Abortus inkompletus (keguguran bersisa)

Tanda pasien dalam abortus tipe ini adalah jika terjadi perdarahan per vagina disertai pengeluaran janin tanpa pengeluaran desidua atau plasenta. Gejala yang menyertai adalah amenore, sakit perut karena kontraksi, perdarahan yang keluar bisa banyak atau sedikit. Pada pemeriksaan dalam ditemukan ostium yang terbuka dan kadang masih teraba jaringan, serta ukuran uterus yang lebih kecil dari usia kehamilannya.

Jika terdapat tanda-tanda syok, maka atasi terlebih dahulu dengan pemberian tranfusi darah dan cairan, kemudian

keluarkan jaringan secepatnya dengan metode digital (menggunakan dua jari) atau kuretase, dan selanjutnya berikan obat-obatan uterotonika dan antibiotik.

e. Abortus kompletus (keguguran lengkap)

Pada abortus jenis ini akan ditemukan pasien dengan perdarahan per vagina disertai dengan pengeluaran seluruh hasil konsepsi (janin dan desidua) sehingga rahim dalam keadaan kosong (Romauli, 2011: 213).

f. Placenta Previa

Menurut Winkjosastro (2005) yang dikutip dari Sriningsih (2018:209) Placenta Previa ialah plasenta yang terletak abnormal yaitu pada segmen bawah rahim sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir. Pada keadaan normal plasenta terletak di bagian atas uterus.

g. Solusio Plasenta (Abrupsio)

Menurut Cunningham, Obstetri William (2004) dikutip dari Sriningsih (2018: 217) Solusio plasenta adalah lepasnya sebagian atau seluruh jaringan plasenta yang berimplantasi normal pada kehamilan di atas 22 minggu dan sebelum anak akhir.

h. Vasa Previa

Vasa previa adalah tali pusat yang tidak berinsersi pada jaringan plasenta dan menyebabkan pembuluh darahnya melintasi kanalis cerviks, sehingga saat ketuban pecah, pembuluh darah yang berasal dari janin ikut serta pecah. Vasa previa dapat dikira sebagai plasenta previa, untuk membedakannya dilakukan tes dengan menggunakan NaOH 0,25% sehingga terlihat perubahan warna. Jika warna ketuban berubah menjadi kuning kecoklatan, menandakan darah berasal dari ibu dan bila berwarna merah berarti heamoglobin janin (Sriningsih, 2018:233).

2) Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala pada saat kehamilan yang sering kali terjadi merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala yang hebat yang menetap dan tidak hilang dengan istirahat. Terkadang dengan sakit kepala yang hebat menjadikan pandangan mata ibu menjadi kabur atau terbayang. Sakit kepala jenis ini menandakan gejala preeklamsi (Sulistyawati, 2009 : 88).

3) Masalah penglihatan

Pandangan kabur akibat pengaruh hormonal dalam kehamilan, Masalah penglihatan yang mengindikasikan keadaan yang

mengancam jiwa adalah perubahan visual secara mendadak, misalnya pandangan kabur, atau terbayang dan berbintik-bintik, perubahan penglihatan mungkin disertai dengan sakit kepala yang hebat (Yulifah dkk, 2010 : 102).

4) Bengkak pada muka dan tangan

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

5) Nyeri abdomen yang hebat

Nyeri perut akut (acute abdomen) merupakan keluhan yang sering didapatkan pada ibu hamil. Yang dimaksud dengan nyeri perut akut adalah setiap keadaan akut intra abdomen yang ditandai dengan rasa nyeri, otot perut tegang, nyeri tekan serta memerlukan tindakan bedah emergensi (Prawirohardjo, 2014 : 659).

6) Gerakan janin tidak terasa

Ibu mulai merasakan gerakan janinnya selama bulan ke 5 atau ke 6. Jika janin tidur gerakannya akan melemah. Janin harus

bergerak paling sedikit 3 kali dalam priode jam, gerakan janin akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik. Yang termasuk tanda bahaya adalah bila gerakan janin mulai berkurang bahkan tidak ada sama sekali (Saifuddin, 2008 : 95).

7) Demam

Demam menunjukkan adanya infeksi, hal ini berbahaya bagi ibu maupun janin, oleh karena itu harus segera mendapatkan pertolongan dari bidan maupun dokter (Agustini, 2012:56).

8) Keluar cairan pervaginam secara tiba-tiba

Keluar cairan berupa air dari vagina setelah kehamilan 22 minggu, Ketuban dinyatakan pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada kehamilan preterm sebelum kehamilan 37 minggu maupun kehamilan aterm (Saifuddin, 2008 : 95).

2.1.9 Ketidaknyamanan Dalam Kehamilan

Menurut Romauli (2011:149) Ketidaknyamanan dalam kehamilan adalah sebagai berikut :

1) Peningkatan Frekuensi berkemih

Frekuensi kemih meningkat pada trimester ketiga sering dialami wanita primigravida setelah lightening terjadi efek lightening yaitu bagian presentasi akan menurun masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih.

Peningkatan frekuensi berkemih disebabkan oleh tekanan uterus karena turunnya bagian bawah janin sehingga kandung kemih tertekan, kapasitas kandung kemih berkurang dan mengakibatkan frekuensi berkemih meningkat.

2) Sakit punggung atas dan bawah

Karena tekanan terhadap akar syaraf dan perubahan sikap badan pada kehamilan lanjut karena titik berat badan berpindah kedepan disebabkan perut yang membesar, diimbangi dengan lordosis yang berlebihan dan sikap ini dapat menimbulkan spasmus

3) Hiperventilasi dan sesak nafas

Peningkatan aktivitas metabolis selama kehamilan akan meningkatkan karbondioksida. Hiperventilasi akan menurunkan karbon dioksida. Sesak nafas terjadi pada trimester III karena pembesaran uterus yang menekan diafragma. Selain itu diafragma mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan.

4) Edema Dependen

Terjadi karena gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstrimitas bawah karena tekanan uterus membesar pada vena panggul pada saat duduk/berdiri dan pada vena cava inferior saat tidur terlentang. Edema pada kaki yang menggantung terlihat pada pergelangan kaki dan harus dibedakan dengan edema karena preeklamsi.

5) Nyeri Ulu Hati

Ketidaknyamanan ini mulai timbul menjelang akhir trimester II dan bertahan hingga trimester III. Penyebab :

(1) Relaksasi sfingter jantung pada lambung akibat pengaruh yang ditimbulkan peningkatan jumlah progesteron.

(2) Penurunan motilitas gastrointestinal yang terjadi akibat relaksasi otot halus yang kemungkinan disebabkan peningkatan jumlah progesteron dan tekanan uterus.

(3) Tidak ada ruang fungsional untuk lambung akibat perubahan tempat dan penekanan oleh uterus yang membesar.

6) Kram tungkai

Terjadi karena asupan kalsium tidak adekuat, atau ketidakseimbangan rasio dan fosfor. Selain itu uterus yang membesar memberi tekanan pembuluh darah panggul sehingga mengganggu sirkulasi atau pada saraf yang melewati foramen doturator dalam perjalanan menuju ekstremitas bawah.

7) Konstipasi

Pada kehamilan trimester III kadar progesteron tinggi. Rahim yang semakin membesar akan menekan rectum dan usus bagian bawah sehingga terjadi konstipasi. Konstipasi semakin berat karena gerakan otot dalam usus diperlambat oleh tingginya kadar progesterone.

8) Kesemutan dan baal pada jari

Perubahan pusat gravitasi menyebabkan wanita mengambil postur dengan posisi bahu terlalu jauh kebelakang sehingga menyebabkan penekanan pada saraf median dan aliran lengan yang akan menyebabkan kesemutan dan baal pada jari-jari.

9) Insomnia

Disebabkan karena adanya ketidaknyamanan akibat uterus yang membesar, pergerakan janin dan karena adanya kekhawatiran dan kecemasan.

2.1.10 Diagnosis Kehamilan

Menurut Saifuddin (2009) yang dikutip dari buku Walyani (2015:74), Diagnosis dibuat untuk menentukan hal-hal sebagai berikut :



Tabel 2.7
Diagnosa Kehamilan

No	Kategori	Gambaran
1.	Kehamilan Normal	1. Ibu sehat 2. Tidak ada riwayat obstetri buruk 3. Ukuran uterus sama/sesuai usia kehamilan 4. Pemeriksaan fisik dan laboratorium normal
2.	Kehamilan dengan masalah khusus	Seperti masalah keluarga atau psiko-sosial, kekesrasan dalam rumah tangga, kebutuhan finansial, dan lain-lain.
3.	Kehamilan dengan masalah kesehatan yang membutuhkan rujukan untuk konsultasi dan atau kerjasama penanganan	Seperti hipertensi, anemia berat, preeklamsi, pertumbuhan janin terlambat, infeksi saluran kemih, penyakit kelamin dan kondisi lain-lain yang dapat memburuk selama kehamilan.
4.	Kehamilan dengan kondisi kegawat daruratan yang membutuhkan rujukan segera	Seperti perdarahan, eklamsi, ketuban pecah dini, atau kondisi-kondisi kegawatdaruratan lain pada ibu dan bayi.

Sumber :Walyani, 2015:74

Menurut Marjati (2011) yang dikutip dari Walyani (2015:74) diagnosi banding nulipara dan multipara dapat dilihat pada tabel 2.8

Tabel 2.8
Diagnosis Banding Nulipara Dan Multipara

No.	Nulipara	Multipara
1.	Perut Tegang	Perut longgar, perut gantung, banyak strie
2.	Pusat menonjol	Tidak begitu menonjol
3.	Rahim tegang	Agak lunak
4.	Payudara tegang	Kurang tegang dan tergantung, ada strie
5.	Labia mayora nampak bersatu	Terbuka
6.	Himen koyak pada beberapa tempat	Kurunkula himenalis
7.	Vagina sempit dengan rugae yang utuh	Lebih besar, rugae kurang menonjol
8.	Serviks licin, bulat dan tidak dapat dilalui oleh ujung jari	Bisa terbuka dengan satu jari, kadang kala ada bekas robekan persalinan yang lalu
9.	Perenium utuh dan baik	Bekas robekan atau bekas episiotomi
10.	Perubahan Serviks : a. Serviks mendatar dulu, baru membuka b. Pembukaan rata-rata 1 cm dalam 2 jam	Perubahan serviks : a. Mendatar sambil membuka hampir sekaligus
11.	Bagian terbawah janin turun pada 4-6 minggu akhir kehamilan	Biasanya tidak terfiks pada PAP sampai persalinan mulai
12.	Persalinan hampir selalu dengan episiotomi	Tidak

Sumber : Walyani (2015:74)

2.1.11 Standar Asuhan Kebidanan

1) Kunjungan Kehamilan

Sedikitnya dalam pemberian Asuhan Kebidanan pada saat Kehamilan adalah 4 kali datang berkunjung :

- (a) Trimester I (Usia Kandungan 0-12 Minggu) 1x kunjungan
- (b) Trimester II (Usia Kandungan lebih dari 12-24 Minggu) 1x kunjungan
- (c) Trimester III (Usia Kandungan lebih dari 24 Minggu) 2x kunjungan. (Kemenkes RI. 2015:5)

2) Pelayanan Standart Minimal 10 T

Menurut Kemenkes RI (2015:8) dalam melakukan pemeriksaan antenatal tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar pelayanan Antenatal Terintegrasi/Terpadu (10T) yang terdiri dari:

- (a) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan kurang dari 9 kg atau 1 kg setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor resiko pada ibu hamil.

(b) Pengukuran tekanan darah

Dilakukan setiap kali kunjungan antenatal untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah $> 140/90$ mmHg).

(c) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA)

Dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil beresiko KEK.

(d) Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri)

Dilakukan pada setiap kali kunjungan antenatal untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan usia kehamilan.

(e) Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus toksoid sesuai status imunisasi

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum. Pemberian imunisasi TT pada kontak pertama dengan ibu hamil disesuaikan dengan status imunisasi TT ibu saat ini.

(f) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama.

(g) Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui letak janin.

(h) Pelaksanaan temu wicara

Temu wicara (konseling) dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi:

- a) Kesehatan ibu
- b) Perilaku hidup bersih dan sehat
- c) Peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan
- d) Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi
- e) Asupan gizi seimbang
- f) Gejala penyakit menular dan tidak menular
- g) Penawaran untuk melakukan tes HIV dan konseling di daerah Epidemio meluas dan terkonsentrasi atau ibu hamil dengan IMS dan TB di daerah epidemic rendah.
- h) Inisiasi menyusui dini (IMD) dan pemberian ASI Eksklusif
- i) KB pasca persalinan
- j) Imunisasi

k) Peningkatan kesehatan intelegsia pada kehamilan (*Brainbooster*).

(i) Pelayanan tes laboratorium sederhana, minimal tes hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan protein urin dan pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya).

(j) Tatalaksana kasus.

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan bidan.

3 Kartu skor Puji Rochyati

Kartu skor Puji Rochyati dapat digunakan untuk mengetahui kehamilan termasuk resiko rendah, resiko tinggi atau resiko sangat tinggi. Untuk Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan skor 2 ditolong oleh bidan, Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan skor 6-10 ditolong oleh bidan atau dokter dan Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan skor >12 ditolong oleh dokter (Kemenkes RI, 2014).

2.2 Konsep Dasar Persalinan

2.2.1 Pengertian Persalinan

- 1) Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus ke dunia luar. Persalinan mencakup proses fisiologi yang memungkinkan serangkaian perubahan yang besar pada ibu untuk dapat melahirkan janinnya melalui jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin (Jannah, 2017:1).
- 2) Menurut Sukarni, dkk (2016:1) persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin.
- 3) Persalinan adalah kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu (Arum, dkk, 2016:1).

2.2.2 Jenis Persalinan

Menurut Manuaba (2013) dalam Marmi (2016: 3), jenis persalinan di bagi menjadi :

- 1) Persalinan spontan, yaitu persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir.
- 2) Persalinan buatan, yaitu persalinan dengan tenaga dari luar dengan ekstraksi forceps, ekstraksi vakum dan sectio sesaria.
- 3) Persalinan anjuran yaitu bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan pemberian rangsang

Persalinan berdasarkan umur kehamilan :

- 1) Abortus adalah terhentinya proses kehamilan sebelum janin dapat hidup (viable), berat janin di bawah 1.000 gram atau usia kehamilan di bawah 28 minggu.
- 2) Partus prematurus adalah persalinan dari hasil konsepsi pada umur kehamilan 28-36 minggu. Janin dapat hidup, tetapi prematur ; berat janin antara 1.000-2.500 gram.
- 3) Partus matures/aterm (cukup bulan) adalah partus pada umur kehamilan 37-40 minggu, janin matur, berat badan di atas 2.500 gram.
- 4) Partus postmaturus (serotinus) adalah persalinan yang terjadi 2 minggu atau lebih dari waktu partus yang ditaksir, janin disebut postmatur.

- 5) Partus presipitatus adalah partus yang berlangsung cepat kurang dari 3 jam.

2.2.3 Sebab Mulainya Persalinan

Selama kehamilan dalam tubuh wanita terdapat dua hormone yang dominan:

- 1) Estrogen

Berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas otot rahim serta memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin dan mekanis (Sumarah, dkk. 2009:3).

- 2) Progesteron

Berfungsi untuk menurunkan sensitivitas otot rahim, menghambat rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin dan mekanis, serta menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi (Sulistyawati, 2010:4).

Adapun teori-teori tersebut diantaranya:

- 1) Teori Penurunan Hormon

Saat 1-2 minggu sebelum proses melahirkan dimulai, terjadi penurunan kadar esterogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otol polos rahim, jika kadar progesteron turun akan menyebabkan tegangnya pembuluh darah dan menimbulkan his (Sulistyawati, 2010:4).

2) Teori Plasenta Menjadi Tua

Plasenta yang menjadi tua akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesterone yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim (Sumarah, dkk. 2009: 4).

3) Teori Distensi Rahim

(a) Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu.

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

Contohnya pada kehamilan gemeli, sering terjadi kontraksi karena uterus teregang oleh ukuran janin ganda, sehingga kadang kehamilan gemeli mengalami persalinan yang lebih dini (Sulistyawati, 2010:5).

4) Teori Iritasi Mekanis

Di belakang serviks terletak ganglion servikalis (fleksus frankenhauser), bila ganglion ini digeser dan ditekan (misalnya oleh kepala janin), maka akan timbul kontraksi uterus (Sulistyawati, 2010:5).

5) Teori Oksitosin

(a) Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior.

(b) Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga terjadi kontraksi Braxton Hicks.

(c) Menurunnya konsentrasi progesteron karena magangnya usia kehamilan menyebabkan meningkatkan aktivitasnya dalam merangsang otot rahim untuk berkontraksi, dan akhirnya persalinan dimulai (Rohani, 2011:5)

6) Teori Hipotalamus-Pituitari Dan Glandula Suprenlis

Grandula suprarenalis merupakan memicu terjadinya persalinan. Teori ini menunjukkan, pada kehamilan dengan bayi anensefalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuk nya hipotalamus (Sulistyawati, 2010:6) .

7) Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua disangka sebagai salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F2 dan E2 yang diberikan secara intravena menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap usia kehamilan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu hamil sebelum melahirkan atau selama proses persalinan (Sulistyawati, 2010:6). Prostaglandin dihasilkan oleh lapisan dalam rahim diduga dapat menyebabkan kontraksi rahim. Pemberian prostaglandin dari luar dapat

merangsang kontraksi otot rahim dan terjadi persalinan atau gugur kandung (Bandiyah, 2009:23).

8) Induksi Persalinan

Persalinan dapat juga di timbulkan dengan jalan sebagai berikut :

(1) Gagang laminaria : dengan cara laminaria dimasukkan ke dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang fleksus frankenhauser.

(2) Amniotomi : pemecahan ketuban.

(3) Oksitosin drip : pemberian oksitosin menurut tetesan per infuse

(Sulistyawati, 2010:6).

2.2.4 Faktor- Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

1) Power (kekuatan)

Kekuatan terdiri dari kemampuan ibu melakukan kontraksi involunter dan volunter secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus. Kontraksi involunter disebut juga kekuatan primer, menandai dimulainya persalinan. Apabila serviks berdilatasi, usaha volunter dimulai untuk mendorong, yang disebut kekuatan sekunder, dimana kekuatan ini memperbesar kekuatan kontraksi involunter. Kekuatan primer berasal dari titik pemicu tertentu yang terdapat pada penebalan lapisan otot di segmen uterus bagian atas. Kekuatan sekunder

terjadi segera setelah bagian presentasi mencapai dasar panggul, sifat kontraksi berubah yakni bersifat mendorong keluar. Sehingga wanita merasa ingin mencedan. Usaha mendorong ke bawah ini yang disebut kekuatan sekunder. Kekuatan ini penting untuk mendorong bayi keluar dari uterus dan vagina (Sumarah, 2009:42-43).

2) Passage (Jalan Lahir)

Jalan lahir terbagi atas dua, yaitu jalan lahir keras dan jalan lahir lunak. Hal-hal yang perlu diperhatikan dari jalan keras adalah ukuran dan bentuk tulang panggul, sedangkan pada jalan lahir lunak adalah segmen bawah uterus yang dapat meregang, serviks, otot dasar panggul, vagina dan introitus vagina (Sondakh, 2013:7).

3) Passenger (Penumpang)

Penumpang dalam persalinan adalah janin dan plasenta. Hal-hal yang perlu diperhatikan mengenai janin adalah ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin, sedangkan yang perlu diperhatikan pada plasenta adalah letak, besar, dan luasnya (Sondakh, 2013:7).

4) Posisi Ibu (Positioning)

Posisi ibu dapat memengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Perubahan posisi yang diberikan pada ibu bertujuan

untuk menghilangkan rasa letih, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. (Sondakh, 2013:7)

5) Faktor psyche (Psikis)

Psikis ibu bersalin sangat berpengaruh dari dukungan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama bersalin dan kelahiran anjurkan merreka berperan aktif dalam mendukung dan mendampingi langkah-langkah yang mungkin akan sangat membantu kenyamanan ibu, hargai keinginan ibu untuk didampingi, dapat membantu kenyamanan ibu, hargai keinginan ibu untuk didampingi. (Rukiyah, 2009:9)

2.2.5 Fisiologi Persalinan

1) Mekanisme persalinan letak belakang kepala

Engagement dan penurunan merupakan dua mekanisme persalinan. Mekanisme persalinan adalah gerakan posisi yang dilakukan janin untuk menyesuaikan diri terhadap pelvis ibu. Ada tiga ukuran diameter kepala janin yang digunakan sebagai patokan dalam mekanisme persalinan normal, antara lain :

(a) Jarak biparental, merupakan diameter melintang terbatas dari kepala janin, dipakai di dalam definisi penguncian (engagement).

(b) Jarak suboksipito bregmatika, jarak antara batas leher dan oksiput ke anterior fontanel, ini adalah diameter yang bersangkutan dengan presentasi kepala

- (c) Jarak oksipitomental, merupakan diameter terbesar dari kepala janin, ini adalah diameter yang bersangkutan dengan hal presentasi dahi (Marmi, 2016:186).

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

- (a) Penurunan kepala

Terjadi selama proses persalinaan karena daya dorong dari kontraksi uterus yang efektif, posisi, serta kekuatan meneran dari pasien (Marmi, 2016:186).

- (b) Engagement

Terjadi ketika diameter terbesar dari presentasi bagian janin (biasanya kepala) telah memasuki rongga panggul.

Engagement telah terjadi ketika bagian terendah janin telah memasuki station nol atau lebih rendah. Pada nulipara, engagement sering terjadi sebelum awal persalinan.

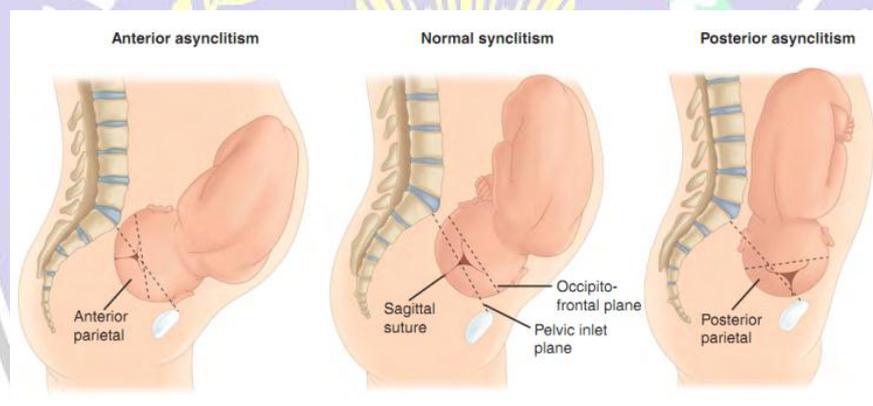
Namun, pada multipara dan beberapa nulipara, engagement tidak terjadi sampai setelah persalinan dimulai (Cunningham et. al, 2013; McKinney, 2013:133).

- (c) Descent

Descent terjadi ketika bagian terbawah janin telah melewati panggul. Descent/ penurunan terjadi akibat tiga kekuatan yaitu tekanan dari cairan amnion, tekanan langsung

kontraksi fundus pada janin dan kontraksi diafragma serta otot-otot abdomen ibu pada saat persalinan, dengan sumbu jalan lahir:

- (1) Sinklitis mus yaitu ketika sutura sagitalis sejajar dengan sumbu jalan lahir.
- (2) Asinklitis mus anterior yaitu Kepala janin mendekat ke arah promontorium sehingga os parietalis lebih rendah.
- (3) Asinklitis mus posterior yaitu Kepala janin mendekat ke arah simfisis dan tertahan oleh simfisis pubis
(Cunningham dkk, 2013; McKinney, 2013:133).



Gambar 2.5
Proses Descent (Sinklitis mus, Asinklitis mus anterior, dan Asinklitis mus posterior),
Sumber: Cunningham et. al. William Obstetrics 23rd Edition

(d) Fleksi (flexion)

Sejara setelah bagian terbawah janin yang turun tertahan oleh serviks, dinding panggul, atau dasar panggul, dalam keadaan normal fleksi terjadi dan dagu didekatkan ke arah dada janin. Fleksi ini disebabkan oleh:

- (1) Persendian leher, dapat berputar ke segala arah termasuk mengarah ke dada.
 - (2) Letak leher bukan di garis tengah, tetapi ke arah tulang belakang sehingga kekuatan his dapat menimbulkan fleksi kepala.
 - (3) Terjadi perubahan posisi tulang belakang janin yang lurus sehingga dagu lebih menempel pada tulang dada janin .
 - (4) Kepala janin yang mencapai dasar panggul akan menerima tahanan sehingga memaksa kepala janin mengubah kedudukannya menjadi fleksi untuk mencari lingkaran kecil yang akan melalui jalan lahir (Cunningham dkk, 2013; McKinney, 2013:134).
- (e) Putaran paksi dalam (internal rotation):
- Putaran paksi dalam dimulai pada bidang setinggi spina ischiadika. Setiap kali terjadi kontraksi, kepala janin diarahkan ke bawah lengkung pubis dan kepala berputar saat mencapai otot panggul (Cunningham dkk, 2013; McKinney, 2013:134).
- (f) Ekstensi (extension)
- Saat kepala janin mencapai perineum, kepala akan defleksi ke arah anterior oleh perineum. Mula-mula oksiput melewati permukaan bawah simfisis pubis, kemudian

kepala keluar mengikuti sumbu jalan lahir akibat ekstensi (Marmi, 2016: 189).

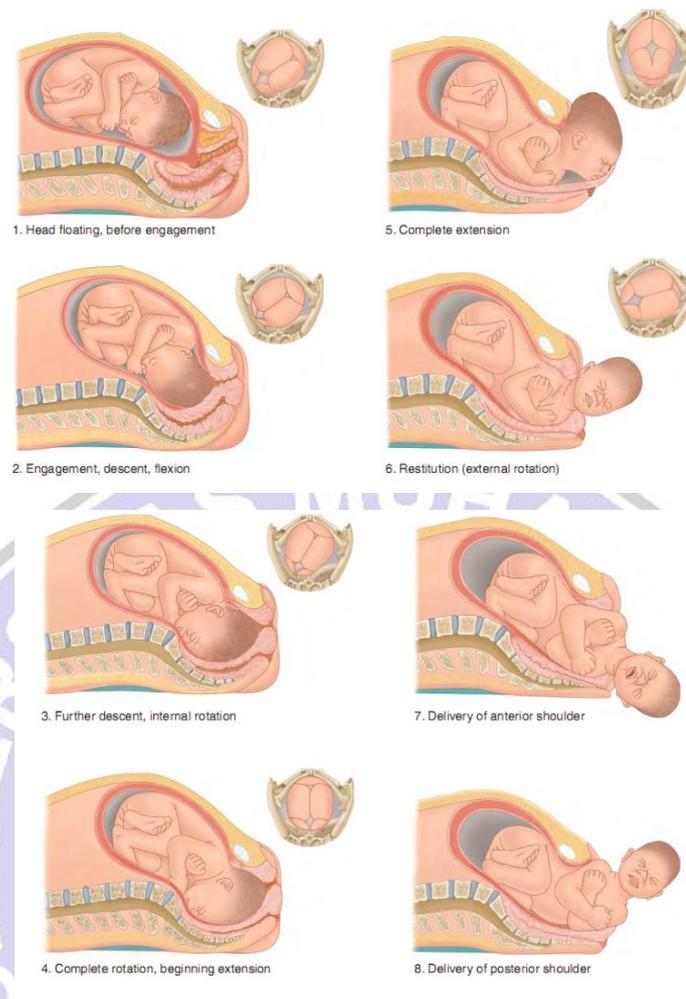
(g) Putaran paksi luar (external rotation)

Putaran paksi luar terjadi ketika kepala lahir dengan oksiput anterior, bahu harus memutar secara internal sehingga sejajar dengan diameter anteroposterior panggul. Rotasi eksternal kepala menyertai rotasi internal bahu bayi (Asri dkk , 2012: 15).

(h) Ekspulsi

Setelah bahu keluar, kepala dan bahu diangkat ke atas tulang pubis ibu dan badan bayi dikeluarkan dengan gerakan fleksi lateral ke arah simfisis pubis (Marmi, 2016: 189).





Gambar 2.6
Proses penurunan kepala janin
Sumber: Cunningham et. al. William Obstetrics 23rd Edition

2.2.6 Kala Persalinan

1) Kala I (Kala Pembukaan)

Dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks, hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam, sedangkan multigravida sekitar 8 jam (Jannah, 2017:10).

Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu :

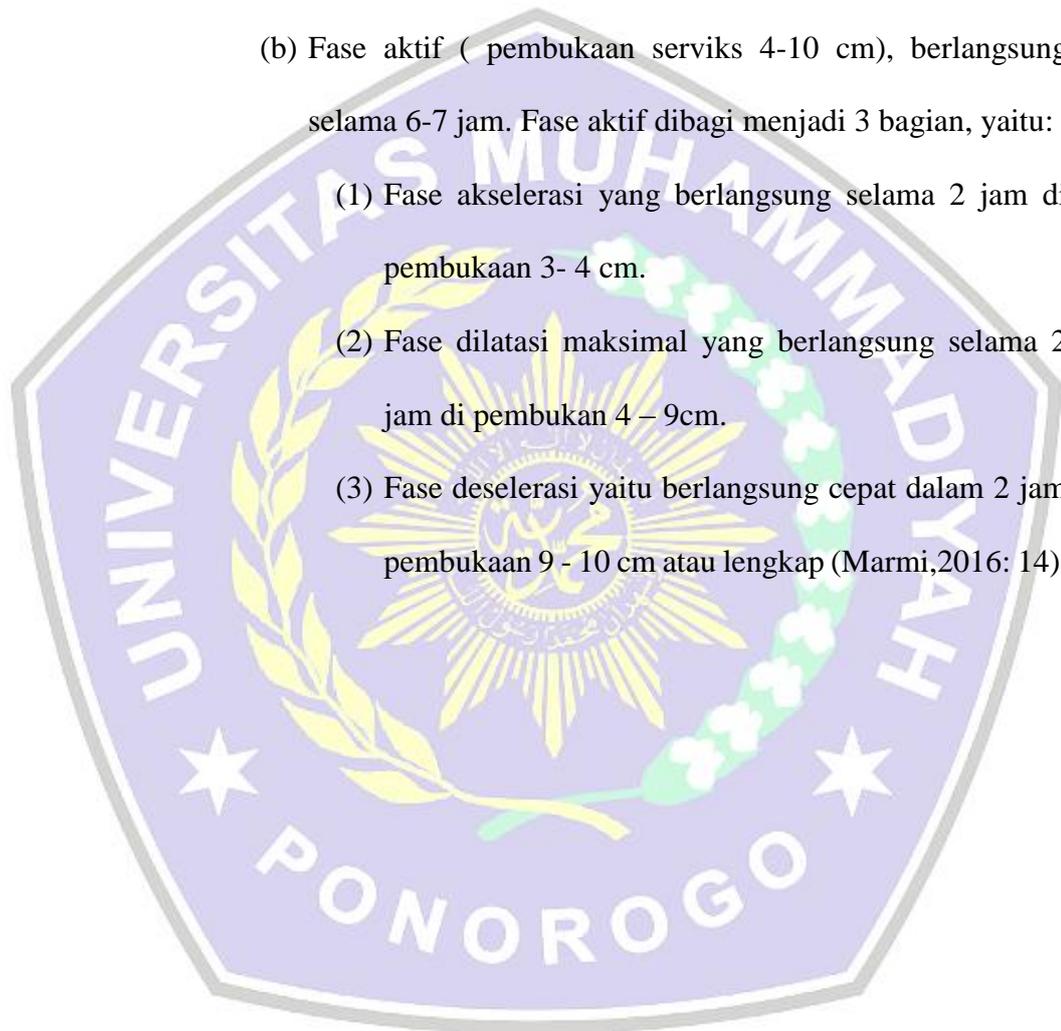
(a) Fase laten, dimana pembukaan serviks berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 0-3cm, berlangsung dalam 7-8 jam (Holmes, 2012:150).

(b) Fase aktif (pembukaan serviks 4-10 cm), berlangsung selama 6-7 jam. Fase aktif dibagi menjadi 3 bagian, yaitu:

(1) Fase akselerasi yang berlangsung selama 2 jam di pembukaan 3- 4 cm.

(2) Fase dilatasi maksimal yang berlangsung selama 2 jam di pembukan 4 – 9cm.

(3) Fase deselerasi yaitu berlangsung cepat dalam 2 jam pembukaan 9 - 10 cm atau lengkap (Marmi,2016: 14).



Tabel 2.9
Diagnosa Kala dan Fase Persalinan

Gejala Dan Tanda	Kala	Fase
Serviks belum berdilatasi	Persalinan palsu/belum inpartu	
Serviks berdilatasi kurang dari 4 cm	I	Laten
Servik berdilatasi kurang dari 4 cm	I	Aktif
Serviks berdilatasi 4-9 cm a. Kecepatan pembukaan 1 cm atau lebih per jam b. Penurunan kepala dimulai	I	Aktif
Serviks membuka lengkap (10 cm) a. Penurunan kepala berlanjut b. Belum ada keinginan untuk meneran	II	Awal (Nonekspulsif)
Serviks membuka lengkap (10 cm) a. Bagian terbawa telah mencapai dasar panggul b. Ibu meneran	II	Aktif (Ekspulsif)

Sumber : Sulistyawati, 2009:198

2) Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II pada primipara berlangsung selama 1-2 jam dan pada multipara 0,5-1 jam (Marmi, 2016 :13).

Tanda dan Gejala Kala II menurut Icesmi (2013:434) yaitu :

- (a) His semakin kuat dengan interval 2 sampai 3 menit,
- (b) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi

- (c) Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rectum/vagina
- (d) Perineum terlihat menonjol
- (e) Vulva –vagina dan sfingter ani terlihat membuka
- (f) Peningkatan pengeluaran lendir dan darah

Tanda pasti kala II ditemukan melalui periksa dalam (informasi objektif) yang hasilnya adalah :

- (a) Pembukaan serviks sudah lengkap
- (b) Terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina (APN, 2008).

Tabel 2.10
Raterasi Durasi Kala Satu Dan Kala Dua Persalinan

	Tanpa Konduksi Anestesi		Konduksi Anestesi	
	Kala Satu (jam)	Kala Dua (Menit)	Kala Satu (Jam)	Kala Dua (Menit)
Rerata nulipara	8.1	54	10,2	79
Rerata multipara	5.7	19	7,4	45

Sumber : Varney, 2008:311

3) Kala III (Kala Pengeluaran Plasenta)

Kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhirnya dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh proses pada kala III berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir dan tanda-tanda

pelepasan plasenta yaitu adanya semburan darah, tali pusat memanjang dan uterus teraba keras (Marmi 2016:14).

Ada 2 metode untuk pelepasan plasenta :

(a) Metode schulze

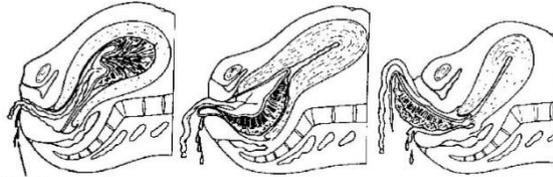
Pelepasan plasenta mulai dari pertengahan, sehingga plasenta lahir diikuti oleh pengeluaran darah. Metode yang lebih umum terjadi, plasenta terlepas dari suatu titik pusat dan merosot ke vagina melalui lubang dalam kantung amnion, pembukaan fetal plasenta muncul pada vulva dengan selaput ketuban yang mengikuti dibelakang seperti payung terbalik saat terkelupas dari dinding uterus. Permukaan maternal plasenta tidak terlihat, dan bekuan darah berada dalam kantong yang terbalik, kontraksi dan retraksi otot uterus yang menimbulkan pemisahan plasenta juga menekan pembuluh darah dengan kuat dan mengontrol perdarahan (Marmi, 2016:257).

(b) Metode Matthews Ducan

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

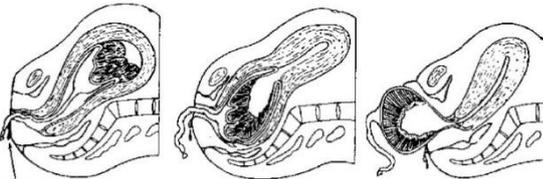
didalam uterus. Proses pelepasan berlangsung lebih lama dan darah yang hilang sangat banyak karena hanya ada sedikit serta oblik dibagian bawah segmen (Marmi, 2016:257).

Duncan mechanism



Bleeding

Schultze mechanism



Bleeding

Gambar 2.7
Mekanisme Pelepasan Plasenta

Sumber : Daniel E, 2016. Pengeluaran dan pelepasan plasenta Schultze dan Duncan

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

(a) Perasat Kustner

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

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

(b) Perasat Strassman

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat, tangan kiri mengetok-ngetok fundus uteri. Bila terasa ada getaran pada tali pusat yang diregangkan ini, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus. Bila tidak terasa getaran, berarti plasenta telah lepas dari dinding uterus.

(c) Perasat Klein

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

(d) Perasat Crede

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

4) Kala IV (Kala Pengawasan)

Kala IV adalah pemantauan selama 2 jam setelah bayi dan plasenta lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap

perdarahan postpartum. Pada 1 jam pertama pemeriksaan setiap 15 menit sedangkan pada jam kedua dilakukan pemeriksaan setiap 30 menit. Dalam kala IV harus dipantau kontraksi uterus, perdarahan, tekanan darah, nadi, suhu tubuh dan tinggi fundus uteri (Marmi, 2016:14).

2.2.7 Tanda - tanda Persalinan

Tanda-tanda permulaan persalinan menurut Damayanti, 2014:27 yaitu:

1) Lightning

Menjelang minggu ke-36 pada primigravida, terjadinya penurunan fundus uterus karena kepala bayi sudah masuk kedalam panggul. Pada multipara tanda ini tidak begitu kelihatan. Mulai menurunnya bagian terbawah bayi ke pelvis terjadi sekitar 2 minggu menjelang persalinan.

2) Terjadinya his permulaan

Ciri – ciri His permulaan (his palsu) :

(a) Rasa nyeri ringan dibagian bawah

(b) Datang tidak teratur

(c) Tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda kemajuan persalinan

(d) Durasi pendek

(e) Tidak bertambah bila beraktivitas

Tanda masuknya dalam persalinan :

Terjadinya his persalinan, dengan ciri-ciri yaitu pinggang terasa sakit menjalar kedepan, sifat his teratur, terjadi perubahan serviks, pengeluaran lendir bercampur darah melalui vagina, penipisan dan pembukaan serviks, kontraksi uterus mengakibatkan perubahan serviks (Sulistyawati, 2010: 6).

2.2.8 Kebutuhan Dasar Selama Persalinan

Beberapa kebutuhan dasar ibu selama proses persalinan antara lain:

- 1) Oksigen (Sulistyawati, 2010:41).
- 2) Makan dan minum

Beberapa waktu yang lalu pemberian makanan padat pada pasien memungkinkan sewaktu-waktu memerlukan tindakan anastesi tidak disetujui, karena makanan yang tertinggal dilambung akan menyebabkan aspirasi pneumoni (terdesak dan masuk dalam saluran pernafasan). Penatalaksanaan yang tepat dan bijaksana yang dapat dilakukan bidan adalah melihat situasi pasien artinya intake cairan dan nutrisi tetap dipertimbangkan untuk diberikan dengan konsistensi dan jumlah yang logis dan sesuai dengan kondisi pasien (Sulistyawati, 2010:41).

- 3) Istirahat

Istirahat sangat penting untuk pasien karena akan membuat rileks. Diawal persalinan sebaiknya anjurkan pasien untuk istirahat yang cukup sebagai persiapan untuk menghadapi persalinan yang panjang. Posisi dikombinasikan dengan

aktivitas dalam ambulasi agar penurunan kepala janin dapat lebih maksimal (Nugraheny, 2010:47).

4) Buang Air kecil (BAK)

Selama proses persalinan, pasien akan mengalami poliuri sehingga penting untuk difasilitasi agar kebutuhan eliminasi terpenuhi (Sulistyawati, 2010:42).

5) Buang Air Besar (BAB)

Pasien akan merasa sangat tidak nyaman ketika merasakan dorongan untuk BAB. Dalam kondisi ini penting bagi keluarga serta bidan untuk menunjukkan respons yang positif dalam hal kesiapan untuk memberikan bantuan dan menyakinkan pasien bahwa ia tidak perlu merasa risih atau sungkan untuk melakukannya (Sulistyawati, 2010:43).

6) Personal Hygiene

Pasien dapat dianjurkan untuk membasuh sekitar kemaluan setelah melakukan buang air kecil atau BAK atau buang air besar atau BAB, selain menjaga kemaluan tetapi juga bersih dan kering. Hal tersebut dapat mengakibatkan kenyamanan dan relaksasi serta menurunkan resiko terjadinya infeksi. Akumulasi antara haid (bloody show), keringat, cairan amnion (larutan untuk memeriksa vagina) serta fases dapat menyebabkan rasa tidak nyaman pada pasien pada saat bersalin. Mandi di bak atau shower dapat membuat menyegarkan dan santai pada pasien.

Pasien dapat menjadi merasa sehat, akan tetapi apabila fasilitas tempat tidak memungkinkan, mandi pada tempat tidur pasien dapat menyegarkan (Nurul, 2017 : 39). Selama proses persalinan, mulut ibu biasanya mengeluarkan napas yang tidak sedap, bibir kering dan pecah-pecah, disertai tenggorokan kering hal ini dapat dialami ibu terutama beberapa jam selama menjalankan persalinan tanpa cairan oral dan perawatan mulut. Kondisi tersebut juga dapat menimbulkan rasa tidak nyaman dan tidak menyenangkan bagi orang sekitar. Apabila ibu dapat mencerna cairan selama persalinan (Nurul, 2017: 40).

7) Posisi dan Ambulasi

Posisi yang aman selama persalinan sangat diperlukan bagi pasien. Selain mengurangi ketegangan dan rasa nyeri, posisi tertentu justru akan membantu proses penurunan kepala janin sehingga persalinan akan berjalan lebih cepat (selama tidak ada kontra indikasi dari keadaan pasien). Beberapa posisi dapat diambil antara lain Rekumben lateral (miring), duduk, berdiri, berjalan, dan jongkok (Nugraheny, 2010:43).

8) Akses intravena

Ada 2 tujuan pemasangan infus, yakni:

- (a) Sebagai jalur obat, cairan atau darah untuk mempertahankan keselamatan ketika terjadi kegawatdaruratan obstetric.

(b) Sebagai cara mempertahankan hidrasi maternal.

(Helen Varney, 2008:696)

9) Kehadiran Pendamping

Dukungan fisik dan emosional dapat membawa dampak positif bagi pasien. Beberapa tindakan perawatan yang bersifat suportif tersebut dapat berupa mengosok-gosok punggung ibu atau memegang tangannya, mempertahankan kontak mata, ditemani oleh orang-orang yang ramah dan menyenangkan pasien merasa bahwa mereka tidak sendiri. Maka dari itu sangat dianjurkan ibu bersalin untuk ditemani oleh suami atau anggota keluarga atau juga teman yang pasien inginkan untuk mendampingi selama proses persalinan. Anjurkan pendamping untuk dapat berperan aktif dalam memberikan dukungan pada pasien saat melakukan persalinan dan identifikasi langkah-langkah yang mungkin sangat membantu kenyamanan ibu. Bidan juga harus menghargai keinginan pasien untuk menghadirkan teman atau saudara yang khusus untuk menemaninya. Adapun beberapa dukungan yang dapat diberikan oleh pendamping adalah mengusap keringan, menemani atau membimbing, jalan-jalan, memberikan minum atau makan, membantu mngubah posisi, dan lain-lain. (Nurul, 2017:42).

10) Bebas Dari Nyeri

Setiap pasien yang bersalin selalu menginginkan terbebas dari rasa nyeri akibat dari his. Hal yang perlu ditekankan pada pasien adalah bahwa tanpa adanya rasa nyeri maka persalinan tidak akan mengalami kemajuan, karena salah satu tanda persalinan adalah adanya his yang akan menimbulkan rasa sakit. Beberapa upaya yang dapat ditempuh seperti mandi dengan air hangat, berjalan-jalan di dalam kamar, duduk di kursi sambil membaca buku atau novel kesukaan, posisi lutut-dada diatas tempat tidur, dan sebagainya. Pemberian obat-obatan untuk mengurangi nyeri atau takut dapat dipertimbangkan sesuai dengan kondisi pasien saat itu. (Sulistyowati dkk, 2010: 48).

11) Informasi hasil persalinan yang aman

Setiap ibu membutuhkan informasi tentang kemajuan persalinannya sehingga mampu mengambil keputusan. Ibu perlu diyakinkan bahwa kemajuan persalinannya normal sehingga bidan menyadari bahwa ucapan berpengaruh sangat kuat, baik positif maupun negatif. Ibu bersalin selalu ingin mengetahui hal yang terjadi pada tubuhnya dan penjelasan tentang proses dan perkembangan persalinan. Ibu yang telah siap mempunyai anak biasanya mengetahui proses persalinan dan merasa ingin diinformasikan mengenai perkembangannya, sedangkan pada ibu yang belum siap, biasanya mereka ingin

mengetahui apa saja yang sedang terjadi pada tubuhnya. Jelaskan semua hasil pemeriksaan kepada ibu untuk mengurangi kebingungan. Setiap tindakan yang akan dilakukan harus memperoleh persetujuan sebelum melakukan prosedur. Rasa takut ibu perlu dikurangi karena dapat menurunkan nyeri akibat ketegangan dan rasa takut tersebut. Selain itu, penjelasan tentang prosedur dan keterbatasannya memungkinkan ibu bersalin merasa aman dan dapat mengatasinya secara efektif (Jannah, 2014:48).

2.2.9 60 Langkah APN

Langkah-langkah APN menurut Modul Midwifery Update 2016 adalah sebagai berikut :

- I. Mengenali gejala dan tanda kala dua
 1. Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala dua.
 - (a) Mendengar dan melihat tanda kala dua persalinan
 - (b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina
 - (c) Perineum tampak menonjol
 - (d) Vulva dan sfingter ani membuka
- II. Menyiapkan pertolongan persalinan
 2. Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan, bahan, dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi

baru lahir, untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi
siapkan : tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat, 3
handuk/kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu
bayi), lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh
bayi. Untuk ibu : menggelar kain di bawah perut ibu,
menyiapkan oksitosin 10 unit, alat suntik steril sekali
pakai di dalam partus set.

3. Memakai celemek plastik.
4. Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci
tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan
dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
5. Menggunakan sarung tangan DTT pada tangan kanan
yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.
6. Mengambil alat suntik dengan tangan yang bersarung
tangan, isi dengan oksitosin dan letakkan kembali ke
dalam wadah partus set.

III. Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin baik

7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan
hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan
kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat
tinggi. Jika mulut vagina, perineum atau anus
terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya
dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke

belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi, langkah # 9).

8. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.

9. Sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.

10. Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120 – 160 kali / menit).

(a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.

- (b) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.

IV. Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran

11. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.

- (a) Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan.

- (b) Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.

12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).

13. Melakukan pimpinan meneran saat Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.

- (a) Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran

- (b) Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.
- (c) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang).
- (d) Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.
- (e) Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.
- (f) Menganjurkan asupan cairan per oral.
- (g) Menilai DJJ setiap lima menit.
- (h) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60/menit (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera.
- (i) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam waktu 60 menit.

V. Persiapan pertolongan kelahiran bayi

14. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.

15. Letakkan handuk/kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
16. Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
17. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.

VI. Menolong kelahiran bayi

18. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir. Jika ada mekonium dalam cairan ketuban, segera hisap mulut dan hidung setelah kepala lahir menggunakan penghisap lendir DeLee disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau bola karet penghisap yang baru dan bersih.
19. Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.

20. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi.

(a) Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.

(b) Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.

21. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

Lahir bahu

22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan kearah keluar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.

Lahir badan dan tungkai

23. Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum tangan, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan

bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.

24. Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung dari kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

VII. Penanganan bayi baru lahir

25. Menilai bayi dengan cepat, kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan).

(a) Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan?

(b) Apakah bayi bergerak dengan aktif?

(c) Jika bayi tidak menangis kuat, tidak bernafas atau megap-megap, lakukan langkah resusitasi (lanjut ke langkah resusitasi pada asfiksia bayi baru lahir).

26. Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian pusat.

27. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).

28. Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.

29. Mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, mengambil tindakan yang sesuai.

30. Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya.

VIII. Manajemen aktif kala III

Oksitosin

31. Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.

32. Memberi tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.

33. Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, memberikan suntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha kanan atas ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.

Penanganan tali pusat terkendali

34. Memindahkan klem pada tali pusat.
35. Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
36. Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, menghentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai.
37. Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus. Jika tali pusat

bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5 – 10 cm dari vulva.

Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit :

- (a) Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.
- (b) Menilai kandung kemih dan mengkateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.
- (c) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
- (d) Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.
- (e) Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.

38. Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpinil. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut. Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forseps disinfeksi tingkat

tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selapuk yang tertinggal.

Pemijatan uterus

39. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).

IX. Menilai Perdarahan

40. Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantong plastik atau tempat khusus.
41. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum, lalu segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

X. Melakukan Prosedur Pasca Persalinan

42. Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik. Mengevaluasi perdarahan persalinan vagina.
43. Mencilupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 %, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air

disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.

44. Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikatkan tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.

45. Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.

46. Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5 %.

47. Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.

48. Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.

EVALUASI

49. Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam :

(a) 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan.

(b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.

(c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.

50. Menganjurkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan massase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.

51. Mengevaluasi kehilangan darah.

52. Memeriksa tekanan darah, nadi dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan. Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pasca persalinan.

Kebersihan dan keamanan

53. Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.

54. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.

55. Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

56. Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Mengajukan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.

57. Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.

58. Menceleupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
59. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

Dokumentasi

60. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang)

2.2.10 Tanda dan Gejala Persalinan

Menurut Marmi (2016:10) tanda-tanda inpartu sebagai berikut :

1) Terjadinya His

His adalah kontraksi yang menimbulkan rasa nyeri pada bagian perut serta menimbulkan pembukaan serviks dan dapat diraba.

His persalinan memiliki ciri-ciri sebagai berikut :

- (a) Pinggangnya terasa sakit dan menjalar ke depan
- (b) Sifat his teratur, interval semakin pendek dan kekuatan semakin besar
- (c) Terjadi perubahan pada serviks
- (d) Jika pasien menambah aktivitasnya, maka kekuatan hisnya akan bertambah

2) Keluarnya lendir bercampur darah

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

3) Kadang ketuban pecah dengan sendirinya

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

Tanda pendahuluan persalinan menurut (Mochtar, 2013:30) adalah

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

4) Penurunan kepala janin

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

Bagian diatas symphysis adalah proporsi yang belum masuk PAP.

- (a) 5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba diatas symphysis

(b) 4/5 jika sebagian (1/5) bagian terbawah janin telah memasuki PAP

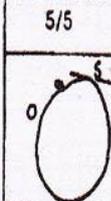
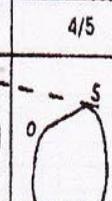
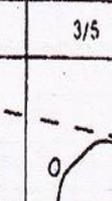
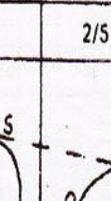
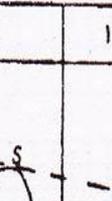
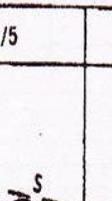
(c) 3/5 jika sebagian (2/5) bagian terbawah janin telah memasuki PAP

(d) 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin yang masih berada diatas symphisis dan (3/5) bagian telah masuk PAP

(e) 1/5 jika 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada diatas symphisis dan 4/5 bagian telah masuk PAP

(f) 0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat teraba dari pemeriksaan luar dan bagian terbawah janin sudah masuk ke dalam rongga panggul

(Widia, 2015 :64-65)

	5/5	4/5	3/5	2/5	1/5	0/5
Perut						
PAP						
Rongga panggul						
	sama sekali di atas PAP	sinsiput: tinggi oksiput: mudah diraba	sinsiput: mudah diraba oksiput: teraba	sinsiput: teraba oksiput: sedikit teraba	sinsiput: teraba oksiput: tak teraba	kepala tak teraba lagi

S=sinsiput
O=oksiput

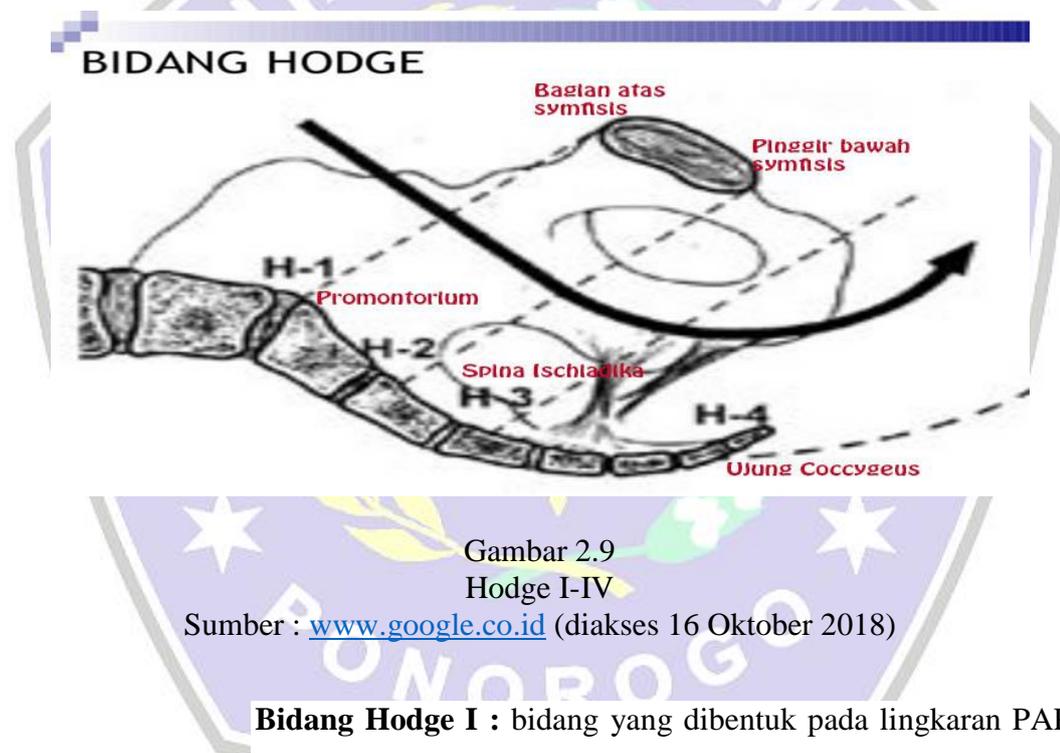
Gambar 2.8

Penurunan Kepala Perlimaan

Sumber : www.google.co.id (diakses 16 oktober 2018)

5) Hodge

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



Gambar 2.9
Hodge I-IV

Sumber : www.google.co.id (diakses 16 Oktober 2018)

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

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

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

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

2.2.11 Partograf

Digunakan untuk memantau kemajuan persalinan dan membantu petugas kesehatan dalam menentukan keputusan dalam penatalaksanaan (Saifuddin, 2009:104). Penerapan partograf ditujukan pada kehamilan normal yang direncanakan untuk persalinan pervaginam. Dengan memperhatikan garis waspada dan garis tindakan sebagai titik tolak evaluasi pertolongan persalinan (Manuaba, 2010:157).

- 1) Denyut jantung janin, dicatat setiap 30 menit
- 2) Air ketuban, dicatat setiap melakukan pemeriksaan vagina

U : selaput utuh

J : selaput pecah, air ketuban jernih

M : air ketuban bercampur mekonium

D : air ketuban bernoda darah

K : tidak ada cairan ketuban/kering

- 3) Perubahan bentuk kepala janin (molding dan molase)

0 : Sutura terpisah

1 : Sutura tepat bersesuaian

2 : Sutura tumpang tindih tetapi dapat di perbaiki

3 : Sutura tumpang tindih dan tidak dapat di perbaiki

- 4) Pembukaan mulut rahim (serviks), dinilai setiap 4 jam dan di beri tanda silang (x).
 - 5) Penurunan, mengaju pada bagian kepala (di bagi 5 bagian) yang teraba (pada pemeriksaan abdomen/luar) di atas simpisis pubis, dicatat dengan tanda lingkaran (O).
 - 6) Waktu, menyatakan berapa jam waktu yang telah diajalani sesudah pasien di terima.
 - 7) Jam, dicatat jam sesungguhnya
 - 8) Kontraksi, dicatat setiap 30 menit, melakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya tiap kontraksi dalam hitungan detik.
 - 9) Oksitosin, apabila memakai oksitosin catatlah banyaknya oksitosin per volume cairan infuse dan dalam tetesan permenit
 - 10) Obat yang diberikan, dicatat semua obat lain yang diberikan
 - 11) Nadi, dicatat setiap 30-60 menit pada fase aktif serta ditandai dengan sebuah titik besar (.)
 - 12) Tekanan darah, dicatat setiap 4 jam dan ditandai dengan anak panah
 - 13) Suhu badan, dicatat setiap 4 jam pada fase laten, dan 2 jam pada fase aktif
 - 14) Protein, aseton, volume urine, dicatat setiap kali ibu berkemih
- (Saifuddin, 2008: 104).

Bila temuan-temuan melintas ke arah kanan dari garis waspada, petugas kesehatan harus melakukan penilaian terhadap kondisi ibu dan janin dan segera mencari rujukan yang tepat.

2.2.12 Masalah Dalam Persalinan

1) Bayi sungsang

Saat usia kehamilan sudah mendekati waktu kelahiran, biasanya perlu memeriksakan diri ke dokter untuk melihat posisi bayi.

Posisi bayi sudah baik atau sungsang. Posisi bayi sungsang maka akan disarankan untuk melakukan berbagai cara mengembalikan bayi ke posisi seharusnya dengan cara alami. Namun, jika hal tersebut tidak berhasil dan posisi bayi masih sungsang saat akan dilahirkan, maka akan membuat proses melahirkan lebih rumit. Melahirkan dengan operasi caesar mungkin direkomendasikan (Arinda, 2015: 57).

2) Proses melahirkan yang terlalu lama

Melahirkan merupakan sebuah proses alamiah dimana setiap ibu pasti bisa melakukannya. Sebuah proses kelahiran yang lancar mungkin akan memakan waktu selama beberapa jam saja. Namun, beberapa ibu mungkin mengalami masalah pada leher rahimnya (sebagai jalan keluarnya bayi). Leher rahim ibu bisa mengalami kesulitan untuk berkembang dan membesar, sehingga bayi sulit untuk keluar dan proses melahirkan berjalan lebih lama. Proses melahirkan yang lebih lama ini tentu tidak

baik jika dibiarkan. Risiko ibu mengalami infeksi (jika air ketuban sudah pecah) semakin besar. Untuk itu, dokter biasanya akan memberikan obat untuk membantu mempercepat proses melahirkan atau terkadang operasi caesar perlu dilakukan (Arinda, 2015: 57).

3) Prolaps tali pusat

Selama dalam kandungan, tali pusat merupakan tumpuan hidup bayi. Tali pusat mengalirkan nutrisi dan oksigen dari ibu ke tubuh bayi sehingga bayi dapat tumbuh dan berkembang di dalam rahim ibu. terkadang, selama proses melahirkan, tali pusat dapat masuk ke dalam leher rahim terlebih dulu sebelum bayi setelah sir ketuban pecah. Tali pusat bahkan bisa keluar lebih dahulu di vagina dibandingkan bayi. Sehingga, kondisi ini sangat berbahaya bagi bayi. Aliran darah yang masih berjalan dari tali pusat ke bayi dapat terganggu, ini merupakan keadaan darurat bagi bayi (Marmi, 2016: 227).

4) Tali pusat melilit bayi

Karena bayi selalu bergerak di dalam kadnungan, bayi mungkin bisa terlilit tali pusat. Tali pusat bisa melilit bayi dan terlepas dengan sendirinya berkali-kali selama kehamilan. Namun tali pusat yang melilit bayi selama proses melahirkan mungkin bisa membahayakan bayi ketika terjadi penurunan aliran darah ke bayi karena tali pusat tertekan. Hal ini dapat menyebabkan detak

jantung bayi menurun. jika detak jantung bayi terus memburuk selama persalinan dan bayi menunjukkan tanda-tanda bahaya lainnya. Melahirkan dengan cara caesar mungkin diperlukan (Arinda, 2015: 58).

5) Perdarahan berat

Setelah bayi berhasil dilahirkan, perdarahan bisa terjadi pada ibu. perdarahan ringan normal terjadi, namun perdarahan berat dapat menjadi hal yang serius. Perdarahan yang berlebihan bisa disebabkan karena kontraksi rahim setelah melahirkan berjalan buruk, bagian plasenta yang masih tersisa dalam rahim, dan infeksi pada dinding rahim. Sehingga, hal ini mengakibatkan pembuluh darah yang terbuka saat plasenta lepas dari dinding rahim terus mengeluarkan darah. Perdarahan berlebihan setelah melahirkan ini bisa disebut dengan perdarahan postpartum. Terdapat dua jenis perdarahan postpartum, yaitu primer atau langsung (perdarahan yang terjadi waktu 24 jam setelah melahirkan dan sekunder atau tertunda (perdarahan setelah 24 jam pertama sampai 6 minggu setelah melahirkan) (Marmi, 2016: 273).

2.2.13 Komplikasi Persalinan

- 1) Ketuban Pecah Dini, yaitu ruptur korion dan amnion 1 jam atau lebih sebelum persalinan. Usia gestasi janin dan perkiraan viabilitas janin mempengaruhi penatalaksanaannya. Penyebab

yang tepat dan faktor-faktor predisposisi yang spesifik tidak diketahui.

- 2) Persalinan Preterm, yaitu persalinan yang dimulai setelah kehamilan 20 minggu dan sebelum kehamilan 37 minggu. Penyebab preterm meliputi ketuban pecah dini, preeklampsia, plasenta previa, solusio plasenta, dan lain-lain
- 3) Vasa Previa, adalah gangguan perkembangan yang jarang. Keadaan ini bisa disebabkan pertumbuhan plasenta yang tidak merata atau implantasi blastosit yang abnormal.
- 4) Prolaps Tali Pusat, yaitu penurunan tali pusat ke dalam vagina mendahului bagian terendah janin dan panggul ibu. Masalah ini sering terjadi pada prematuritas, presentasi bahu atau bokong-kaki.
- 5) Kehamilan Postmatur, yaitu kehamilan lewat waktu yang melebihi 42 minggu usia gestasi, dimana insidennya kira – kira 10%. Penyebabnya diperkirakan adalah defisiensi estrogen.
- 6) Persalinan Disfungsional, yaitu persalinan yang sulit, sakit, dan lama karena faktor – faktor mekanik.
- 7) Distosia Bahu, dimana bahu anterior bayi tidak dapat lewat di bawah arkus pubis ibu. Hal ini berhubungan dengan usia ibu yang sudah lanjut, obesitas karena diabetes maternal, bayi besar, kehamilan lewat waktu, dan multiparitas.

- 8) Ruptur Uterus, yaitu robekan pada uterus, dapat komplit atau inkomplit. Hal ini bisa disebabkan karena cedera akibat instrumen obstetri, seperti instrumen untuk memeriksa uterus atau kuretase yang digunakan dalam abortus. Ruptur juga bisa akibat intervensi obstetri seperti tekanan fundus yang berlebihan, kelahiran dengan forsep, upaya mengejan yang keras, persalinan dengan gangguan, dan distosia bahu janin.
- 9) Plasenta Akreta, yaitu kondisi tidak lazim karena vili korionik melekat pada miometrium. Hal ini disebabkan pembedahan uterus sebelumnya dan plasenta previa.
- 10) Inversi Uterus, yaitu uterus membalik keluar seluruhnya atau sebagian, ini terjadi segera setelah kelahiran plasenta atau dalam periode pascapartum segera. Hal ini disebabkan oleh tarikan tali pusat yang berlebihan atau pengeluaran plasenta secara manual yang kuat atau bekuan dari uterus atonik.
- 11) Perdarahan Pascapartum Dini, yaitu kehilangan darah 500 ml atau lebih selama 24 jam pertama setelah melahirkan. Perdarahan pascapartum merupakan penyebab utama kematian ibu di seluruh dunia dan penyebab umum kehilangan darah yang berlebihan selama periode pascapartum dini. Penyebab utama adalah atoni uterus; laserasi serviks, vagina atau perineum; dan bagian plasenta yang tertinggal.

(Marmi, 2016: 275)

2.2.14 Lima Benang Merah

1) Membuat Keputusan Klinik

Membuat keputusan klinik merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan merencanakan asuhan yang diperlukan oleh pasien. Keputusan itu harus akurat, komprehensif dan aman, baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberikan pertolongan.

2) Asuhan Sayang Ibu dan sayang bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan ibu. Beberapa prinsip-prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikut sertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Banyak hasil penelitian menunjukkan bahwa jika para ibu diperhatikan dan diberi dukungan selama masa persalinan dan kelahiran bayi serta mengetahui dengan baik mengenai proses persalinan dan asuhan yang akan mereka terima, mereka akan mendapat rasa aman dan hasil yang lebih baik (APN, 2008).

(a) Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan

- (1) Panggil ibu dengan sesuai namanya, hargai dan perlakukan ibu sesuai martabatnya.
- (2) Jelaskan semua asuhan dan perawatan kepada ibu sebelum memulai asuhan tersebut.
- (3) Jelaskan poses persalinan kepada ibu dan keluarganya.

- (4) Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir.
- (5) Dengarkan dan tanggapilah pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
- (6) Berikan dukungan, besarkan hatinya dan tentramkan hati ibu serta anggota-anggota keluarganya.
- (7) Anjurkan ibu untuk ditemani suami dan atau anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya.
- (8) Anjurkan suami dan anggota-anggota keluarga mengenai cara-cara bagaimana mereka dapat memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya.
- (9) Secara konsisten lakukan praktik-praktik pencegahan infeksi yang baik.
- (10) Hargai privasi ibu
- (11) Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi.
- (12) Anjurkan ibu untuk minum dan makanan ringan sepanjang ia menginginkannya
- (13) Hargai dan perbolehkan praktik-praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu.

- (14) Hindari tindakan berlebihan dan mungkin membahayakan seperti episiotomy, pencukuran dan klisma
 - (15) Anjurkan ibu untuk memeluknya bayinya segera mungkin.
 - (16) Membantu memulai pemberian ASI dalam satu jam pertama setelah bayi lahir.
 - (17) Siapkan rencana rujukan (bila perlu)
 - (18) Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik dan bahan-bahan, perlengkapan dan obat-obatan yang di perlukan. Siap untuk melakukan resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelahiran bayi.
- (b) Asuhan sayang ibu dan bayi pada masa pasca persalinan
- (1) Anjurkan ibu untuk selalu berdekatan dengan bayinya (rawat gabung)
 - (2) Bantu ibu untuk menyusui bayinya, anjurkan memberikan ASI sesuai dengan yang diinginkan bayinya dan ajarkan tentang ASI eksklusif
 - (3) Ajarkan ibu dan keluarganya tentang nutrisi dan istirahat yang cukup setelah melahirkan
 - (4) Anjurkan suami dan anggota keluarganya untuk memeluk bayi dan mensyukuri kelahiran bayi.

(5) Ajarkan ibu dan anggota keluarganya tentang gejala dan tanda bahaya yang mungkin terjadi dan anjurkan mereka untuk mencari pertolongan jika timbul masalah atau rasa khawatir.

(Wiknjosastro, 2008:80)

3) Pencegahan Infeksi

Cara efektif untuk mencegah penyebaran penyakit dari orang ke orang dan atau dari peralatan atau sarana kesehatan ke orang dapat dilakukan dengan meletakkan penghalang diantara mikroorganisme dan individu. Penghalang ini dapat berupa proses secara fisik, mekanik ataupun kimia yang meliputi meliputi:

- (a) Cuci tangan.
- (b) Pakai sarung tangan.
- (c) Penggunaan cairan antiseptic.
- (d) Pemrosesan alat bekas (Dekontaminasi, desinfeksi, desinfeksi tingkat tinggi, mencuci dan membilas, sterilisasi)

(Marmi, 2011:67).

(1) Dekontaminasi

Dekontaminasi adalah tindakan yang dilakukan untuk memastikan bahwa petugas kesehatan dapat menangani secara aman benda-benda yang terkontaminasi darah dan cairan tubuh. Peralatan medis, sarung tangan, dan

permukaan (seperti meja pemeriksaan harus dekontaminasikan segera setelah terpapar darah atau cairan tubuh) larutan yang digunakan adalah klorin 0,5% selama 10 menit. (Sarwono, 2008: 143). Rumus untuk membuat larutan klorin 0,5% dari larutan konsentrasi berbentuk cair menurut Saifuddin (2013:127) yaitu:

$$\text{Jumlah Bagian Air} = \frac{\% \text{ Larutan Konsentrat}}{\% \text{ Larutan Yang Diinginkan}} - 1$$

Campur 1 bagian konsentrat pemutih dengan jumlah bagian air yang dibutuhkan.

Contoh : Untuk membuat larutan klorin 0,5% dari larutan klorin 5%

$$\text{Jumlah Bagian Air} = \frac{5\%}{0,5\%} - 1 = 10 - 1 = 9$$

Tambahkan 9 bagian air ke dalam 1 bagian larutan klorin.

Sedangkan rumus untuk membuat larutan klorin 0,5% dari bentuk bubuk klorin kering menurut Saifuddin (2013:127)

yaitu :

$$\text{Jumlah Bagian Air} = \frac{\% \text{ Larutan yang di inginkan}}{\% \text{ Konsentrat}} \times 1000$$

Contoh : untuk membuat larutan klorin 0,5% dari bubuk klorin yang bisa melepaskan klorin (seperti kalsium hipoklorida) yang mengandung 35% klorin.

$$\frac{\text{Gram}}{\text{liter}} = \frac{0,5\%}{35\%} \times 1000 = 14,3 \text{ gram/liter}$$

Tambahkan 14 gram (pembulatan 14,3) bubuk klorin kedalam 1 liter air bersih.

(2) Desinfeksi

Tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan hampir semua mikroorganisme penyebab penyakit pada benda mati atau instrumen.

(3) Desinfeksi tingkat tinggi (DTT)

Suatu proses yang menghilangkan mikroorganisme kecuali beberapa endospora bakteri pada benda mati dengan merebus, mengukus, atau penggunaan desinfektan kimia.

(4) Mencuci dan membilas

Suatu proses yang secara fisik menghilangkan semua debu, kotoran, darah, dan bagian tubuh lain yang tampak pada objek mati dan membuang sejumlah besar mikroorganisme untuk mengurangi resiko bagi mereka yang menyentuh kulit atau memegang benda tersebut (proses ini terdiri dari pencucian dengan sabun atau detergen dan air, pembilasan dengan air bersih dan pengeringan secara seksama)

(5) Sterilisasi

Tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme (bakteri, virus, jamur, parasit) termasuk endospora bakteri pada benda-benda mati atau instrumen

4) Pencatatan (Dokumentasi)

Catat semua asuhan yang telah diberikan kepada ibu dan bayinya. Jika asuhan tidak dicatat, dapat dianggap bahwa hal tersebut tidak dilakukan. Pencatatan adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Mengkaji ulang catatan memungkinkan untuk menganalisa data yang telah dikumpulkan dan lebih efektif dalam merumuskan suatu diagnosis dan membuat rencana asuhan atau perawatan bagi ibu dan bayinya (APN, 2008).

5) Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana yang lebih lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa lebih lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Meskipun sebagian besar dari ibu akan menjalani persalinan normal namun sekitar 10-15% diantaranya akan mengalami masalah selama proses persalinan dan kelahiran bayi sehingga perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan. Sangat sulit untuk menduga kapan penyulit akan terjadi sehingga kesiapan untuk merujuk ibu dan bayinya ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu (jika penyulit

terjadi) syarat bagi keberhasilan upaya penyelamatan. Setiap penolong persalinan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan yang mampu untuk menatalaksanakan kasus gawat darurat obstetric dan bayi baru lahir (APN, 2008:1-38).

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

(a) Bidan

Pastikan Bahwa ibu dan bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk melaksanakan gawat darurat obstetric dan BBL untuk dibawa ke fasilitas rujukan.

(b) Alat

Bawa perlengkapan dan alat-alat untuk asuhan persalinan, masa nifas, dan BBL (tabung suntik, selang I.V, alat resusitasi, dll) bersama ibu ke tempat rujukan. Perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan dalam perjalanan ke fasilitas rujukan.

(c) Keluarga

Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan bayi dan mengapa ibu dan bayi perlu dirujuk. Jelaskan pada mereka alasan dan tujuan rujuk ibu ke fasilitas rujukan tersebut.

(d) Surat

Berikan surat keterangan rujukan ke tempat rujukan. Surat ini memberikan identifikasi mengenai ibu dan BBL. Cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil penyakit, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu dan BBL.

(e) Obat

Bawa obat-obat esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan.

(f) Kendaraan

Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi yang nyaman.

(g) Uang

Ingatkan keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan kesehatan lainnya selama ibu dan bayi difasilitas rujukan.

(h) Darah

Persiapkan darah baik dari anggota keluarga maupun kerabat sebagai persiapan jika terjadi perdarahan. Dan doa sebagai kekuatan spiritual dan harapan yang dapat membantu proses persalinan.

(Sari EP dkk, 2014:27-29)

2.2.15 Pencegahan infeksi

1) Pengertian

Pencegahan infeksi adalah bagian esensial dari asuhan lengkap yang diberikan kepada ibu dan bayi baru lahir dan harus dilaksanakan secara rutin pada saat menolong persalinan dan kelahiran bayi, saat memberikan asuhan dasar selama kunjungan antenatal atau pasca persalinan/bayi baru lahir atau saat menatalaksana penyulit. Tindakan ini harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi ibu, bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan dan tenaga kesehatan lainnya. Juga upaya-upaya menurunkan resiko terjangkit atau terinfeksi mikroorganisme yang menimbulkan penyakit-penyakit berbahaya (Wiknjosastro, G, 2008:143).

2) Prinsip-Prinsip Pencegahan Infeksi

Pencegahan infeksi yang efektif didasarkan pada prinsip-prinsip berikut :

(a) Setiap orang (ibu, bayi baru lahir, penolong persalinan) harus dianggap dapat menularkan penyakit karena infeksi yang terjadi bersifat asimptomatik (tanpa gejala)

(b) Setiap orang harus dianggap beresiko terkena infeksi

(c) Permukaan tempat pemeriksaan, peralatan dan benda-benda lain yang akan dan telah bersentuhan dengan kulit tak utuh/selaput mukosa atau darah, harus dianggap terkontaminasi sehingga setelah selesai digunakan harus dilakukan proses pencegahan infeksi secara benar.

(d) Jika tidak diketahui apakah permukaan, peralatan atau benda lainnya telah diproses dengan benar, maka semua itu harus dianggap masih terkontaminasi.

(e) Resiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total, tapi dapat dikurangi hingga sekecil mungkin dengan menerapkan tindakan-tindakan pencegahan infeksi yang benar dan konsisten. (Wiknjosastro, G, 2008:143)

3) Penatalaksanaan Pencegahan Infeksi

Ada berbagai praktek pencegahan infeksi yang membantu mencegah mikroorganisme berpindah dari satu individu ke individu lainnya (ibu, bayi baru lahir, dan para penolong persalinan) sehingga dapat memutus rantai penyebar infeksi, penatalaksanaan pencegahan infeksi antara lain sebagai berikut:

- (a) Cuci tangan
- (b) Memakai sarung tangan dan perlengkapan pelindung lainnya
- (c) Menggunakan tehnik asepsis atau aseptik
- (d) Memproses alat bekas pakai
- (e) Menangani peralatan tajam dengan aman

(f) Mengelola sampah medik, menjaga kebersihan dan sanitasi lingkungan. Secara detil dapat dijelaskan sebagai berikut :

- (1) Cuci tangan

Cuci tangan adalah prosedur yang paling penting dari pencegahan penyebaran infeksi yang menyebabkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir. Cuci tangan harus dilakukan :

- a) Segera setelah tiba ditempat kerja
- b) Sebelum melakukan kontak fisik secara langsung dengan ibu atau bayi baru lahir
- c) Setelah kontak fisik langsung dengan ibu atau bayi baru lahir
- d) Sebelum memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril
- e) Setelah melepaskan sarung tangan (kontaminasi melalui lubang atau robekan sarung tangan)
- f) Setelah menyentuh benda yang mungkin terkontaminasi oleh darah atau cairan tubuh lainnya atau setelah menyentuh selaput mukosa (misalnya hidung, mulut, mata, vagina) meskipun saat itu sedang menggunakan sarung tangan
- g) Setelah ke kamar mandi
- h) Sebelum pulang kerja

Prosedur cuci tangan :

- 1) Lepaskan perhiasan di tangan dan pergelangan.
- 2) Basahi tangan dengan air bersih dan mengalir

- 3) Gosok dengan kuat kedua tangan, gunakan sabun biasa atau yang mengandung anti mikroba selama 15 sampai 30 detik (pastikan menggosok sela-sela jari). Tangan yang terlihat kotor harus dicuci lebih lama.
- 4) Bilas tangan dengan air bersih yang mengalir.
- 5) Biarkan tangan kering dengan cara diangin – anginkan atau keringkan dengan kertas tisu yang bersih dan kering atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- 6) Bila menggunakan sabun padat (misalnya sabun batangan), gunakan dalam potongan-potongan kecil dan tempatkan sabun dalam wadah yang berlubang-lubang untuk mencegah air menggenangi sabun tersebut.
- 7) Jangan mencuci tangan dengan jalan mencelupkannya ke dalam wadah berisi air meskipun air tersebut sudah ditambah larutan antiseptik. Mikroorganisme dapat bertahan hidup dan berkembang biak dalam larutan tersebut.
- 8) Bila tidak tersedia air mengalir :
 - (a) Gunakan ember tertutup dengan keran yang bisa ditutup pada saat mencuci tangan dan dibuka kembali jika akan membilas.

(b) Gunakan botol yang sudah diberi lubang agar air bisa mengalir.

(c) Minta orang lain menyiramkan air ke tangan. 4)

Gunakan pencuci tangan yang mengandung anti mikroba berbahan dasar alkohol (campurkan 100 mL 60-90% alkohol dengan 2 mL gliserin. Gunakan kurang lebih 2 mL dan gosok kedua tangan hingga kering, ulangi tiga kali).

9) Keringkan tangan anda dengan handuk bersih dan kering. Jangan menggunakan handuk yang juga digunakan oleh orang lain. Handuk basah/ lembab adalah tempat yang baik untuk mikroorganisme berkembang biak.

10) Bila tidak ada saluran air untuk membuang air yang sudah digunakan, kumpulkan air di baskom dan buang ke saluran limbah atau jamban di kamar mandi.

(Wiknjosastro, G, 2008:143).

(2) Memakai Sarung Tangan dan perlengkapan pelindung lainnya

Pakai sarung tangan sebelum menyentuh sesuatu yang basah (kulit tak utuh, selaput mukosa, darah atau cairan tubuh lainnya) atau peralatan, sarung tangan atau sampah yang terkontaminasi. Jika sarung tangan diperlukan, ganti

sarung tangan untuk menangani setiap ibu atau bayi baru lahir setelah terjadi kontak langsung untuk menghindari kontaminasi silang atau gunakan sarung tangan yang berbeda untuk situasi yang berbeda pula. Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pemakaian sarung tangan :

- a) Gunakan sarung tangan steril atau disinfeksi tingkat tinggi untuk prosedur apapun yang akan mengakibatkan kontak dengan jaringan dibawah kulit seperti persalinan, penjahitan vagina atau pengambilan darah
- b) Gunakan sarung tangan periksa yang bersih untuk menangani darah atau cairan tubuh
- c) Gunakan sarung tangan rumah tangga atau tebal untuk mencuci peralatan, menangani sampah, juga membersihkan darah atau cairan tubuh.

Sarung tangan sekali pakai lebih dianjurkan, tapi jika sarananya sangat terbatas, sarung tangan bisa digunakan berulang kali jika dilakukan dekontaminasi, cuci dan bilas, desinfeksi tingkat tinggi atau sterilisasi. Jika sarung tangan sekali pakai digunakan berulang kali, jangan diproses lebih dari tiga kali karena mungkin telah terjadi robekan / lubang yang tidak terlihat atau sarung tangan dapat robek pada saat sedang digunakan.

(3) Menggunakan teknik aseptik dan aseptis

Teknik aseptik membuat prosedur menjadi lebih aman bagi ibu, bayi baru lahir, dan petugas penolong persalinan.

Teknik aseptik meliputi beberapa aspek :

a) Penggunaan perlengkapan pelindung pribadi

Perlengkapan pelindung pribadi mencegah petugas terpapar mikroorganisme penyebab infeksi dengan cara menghalangi atau membatasi (kaca mata pelindung, masker wajah, sepatu boot atau sepatu tertutup, celemek) petugas dari cairan tubuh, darah atau cedera selama melaksanakan prosedur klinik. Masker wajah dan celemek plastik sederhana dapat dibuat sesuai dengan kebutuhan dan sumber daya yang tersedia di masing-masing daerah jika alat atau perlengkapan sekali pakai tidak tersedia.

b) Antisepsis

Antisepsis adalah tindakan yang dilakukan untuk mencegah infeksi dengan cara membunuh atau mengurangi mikroorganisme pada jaringan tubuh atau kulit. Karena kulit dan selaput mukosa tidak dapat disterilkan maka penggunaan antiseptik akan sangat mengurangi jumlah mikroorganisme yang akan mengkontaminasi luka terbuka dan

menyebabkan infeksi. Cuci tangan secara teratur diantara kontak dengan setiap ibu atau bayi baru lahir, juga membantu untuk menghilangkan sebagian besar mikroorganisme pada kulit.

c) Menjaga tingkat sterilitas atau disinfeksi tingkat tinggi

- 1) Gunakan kain steril
- 2) Berhati-hati jika membuka bungkusan atau memindahkan bendabenda ke daerah yang steril/ disinfeksi tingkat tinggi
- 3) Hanya benda-benda steril disinfeksi tingkat tinggi atau petugas dengan atribut yang sesuai yang diperkenankan untuk memasuki daerah steril/ disinfeksi tingkat tinggi
- 4) Anggap benda apapun basah, terpotong atau robek sebagai benda yang terkontaminasi
- 5) Tempatkan daerah steril/disinfeksi tingkat tinggi jauh dari pintu atau jendela
- 6) Cegah orang-orang yang tidak memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril menyentuh peralatan yang ada di daerah steril.

Antiseptik

Larutan antiseptik digunakan pada kulit atau jaringan yang tidak mampu menahan konsentrasi bahan aktif yang terlarut dalam larutan disinfektan. Larutan antiseptik memerlukan waktu beberapa menit setelah dioleskan pada permukaan tubuh agar dapat mencapai manfaat yang optimal. Karena itu, penggunaan antiseptik tidak diperlukan untuk tindakan kecil dan segera (misalnya penyuntikan oksitosin secara intra muskular pada penatalaksanaan aktif persalinan kala tiga, memotong tali pusat) asalkan peralatan yang digunakan sudah didisinfeksi tingkat tinggi atau steril.

Pengelolaan Cairan Antiseptik

Cara pencegahan kontaminasi larutan antiseptik dan disinfektan :

- 1) Hanya menggunakan air matang untuk mengencerkan (jika pengenceran diperlukan).
- 2) Jika yang tersedia kemasan antiseptik besar, untuk pemakaian sehari – hari tuangkan ke dalam wadah lebih kecil (untuk mencegah penguapan dan kontaminasi).
- 3) Buat jadwal rutin yang tetap (misalnya tiap minggu) untuk menyiapkan larutan dan membersihkan wadah

pemakaian sehari – hari (resiko kontaminasi pada cairan yang disimpan lebih dari satu minggu).

4) Berhati –hati untuk tidak mengkontaminasi pinggiran wadah pada saat menuangkan larutan ke wadah yang lebih kecil (pinggiran wadah larutan utama tidak boleh bersentuhan dengan wadah yang lebih kecil).

5) Mengosongkan dan mencuci wadah dengan sabun dan air serta membiarkannya kering dengan cara diangin – anginkan setidaknya sekali seminggu (tempelkan label bertuliskan tanggal pengisian ulang).

6) Menuangkan larutan antiseptik ke gulungan kapas atau kasa (jangan merendam gulungan kapas atau kasa di dalam wadah ataupun mencelupkannya ke dalam larutan antiseptik).

7) Menyimpan larutan di tempat yang dingin dan gelap.

(Wiknjosastro, G, 2008:143)

(4) Pemrosesan Alat Bekas Pakai

Pemrosesan peralatan (terbuat dari logam, plastik, dan karet) serta benda – benda lainnya dengan upaya pencegahan infeksi, direkomendasikan untuk melalui tiga langkah pokok yaitu :

a) Dekontaminasi

Dekontaminasi adalah langkah pertama yang penting dalam menangani peralatan, perlengkapan, sarung tangan, dan benda – benda lainnya yang terkontaminasi. Untuk perlindungan lebih jauh, pakai sarung tangan karet yang tebal atau sarung tangan rumah tangga dari lateks, jika menangani peralatan yang sudah digunakan atau kotor. Segera setelah digunakan, masukkan benda-benda yang terkontaminasi ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Daya kerja larutan klorin akan cepat mengalami penurunan sehingga harus diganti paling sedikit setiap 24 jam, atau lebih cepat jika terlihat telah kotor atau keruh.

b) Pencucian dan pembilasan.

Pencucian adalah cara paling efektif mikroorganisme pada peralatan / perlengkapan yang kotor atau sudah digunakan. Baik sterilisasi maupun disinfeksi tingkat tinggi menjadi kurang efektif tanpa proses pencucian sebelumnya jika benda-benda yang terkontaminasi tidak dapat dicuci segera setelah dikontaminasi, bilas peralatan dengan air untuk mencegah korosi dan menghilangkan bahan-bahan organik, lalu cuci tangan dengan seksama secepat mungkin.

Perlengkapan / bahan – bahan untuk mencuci peralatan :

- 1) Sarung tangan karet yang tebal atau sarung tangan rumah tangga dari lateks.
- 2) Sikat halus (boleh menggunakan sikat gigi).
- 3) Tabung suntik (minimal ukuran 10 ml, untuk membilas bagian dalam kateter, termasuk kateter penghisap lendir).
- 4) Wadah plastik atau baja antikorasi (stainless steel).
- 5) Air bersih.
- 6) Sabun atau deterjen.

Tahap – tahap pencucian dan pembilasan :

- (a) Pakai sarung tangan karet yang tebal pada kedua tangan.
- (b) Ambil peralatan bekas pakai yang sudah didekontaminasi.
- (c) Agar tidak merusak benda – benda yang terbuat dari plastik atau karet, jangan dicuci segera bersamaan dengan peralatan yang terbuat dari logam.
- (d) Cuci setiap benda tajam secara terpisah dan hati-hati :

- (1) Gunakan sikat dengan air dan sabun untuk menghilangkan sisa darah dan kotoran.
- (2) Buka engsel gunting dan klem.
- (3) Sikat dengan seksama terutama di bagian sambungan dan pojok peralatan.
- (4) Pastikan tidak ada sisa darah dan kotoran yang tertinggal pada peralatan.
- (5) Cuci setiap benda sedikitnya tiga kali (atau lebih jika perlu) dengan air dan sabun atau deterjen.
- (6) Bilas benda – benda tersebut dengan air bersih.
- (7) Ulangi prosedur tersebut pada benda – benda lain.
- (8) Jika peralatan akan didesinfeksi tingkat tinggi secara kimiawi tempatkan peralatan dalam wadah yang bersih dan biarkan kering sebelum memulai proses DTT.
- (9) Peralatan yang akan didesinfeksi tingkat tinggi dengan cara dikukus atau direbus, atau disterilisasi di dalam otoklaf atau oven panas kering, tidak usah dikeringkan sebelum proses DTT atau sterilisasi dimulai.

(10) Selagi masih memakai sarung tangan, cuci sarung tangan dengan air dan sabun dan kemudian bilas secara seksama dengan menggunakan air bersih.

(11) Gantungkan sarung tangan dan biarkan kering dengan cara diangin – anginkan.

Untuk mencuci kateter (termasuk kateter penghisap lendir), lakukan tahap- tahap berikut ini :

Pakai sarung tangan karet yang tebal atau sarung tangan rumah tangga dari lateks pada kedua tangan.

Lepaskan penutup wadah penampung lendir (untuk kateter penghisap lendir).

Gunakan tabung suntik besar untuk mencuci bagian dalam kateter sedikitnya tiga kali (atau lebih jika perlu) dengan air dan sabun atau deterjen.

Bilas kateter menggunakan tabung suntik dan air bersih.

Letakkan kateter dalam wadah yang bersih dan biarkan kering sebelum dilakukan proses DTT.

c) Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) dan Sterilisasi

Desinfeksi adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan hampir semua mikroorganisme penyebab penyakit pada benda-benda mati / instrumen. Desinfeksi Tingkat Tinggi adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme kecuali endospora bakteri dengan cara merebus atau secara kimiawi. Sterilisasi adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme (Bakteri, jamur, parasit dan virus) termasuk endospora bakteri pada benda-benda mati atau instrumen. (Wiknjosastro, G, 2008:143)

DTT dapat dilakukan dengan cara merebus, mengukur / secara kimiawi (Wiknjosastro, G, 2008:143)

DTT dengan cara merebus :

- 1) Gunakan panci dengan penutup yang rapat.
- 2) Gunakan air setiap kali mendesinfeksi peralatan.
- 3) Rendam peralatan sehingga semuanya terendam di dalam air.

- 4) Mulai panaskan air.
- 5) Mulai hitung waktu saat air mulai mendidih.
- 6) Jangan tambahkan benda apapun ke dalam air mendidih setelah penghitungan waktu dimulai.

(a) Rebus selama 20 menit.

(b) Catat lama waktu perebusan peralatan di dalam buku khusus.

(c) Biarkan peralatan kering dengan cara diangin-anginkan sebelum digunakan atau disimpan (jika peralatan dalam keadaan lembab maka tingkat pencapaian desinfeksi tingkat tinggi tidak terjaga).

(d) Setelah peralatan kering, gunakan segera atau simpan dalam wadah desinfeksi tingkat tinggi dan berpenutup. Peralatan bisa disimpan sampai satu minggu asalkan penutupnya tidak dibuka. (Wiknjosastro, G, 2008:143)

DTT dengan uap panas :

- 1) Setelah sarung tangan didekontaminasi dan dicuci, maka sarung tangan ini siap DTT dengan uap tanpa diberi talek.

- 2) Gunakan panci perebus yang memiliki tiga susunan nampan pengukus.
- 3) Gunakan bagian atas sarung tangan sehingga setelah DTT selesai, sarung tangan dapat dipakai tanpa membuat kontaminasi baru.
- 4) Letakkan sarung tangan pada baki atau nampan pengukus yang berlubang di bawahnya. Agar mudah dikeluarkan dari bagian atas panci pengukus, letakkan sarung tangan dengan bagian jarinya ke arah tengah panci. Jangan menumpuk sarung tangan (lima sampai sepuluh pasang sarung tangan bisa diletakkan di panci pengukus, tergantung dari diameter panci).
- 5) Ulangi proses tersebut hingga semua nampan pengukus terisi sarung tangan. Susun tiga nampan pengukus di atas panci perebus yang berisi air. Letakkan sebuah panci perebus kosong di sebelah kompor.
- 6) Letakkan penutup di atas panci pengukus paling atas dan panaskan air hingga mendidih. Jika air mendidih perlahan, hanya sedikit uap air yang dihasilkan dan suhunya mungkin tidak cukup tinggi untuk membunuh mikroorganisme. Jika

air mendidih terlalu cepat, air akan menguap dengan cepat dan bahan bakar akan terbuang.

- 7) Jika uap mulai keluar dari celah-celah di antara panci pengukus, mulailah penghitungan waktu.

Catat lamanya pengukusan sarung tangan dalam buku khusus.

- 8) Kukus sarung tangan selama 20 menit.

- 9) Angkat nampan pengukus paling atas yang berisi sarung tangan dan goyangkan perlahan-lahan agar air yang tersisa pada sarung tangan dapat menetes keluar.

- 10) Letakkan nampan pengukus di atas panci perebus yang kosong di sebelah kompor.

- 11) Ulangi langkah tersebut hingga semua nampan pengukus yang berisi sarung tangan tersusun di atas panci perebus yang kosong. Letakkan penutup di atasnya hingga sarung tangan menjadi dingin dan kering tanpa terkontaminasi.

- 12) Biarkan sarung tangan kering dengan diangin-anginkan sampai kering di dalam panci selama 4-6 jam. Jika diperlukan segera, biarkan sarung tangan menjadi dingin selama 5-10 menit dan kemudian gunakan dalam waktu 30 menit pada

saat masih basah atau lembab (setelah 30 menit bagian jari sarung tangan akan menjadi lengket dan membuat sarung tangan sulit dipakai atau digunakan) (Wiknjosastro, G, 2008:143).

13) Jika sarung tangan tidak akan dipakai segera, setelah kering, gunakan cunam penjepit atau pinset desinfeksi tingkat tinggi untuk memindahkan sarung tangan. Letakkan sarung tangan tersebut dalam wadah desinfeksi tingkat tinggi lalu tutup rapat (sarung tangan bisa disimpan di dalam panci pengukus yang berpenutup rapat). Sarung tangan tersebut bisa disimpan sampai satu minggu.

DTT Kimiawi :

- 1) Letakkan peralatan yang kering, sudah didekontaminasi dan dicuci ke dalam wadah. Kemudian isi wadah tersebut dengan larutan kimia. Ingat : jika peralatan masih dalam kondisi basah sebelum direndam dalam larutan kimia maka dapat terjadi pengeceran tambahan terhadap larutan tersebut dan membuatnya menjadi kurang efektif.

- 2) Pastikan bahwa peralatan terendam seluruhnya dalam larutan kimia.
- 3) Rendam peralatan selama 20 menit.
- 4) Catat lama waktu peralatan direndam dalam larutan kimia di buku khusus.
- 5) Bilas peralatan dengan air matang dan angin-anginkan sampai kering di wadah desinfeksi tingkat tinggi yang berpenutup.
- 6) Setelah kering peralatan dapat digunakan dengan segera atau disimpan dalam wadah desinfeksi tingkat tinggi yang berpenutup rapat.

(Wiknjosastro, G, 2008:143)

DTT kateter secara kimiawi :

- 1) Siapkan larutan klorin 0,5 %.
- 2) Pakai sarung tangan karet yang tebal atau sarung tangan rumah tangga dari lateks pada kedua tangan.
- 3) Letakkan kateter yang sudah dicuci dan kering di dalam larutan klorin. Gunakan tabung suntik steril atau desinfeksi tingkat tinggi yang besar untuk membilas bagian dalam kateter dengan larutan klorin. Ulangi pembilasan tiga kali. Pastikan kateter terendam dalam larutan.

- 4) Biarkan kateter terendam selama 20 menit.
- 5) Gunakan tabung suntik desinfeksi tingkat tinggi atau steril yang besar dan air yang direbus sedikitnya 20 menit untuk membilas kateter.
- 6) Biarkan kateter kering dengan cara diangin-anginkan dan kemudian segera digunakan atau disimpan dalam wadah desinfeksi tingkat tinggi yang bersih. (Wiknjosastro, G, 2008:143)

Selain DTT, petugas dapat menggunakan metode sterilisasi pada instrumen logam dan sarung tangan, yaitu :

- 1) Sterilisasi dengan otoklaf 106 kPa pada temperatur 121°C selama 30 menit jika instrumen terbungkus dan 20 menit jika tidak terbungkus.
- 2) Panas kering pada temperatur 170°C selama 60 menit.
- 3) Instrumen disimpan dalam wadah steril yang berpenutup rapat.

(5) Penggunaan Peralatan tajam secara aman

Luka tusuk benda tajam (misalnya jarum) merupakan salah satu alur utama infeksi HIV dan Hepatitis B di

antara para penolong persalinan. Oleh karena itu, perhatikan pedoman sebagai berikut;

- a) Letakkan benda-benda tajam diatas baki steril atau disinfeksi tingkat tinggi atau dengan menggunakan "daerah aman" yang sudah ditentukan (daerah khusus untuk meletakkan dan mengambil peralatan tajam).
- b) Hati- hati saat melakukan penjahitan agar terhindar dari luka tusuk secara tidak sengaja.
- c) Jangan menutup kembali, melengkungkan, mematahkan atau melepaskan jarum yang akan dibuang.
- d) Buang benda-benda tajam dalam wadah tahan bocor dan segel dengan perekat jika sudah dua pertiga penuh. Jangan memindahkan bendabenda tajam tersebut ke wadah lain. Wadah benda tajam yang sudah disegel tadi harus dibakar didalam insinerator.
- e) Jika benda-benda tajam tidak bisa dibuang secara aman dengan cara insinerasi, bilas tiga kali dengan larutan klorin 0,5% (dekontaminasi), tutup kembali menggunakan teknik satu tangan

dan kemudian kuburkan. Cara menggunakan teknik satu tangan:

- 1) Letakkan penutup jarum pada permukaan yang keras dan rata.
- 2) Pegang tabung suntik dengan satu tangan dan gunakan ujung jarum untuk mengait penutup jarum. Jangan memegang penutup jarum dengan tangan lainnya.
- 3) Jika jarum sudah tertutup seluruhnya, pegang bagian bawah jarum dan gunakan tangan yang lain untuk merapatkan penutupnya.
- 4) Pengelolaan Sampah Medik, menjaga kebersihan dan sanitasi lingkungan.

Sampah terdiri dari yang terkontaminasi dan tidak terkontaminasi. Sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai maka penelitian ini difokuskan kepada sampah terkontaminasi (darah, nanah, urin, kotoran manusia, dan bendabenda yang tercemar oleh cairan tubuh) yang berpotensi untuk menginfeksi siapapun yang melakukan kontak atau menangani sampah tersebut, termasuk anggota masyarakat. Pengelolaan sampah terkontaminasi meliputi :

- (1) Setelah selesai melakukan suatu tindakan dan sebelum melepaskan sarung tangan, letakkan sampah terkontaminasi (kasa, gulungan kapas, perban, dan lain – lain) ke dalam tempat sampah kedap air / kantong plastik sebelum dibuang.
- (2) Hindarkan terjadinya kontak sampah terkontaminasi dengan permukaan luar kantong.
- (3) Pembuangan benda – benda tajam yang terkontaminasi dengan menempatkannya dalam wadah tahan bocor (misalnya botol air mineral dari plastik atau botol infus), kotak karton yang tebal atau wadah yang terbuat dari logam.
- (4) Singkirkan sampah terkontaminasi dengan cara dibakar. Jika hal ini tidak memungkinkan, kubur bersama wadahnya.
- (5) Bersihkan percikan darah dengan larutan klorin 0,5% kemudian seka dengan kain atau pel.
- (6) Bungkus atau tutupi linen bersih dan simpan dalam kereta dorong atau lemari tertutup untuk mencegah kontaminasi debu.
- (7) Bersihkan tempat tidur, meja, dan troli dengan kain yang dibasahi klorin 0,5% dan deterjen.
- (8) Seka celemek dengan klorin 0,5%.

- (9) Bersihkan lantai dengan lap kering, jangan disapu. Seka lantai dengan campuran klorin 0,5% dan deterjen.
- (10) Gunakan sarung tangan karet tebal atau sarung tangan rumah tangga dari lateks.
- (11) Bersihkan dinding, gordena, dan tirai sesering mungkin untuk mencegah terkumpulnya debu. Bila terpecik darah segera bersihkan dengan klorin 0,5%.

(Wiknjosastro, G, 2008:143)

2.3 Konsep Dasar Nifas

2.3.1 Pengertian Nifas

- a) Masa nifas (puerperium) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan (Saleha, 2013:1)
- b) Masa nifas (puerperium) adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari (Ambarwati, 2010:1).

2.3.2 Proses 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 mengalir darah ke plasenta. Setelah plasenta lepas, otot rahim akan berkontraksi atau mengerut, sehingga pembuluh darah terjepit dan pendarahan berhenti. Setelah bayi lahir, umumnya berat rahim menjadi sekitar 1000 gram dan dapat diraba kira-kira 2 jari dibawah umbilikus. Setelah 1 minggu beratnya sekitar 300gr dan tidak dapat diraba lagi. Jadi, secara alamiah rahim akan kembali mengecil perlahan-lahan kebentuknya semula. Setelah 6 minggu beratnya sudah sekitar 40-60 gr. Pada saat ini dianggap bahwa masa nifas sudah selesai. Namun sebenarnya rahim akan kembali keposisi yang normal, tapi juga kondisi tubuh ibu secara keseluruhan (Sitti Saleha, 2009:2).

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 hemoglobin terlalu rendah setelah melahirkan, sistem sirkulasi darah ibu akan kembali seperti semula. Darah kembali

mengental, dimana kadar perbandingan sel darah dan cairan darah kembali normal. Umumnya hal ini terjadi pada hari ke-3 sampai hari ke-15 pasca persalinan (Sitti Saleha, 2009:2).

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

2.3.3 Tahapan Masa Nifas

Tahapan yang terjadi pada masa nifas adalah sebagai berikut (Saleha, 2009:5).

a) Periode immediate postpartum

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini sering terdapat banyak masalah, misalnya pendarahan karena antonia uteri. Oleh karena itu, bidan dengan teratur harus melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochea, tekanan darah, dan suhu.

b) Periode early postpartum (24 jam- 1 minggu)

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

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

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

Masa nifas dibagi dalam 3 periode yaitu (Walyani, 2015:10) :

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

2.3.4 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Menurut Walyani, 2015:10 perubahan yang terjadi pada masa nifas yaitu:

1) Sistem Kardiovaskuler

Denyut jantung, volume dan curah jantung meningkat segera setelah melahirkan karena terhentinya aliran darah ke plasenta yang mengakibatkan beban jantung meningkat yang dapat

diatasi dengan haemokonsentrasi sampai volume darah kembali normal dan pembuluh darah kembali ke ukuran semula.

2) Sistem Reproduksi

(a) Uterus

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti keadaan sebelum hamil

Saleha (2013:9)

Secara rinci proses involusi uterus dapat dilihat pada tabel dibawah ini

Tabel 2.11
Tabel TFU dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi

Involusi	TFU	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	2 jari bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat-sympisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba diatas sympisis	350 gram
6 minggu	Tidak teraba	50 gram
8 minggu	Normal	30 gram

Sumber : Siti Saleha, 2013:9. Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas

(b) Lochea

Lochea adalah cairan sekret yang berasal dari cavum uteri dan vagina dalam masa nifas. Macam-macam Lochea selama masa nifas menurut Walyani, 2015:11 yaitu :

- a) Lochea Rubra (cruenta) : berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo dan mekonium, selama 2 hari postpartum
- b) Lochea Sanguinolenta : berwarna kuning berisi darah dan lendir, hari 3-7 postpartum.
- c) Lochea Serosa : berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 postpartum.
- d) Lochea Alba : cairan putih, setelah 2 minggu.
- e) Lochea Purulenta : terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
- f) Locheastasis : lochea tidak lancar keluar.

(c) Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol (Walyani 2015:12).

(d) Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang

bergerak maju. Pada postnatal hari ke 5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan (Walyani 2015:12).

3) Payudara

Pada semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Proses menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologis, yaitu produksi susu dan sekresi susu atau let down (Walyani 2015:12).

4) Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami obstipasi setelah melahirkan anak. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan colon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan, haemorroid, laserasi jalan lahir. Supaya buang air besar kembali teratur dapat diberikan diet atau makanan yang mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup. Bila usaha ini tidak berhasil dalam waktu 2 atau 3 hari dapat ditolong dengan pemberian huknah atau gliserin spuit atau diberikan obat laksan yang lain (Wulandari, 2010:79).

5) Sistem Muskuloskeletal

Ambulasi pada umumnya dimulai 4-8 jam post partum. Ambulasi dini sangat membantu untuk mencegah komplikasi dan mempercepat proses involusi (Walyani 2015:12).

6) Sistem Perkemihan

Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama, kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urine dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam setelah melahirkan. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu (Walyani 2015:12).

7) Perubahan Tanda-tanda Vital

Pada ibu masa nifas terjadi perubahan tanda-tanda vital, meliputi:

(1) Suhu tubuh

24 jam setelah melahirkan suhu badan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C) sebagai dampak dari kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan yang berlebihan, dan kelelahan (Trisnawati, 2012:13).

(2) Nadi

Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat dari denyut nadi normal orang dewasa (60-80x/menit) (Trisnawati, 2012:13).

(3) Tekanan Darah

Biasanya tidak berubah, kemungkinan bila tekanan darah tinggi atau rendah karena terjadi kelainan seperti perdarahan dan preeklamsia (Mansyur, 2014:15).

(4) Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal orang dewasa adalah 16-24 kali per menit. Pada ibu post partum umumnya pernafasan lambat atau normal. Bila pernafasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok (Rukiyah, 2010:10)

2.3.5 Perubahan psikologis Masa Nifas

Ada beberapa tahap perubahan psikologis dalam masa penyesuaian ini meliputi 3 fase menurut Saleha, 2013:12 yaitu :

a) Tahap I : Fase Taking In (Periode Ketergantungan)

Periode yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua melahirkan. Pada fase ini ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri. Ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir.

Ketidaknyamanan fisik yang dialami ibu pada fase ini seperti mules, nyeri pada jahitan, kurang tidur dan kelelahan merupakan sesuatu yang tidak dapat dihindari. Hal tersebut membuat ibu perlu cukup istirahat untuk mencegah gangguan psikologis yang mungkin dialami, seperti menangis, dan mudah

tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung lebih pasif terhadap lingkungannya. Pada fase ini kemampuan mendengarkan (listening skill) dan menyediakan waktu yang cukup dan kehadiran suami atau keluarga sangat diperlukan.

b) Tahap II : Fase Taking Hold

Taking Hold Periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu mempunyai perasaan sangat sensitif, sehingga mudah tersinggung dan marah. Dukungan moril sangat diperlukan untuk menumbuhkan kepercayaan diri ibu.

c) Tahap III : Letting Go

Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Ibu sudah mulai menyelesaikan diri dengan ketergantungan bayinya.

2.3.6 Kebutuhan Dasar Kesehatan Pada Ibu Masa Nifas

a) Kebutuhan Cairan dan Nutrisi

Ibu nifas membutuhkan nutrisi yang cukup, bergizi seimbang terutama kebutuhan protein dan karbohidrat. Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari, (ibu harus mengonsumsi 3-4 porsi setiap hari). Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui). Pil zat besi harus diminum, untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40

hari pasca bersalin. Minum kapsul vitamin A (200.000 IU) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI nya (Heryani, 2015:30)

b) Kebutuhan Ambulasi

Ambulasi dini (early ambulation) adalah mobilisasi segera setelah ibu melahirkan dengan membimbing ibu untuk bangun dari tempat tidurnya. *Early ambulation* adalah kebijakan untuk segera mungkin membimbing klien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya segera untuk berjalan. Ibu diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam post partum. Aktifitas tersebut amat berguna bagi semua sistem tubuh, terutama fungsi usus, kandung kemih, sirkulasi dan paru-paru. Hal tersebut juga membantu mencegah trombosis pada pembuluh tungkai dan membantu kemajuan ibu dari ketergantungan sakit menjadi sehat. Aktivitas dapat dilakukan secara bertahap, memberikan jarak antara aktivitas dan istirahat (Yuli, 2015:15).

c) Miksi (BAK)

Selama kehamilan terjadi peningkatan ekstraseluler 50%. Setelah melahirkan cairan ini dieliminasi sebagai urine. Kebanyakan Ibu nifas dapat melakukan BAK secara spontan dalam 8 jam setelah melahirkan. Miksi normal bila dapat BAK spontan setiap 3-4 jam. Kesulitan BAK dapat disebabkan karena edema kandung kemih selama persalinan (Heryani, R. 2012:61).

d) Defekasi (BAB)

Buang Air Besar biasanya tertunda selama 2-3 hari setelah melahirkan karena enema prapersalinan, diet cairan, obat-obatan analgesik selama persalinan dan perineum yang sakit. Memberikan asupan cairan yang cukup, diet yang tinggi serat serta ambulasi secara teratur dapat membantu untuk mencapai regulasi BAB (Heryani,R .2012:61).

e) Personal Hygiene/Perineum

Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman pada ibu. Menjaga kebersihan diri dengan cara mandi yang teratur minimal 2 kali sehari, mengganti pakaian dan alas tempat tidur serta lingkungan dimana ibu tinggal. Perawatan luka perineum bertujuan untuk mencegah infeksi, meningkatkan rasa nyaman dan mempercepat penyembuhan. Perawatan luka perineum dapat dilakukan dengan cara mencuci daerah genital dengan air dan sabun setiap kali habis BAK/BAB yang dimulai dengan mencuci bagian depan kemudian ke arah anus. Sebelum dan sesudahnya dianjurkan untuk mencuci tangan (Saleha, 2009: 73).

f) Istirahat dan Tidur

Istirahat yang diperlukan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Dan untuk melakukan kegiatan rumah tangga secara perlahan (Heryani,R : 2012:62).

g) Seksual

Aktifitas seksual aman setelah darah merah berhenti, dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Ada kepercayaan/budaya yang memperbolehkan melakukan hubungan seks selama 40 hari atau 6 minggu, oleh karena itu perlu dikompromikan antara suami dan istri (Saleha, 2009: 75).

h) Perawatan payudara

Perawatan payudara bertujuan untuk melancarkan sirkulasi darah dan mencegah tersumbatnya saluran susu sehingga memperlancar pengeluaran susu. Menjaga payudara agar tetap bersih dan kering terutama bagian puting susu dengan menggunakan BH yang menyokong payudara. Apabila puting susu lecet, oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap selesai menyusui (Notoadmodjo, 2008: 94).

i) Senam Nifas

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

untuk mengembalikan otot-otot terutama rahim dan perut ke keadaan semula atau mendekati sebelum hamil. Senam nifas dilakukan sejak hari pertama melahirkan sampai dengan hari ke sepuluh (Heryani, 2015:32).

2.3.7 Asuhan Nifas

1) Tujuan Asuhan Nifas

Tujuan dari pemberian asuhan pada masa nifas menurut (Heryani, 2015:35) yaitu,

- a) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis
- b) Melaksanakan skrining secara komprehensif, deteksi dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi
- c) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehari-hari
- d) Memberikan pelayanan keluarga berencana
- e) Mendapatkan kesehatan emosi

2) Kunjungan Masa Nifas

Paling sedikit 3 kali melakukan kunjungan pada masa nifas, dengan tujuan untuk :

- (a) Menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi

- (b) Melakukan pencegahan terhadap kemungkinan-kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayi
- (c) Mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas
- (d) Menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu nifas maupun bayinya.

(Kemenkes, 2016:13)

Waktu dan tujuan kunjungan menurut Kemenkes, 2016:13 yaitu

:

- (a) Waktu : 6 jam –3 hari setelah persalinan
- (b) Waktu : 4-28 hari setelah persalinan
- (c) Waktu : 29-42 hari setelah persalinan

Pelayanan kesehatan ibu nifas meliputi :

- (1) Menanyakan kondisi ibu nifas secara umum
- (2) Pengukuran tekanan darah, suhu tubuh, pernapasan, dan nadi.
- (3) Pemeriksaan lochea dan perdarahan
- (4) Pemeriksaan kondisi jalan lahir dan tanda infeksi
- (5) Pemeriksaan kontraksi rahim dan tinggi fundus uteri
- (6) Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI eksklusif
- (7) Pemberian kapsul vit. A
- (8) Pelayanan kontrasepsi pasca persalinan
- (9) Konseling

(10) Tatalaksana pada ibu nifas sakit atau ibu nifas dengan komplikasi

(11) Memberikan nasihat

2.3.8 Komplikasi masa nifas

1) Infeksi Nifas

Infeksi masa nifas adalah infeksi bakteri pada traktus genitalia, terjadi sesudah melahirkan, ditandai kenaikan suhu sampai 38°C atau lebih selama dua hari dalam sepuluh hari pertama pascapersalinan, dengan pengecualian 24 jam pertama (Marliandiani, 2015:101).

2) Komplikasi lain dalam masa nifas

a) Perdarahan pervaginam

Perdarahan lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir. Perdarahan postpartum primer (early postpartum hemorrhage) yang terjadi pada 24 jam pertama. Sedangkan perdarahan postpartum sekunder (late postpartum hemorrhage) yang terjadi setelah 24 jam. Penyebab perdarahan postpartum primer adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta, laserasi jalan lahir dan inversion uteri.

Sedangkan penyebab perdarahan postpartum sekunder adalah sub involusi, retensi sisa plasenta, infeksi nifas (Ambarwati, 2010:126).

b) Robekan jalan lahir

Robekan atau laserasi bisa disebabkan oleh robekan spontan atau memang sengaja dilakukan episiotomy, robekan jalan lahir dapat terjadi di tempat seperti robekan serviks, perlukaan pervagina, robekan perineum. Faktor resiko robekan jalan lahir yaitu persalinan pervaginam dengan tindakan, makrosomia janin, tindakan episiotomy. Gejala pada robekan jalan lahir adalah darah segar yang mengalir segera setelah bayi lahir, uterus berkontraksi keras, dan plasenta lengkap. Penyulit robekan jaalan lahir yaitu pucat, lemah dan menggigil (Marliandiani, 2015:99).

c) Sub involusi uteri

Involusi adalah keadaan uterus mengecil oleh kontraksi rahim dimana berat rahim dari 1000 gram saat setelah bersalin, menjadi 40-60 gram 6 minggu kemudian. Pada beberapa keadaan terjadi proses involusi rahim tidak berjalan sebagaimana mestinya, sehingga proses pengecilan terlambat. Keadaan demikian disebut sub involusi uteri (Ambarwati, 2010:126).

d) Nekrosis hipofisis lobus anterior post partum

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

Mungkin pula nekrosis ini terjadi karena pembekuan intravaskuler menyebabkan trombosis pada sinusoid hipofisis. Gejala timbul agalaksia, amenore, dan insufisiensi hormone pars anterior hipofisis (Ambarwati, 2010:128).

2.3.9 Permasalahan dalam Masa Nifas

Menurut Sulistyawati (2009:40) masalah dalam masa nifas yaitu :

a) Perdarahan per vaginam

Terdapat dua jenis perdarahan postpartum, yaitu primer atau langsung (perdarahan yang terjadi waktu 24 jam setelah melahirkan dan sekunder atau tertunda (perdarahan setelah 24 jam pertama sampai 6 minggu setelah melahirkan) (Arinda, 2015: 56). Perdarahan postpartum dapat disebabkan oleh berbagai faktor diantaranya :

(1) Antonia Uteri

Perdarahan yang mengancam nyawa ibu bisa terjadi saat pasca persalinan. Pada hamil cukup bulan, darah uterus sebanyak 500-800 cc/menit, jika uterus tidak berkontraksi setelah lahir placenta. Dan perdarahan sekitar 350-500 cc/menit. Dari tempat melekat placenta. Bila uterus berkontraksi maka miometrium akan menjepit anyaman pembuluh darah pada dinding uterus. Bila uterus tidak berkontraksi, maka akan terjadi perdarahan yang disebut Antonia Uteri. (Sriningsih, 2018: 243)

(2) Retensio Plasenta

Retensio plasenta adalah suatu keadaan plasenta belum lahir dalam waktu lebih dari 30 menit setelah bayi lahir. Retensio plasenta terjadi karena kontraksi uterus tidak adekuat selama proses persalinan sehingga plasenta tidak dapat lepas dari dinding uterus atau implantasi plasenta terlalu dalam pada dinding uterus (Saleha, 2009: 86).

(3) Inversio Uteri

Inversio Uteri adalah terbaliknya fundus uteri ke dalam kavum uteri, sehingga dapat menimbulkan nyeri dan perdarahan pada ibu. penyebab terjadinya inversio uteri adalah faktor grande multipara (lebih dari 5 kali hamil), tekanan abdomen meningkat dan fundus uteri masih belum berkontraksi baik, dan terjadi pada persalinan plasenta crede yang kontraksi otot rahimnya belum kuat, atau terjadi karena terikan tali pusat sebagai upaya melahirkan plasenta sementara kontraksi uterus belum mulai sehingga yang ditarik justru Fundus Uteri itu sendiri dan menimbulkan inversio uteri (Sriningsih, 2018: 262).

(4) Robekan Jalan Lahir

Robekan jalan lahir merupakan laserasi atau luka yang terjadi disepanjang jalan lahir (perenium) akibat proses persalinan. Tanda-tanda ibu yang mengalami robekan jalan

lahir adalah perdarahan segar yang mengalir dan terjadi segera setelah bayi lahir, kontraksi uterus baik, plasenta baik, kadang ibu terlihat pucat, lemah, dan mengigil akibat kurang hemoglobin (Saleha, 2009: 86).

b) Infeksi masa nifas

Menurut Maritalia, (2012: 57-58) infeksi nifas adalah perdarahan yang terjadi pada organ reproduksi yang disebabkan oleh masuknya mikroorganisme atau virus ke dalam organ reproduksi tersebut selama proses persalinan dan masa nifas yaitu :

1) Endometriosis

Endometrium adalah peradangan atau infeksi yang terjadi pada endometrium. Pada endometriosis yang tidak terlalu parah, di hari pertama penderita akan merasa kurang sehat dan mengalami nyeri perut. Mulai hari ke-3 terjadi peningkatan suhu tubuh, frekuensi nadi dan pernafasan cepat. Namun, dalam kurun waktu 1 minggu biasanya keadaan ini akan kembali normal bila tubuh mampu melawan mikroorganisme penyebab infeksi tersebut.

2) Peritonitis

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

infeksi yang terjadi pada uterus melalui pembuluh limfe. Peritonitis ini ditandai dengan peningkatan suhu tubuh dan nyeri perut bagian bawah.

3) Trombophlebitis

Trombophlebitis adalah penjararan infeksi melalui vena. Hal ini terjadi pada masa nifas karena terbukanya vein-vena selama proses persalinan sehingga memudahkan masuknya mikroorganisme pathogen.

4) Infeksi luka Perenium

Infeksi luka perenium adalah infeksi yang terjadi akibat masuknya mikroorganisme kedalam luka perenium yang mengalami infeksi akan terasa lebih nyeri, merah dan bengkak.

- c) Sakit kepala, nyeri epigastrik, dan penglihatan kabur
- d) Pembengkakan di wajah atau ekstremitas
- e) Demam, muntah, rasa sakit waktu berkemih
- f) Payudara berubah menjadi panas, merah, dan sakit
- g) Merasa sedih atau tidak mampu dalam merawat dirinya sendiri dan bayinya (baby blues)

2.3.10 Perawatan Masa Nifas

a) Kebersihan diri

- 1) Menganjurkan ibu bagaimana membersihkan kelamin, yaitu terlebih dahulu dari depan kebelakang kemudian daerah anus.
- 2) Menyarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya 2x/hari atau bila sudah terasa penuh.
- 3) Menyarankan ibu untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah membersihkan kemaluannya.
- 4) Jika ibu mempunyai luka episiotomi/laserasi, sarankan ibu untuk menghindari daerah luka.

b) Istirahat

- 1) Menganjurkan pada ibu untuk istirahat cukup, bertujuan untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.
- 2) Menyarankan untuk kembali beraktifitas secara perlahan-lahan serta tidur siang atau istirahat selagi bayi tidur.

c) Gizi (Nutrisi)

- 1) Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi tambahan 500 kalori setiap hari.
- 2) Makan dengan diet berimbang cukup protein, mineral dan vitamin.
- 3) Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (anjurkan untuk minum setiap kali menyusui).

4) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya 40 hari pasca post partum.

d) Senggama

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri, begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan setengah jari kedalam vagina tanpa rasa nyeri, maka aman untuk memulai hubungan suami istri kapan saja ibu siap.

e) Keluarga Berencana

Idealnya pasangan harus menunggu sekurang-kurangnya 2 tahun sebelum ibu hamil lagi. Setiap pasangan harus menentukan sendiri kapan dan bagaimana mereka ingin merencanakan tentang keluarganya (Manuaba, 2010 dalam Heryani, 2012: 64)).



2.4 Konsep dasar Neonatus

2.4.1 Pengertian Bayi Baru Lahir

- 1) Bayi baru lahir adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstra uterin. Bayi 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 2500-4000 gram, nilai apgar >7 dan tanpa cacat bawaan (Rukiyah, 2013:1)
- 2) Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari. BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstraputerin) dan toleransi bagi BBL untuk dapat bertahan hidup (Marmi, 2012 : 5).
- 3) Bayi baru lahir disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstraputerin (Vivian, 2013:1).

2.4.2 Tanda-tanda BBL

Menurut Marie Tando (2016:2), ciri-ciri bayi baru lahir adalah sebagai berikut :

- 1) Berat badan 2.500-4.000 gram
- 2) Panjang badan 48-52 cm
- 3) Lingkar dada 30-38 cm
- 4) Lingkar kepala 33-35 cm
- 5) Frekuensi jantung 120-160 kali/menit
- 6) Pernapasan \pm 40-60 kali/menit.
- 7) Kulit kemerah-merahan dan licin kerana jaringan subkutan cukup.
- 8) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
- 9) Kuku agak panjang dan lemas
- 10) Genetalia: Pada perempuan, labia mayora sudah menutupi labia minora, pada laki-laki, testis sudah turun, skrotum sudah ada
- 11) Refleks isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
- 12) Refleks moro atau gerak mememeluk jika dikagetkan sudah baik
- 13) Refleks grasp atau menggenggam sudah baik
- 14) Eliminasi baik, meconium keluar dalam 24 jam pertama, meconium berwarna hitam kecoklatan.

Tabel 2.12
APGAR SKOR

Tanda	Nilai : 0	Nilai : 1	Nilai : 2
<i>Appearance</i> (Warna Kulit)	Pucat/biru seluruh tubuh	Tubuh merah Ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
<i>Pulse</i> (Denyut Jantung)	Tidak ada	<100x/menit	>100x/menit
<i>Grimace</i> (Reflex)	Tidak bereaksi	Sedikit gerakan	Reaksi melawan, menangis
<i>Activity</i> (Tonus Otot)	Lumpuh	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif, ekstremitas fleksi dengan baik.
<i>Respiration</i> (Pernapasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis Kuat.

Sumber : Rukiyah, dan Yulianti, 2013:7

Interpretasi :

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

(Dewi, 2011:3)

2.4.3 Klasifikasi Bayi Baru Lahir

Menurut Wiknjosastro (2008) yang dikutip dari Fajriah (2013:13)

klasifikasai bayi baru lahir adalah :

a) Masa Gestasi

- 1) Kurang bulan (Preterm infant) : usia kurang dari 37 lengkap (kurang dari 259 hari).
- 2) Cukup bulan (Term infant) : mulai dari 37 minggu sampai dengan kurang dari 42 minggu lengkap (159-193 hari).
- 3) Lebih bulan (Postterm infant) : 24 minggu lengkap atau lebih (294 hari)

b) Berat Badan Lahir :

1) Berat lahir rendah

Bayi yang dilahirkan dengan berat lahir kurang dari 2500 gram tanpa memandang masa gestasi.

2) Berat lahir cukup

Bayi yang dilahirkan dengan berat lahir lebih dari 2500 sampai 4000 gram.

3) Berat lahir lebih

Bayi yang dilahirkan dengan berat lahir lebih dari 4000 gram.

c) Berat Lahir Terhadap Masa Gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan)

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

2) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan

(SMK/KMK/BMK)

2.4.4 Perubahan Fisiologis

1) Sistem Pernafasan

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

Tabel 2.13
Perkembangan Sistem Pulmonal

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

Sumber : (Dewi, 2011:12)

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

- (a) Tekanan mekanik dari torak sewaktu melalui jalan lahir (stimulasi mekanik).
- (b) Penurunan PaO_2 dan peningkatan PaCO_2 merangsang kemoreseptor yang terletak di sinus karotikus (stimulasi kimiawi).

(c) Rangsangan dingin di daerah muka dan perubahan suhu di dalam uterus (stimulasi sensorik).

(d) Refleksi deflasi *Hering Brreur* pernafasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir.

Usaha bayi pertama kali untuk mempertahankan tekanan alveoli, selain karena adanya surfaktan, juga karena adanya tarikan nafas dan pengeluaran nafas dengan merintih sehingga udara bisa tertahan di dalam. Cara neonatus bernafas dengan cara bernafas diafragmatik dan abdominal, sedangkan untuk frekuensi dan dalamnya bernafas belum teratur. Apabila surfaktan berkurang, maka alveoli akan kolaps dan paru-paru kaku, sehingga terjadi atelektasis. Dalam kondisi seperti ini (anoksia), neonatus masih dapat mempertahankan hidupnya karena adanya kelanjutan metabolisme anaerobic. (Nanny dkk, 2010:12)

2) Peredaran Darah

Pada masa fetus, peredaran darah dimulai dari plasenta melalui vena umbilikalis lalu sebagian ke hati dan sebadian lainnya langsung ke serambi kiri jantung, kemudian ke bilik kiri jantung.

Dari bilik kiri darah di pompa melauai aorta ke seluruh tubuh, sedangkan yang dari bilik kanan darah di pompa sebagian ke paru sebagian melalui duktus arteriosus ke aorta. Setelah bayi lahir, paruakan berkembang yang akan mengakibatkan tekanan

arteriol dalam paru menurun yang diikuti dengan menurunnya tekanan pada jantung kanan. Kondisi ini menyebabkan tekanan jantung kiri lebih besar dibandingkan dengan tekanan jantung kanan, dan hal tersebutlah yang membuat foramen ovale secara fungsional menutup. Hal ini terjadi pada jam-jam pertama setelah kelahiran. Oleh karena tekanan dalam paru turun dan tekanan dalam aorta desenden naik dan juga karena rangsangan biokimiawi (PaO_2 yang naik) serta duktus arteriosus yang berobliterasi. Hal ini terjadi pada hari pertama. Aliran darah sistolik pada hari pertama rendah yaitu $1,96 \text{ liter/m}^2$ dan bertambah pada hari kedua dan ketiga ($3,54 \text{ liter/m}^2$) karena penutupan duktus arteriosus. Tekanan darah pada waktu lahir di pengaruhi oleh jumlah darah yang melalui transfuse plasenta yang pada jamjam pertama sedikit menurun, untuk kemudian naik lagi dan menjadi konstan kira-kira $85/40 \text{ mmHg}$.

(Nanny, 2010:13)

3) Suhu Tubuh

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

(a) Konduksi

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

contoh, konduksi bisa terjadi ketika menimbang bayi tanpa alas timbangan, memegang bayi saat tangan dingin, dan menggunakan stetoskop dungi untuk memeriksa BBL.

(b) Konveksi

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

(c) Radiasi

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

(d) Evaporasi

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

(Muslihatun, 2010:12-13)

4) Metabolisme

Luas permukaan tubuh neonatus relative lebih luas dari tubuh orang dewasa, sehingga metabolisme basal per kg berat badan akan lebih besar. Oleh karena itulah, BBL harus menyesuaikan diri dengan lingkungan baru sehingga energy dapat diperoleh dari metabolisme karbohidrat dan lemak. Pada jam-jam pertama kehidupan, energy di dapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua, energy berasal dari pembakaran lemak. Setelah mendapat susu, sekitar dihari keenam energy diperoleh dari lemak dan karbohidrat yang masing-masing sebesar 60% dan 40%. (Muslihatun, 2010:14).

5) Keseimbangan Air dan Fungsi Ginjal Tubuh

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

- (a) Jumlah nefron masih belum sebanyak orang dewasa
- (b) Ketidakseimbangan luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal
- (c) Renal blood flow relative kurang bila di bandingkan dengan orang dewasa.

(Dewi, 2011:15)

6) Imunoglobulin

Bayi baru lahir tidak memiliki sel pasma dan sumsum tulang juga tidak memiliki lamina propia ilium dan apendiks. Plasenta merupakan sawar, sehingga fetus bebas dari antigen dan stress imunologis. Pada BBL hanya terdapat gamaglobulin G, sehingga imunologi dari ibu dapat berpindah melalui plasenta karena berat molekulnya kecil. Akan tetapi, bila ada infeksi yang dapat melalui plasenta (lues, toksoplasma, herpes simpleks, dan lain-lain) reaksi imunologis dapat terjadi dengan pementukan sel plasma serta antibody gama A, G, dan M (Muslihatun, 2010:15).

7) Traktus Digestivus

Traktus digestivus relative lebih berat dan lebih panjang dibandingkan dengan orang dewasa. Pada neonatus, traktus digestivus mengandung zat berwarna hitam kehijauan yang terdiri atas mukopolisakarida atau disebut juga dengan mekonium. Peneluaran mekonium biasanya pada 10 jam pertama kehidupan dan dalam 4 hari setelah kelahiran, biasanya feses sudah terbentuk dan berwarna biasa. Enzim dalam traktus digestivus biasanya sudah terdapat pada neonatus, kecuali enzim amylase pancreas (Dewi, 2011:15).

8) Hati

Segera setelah lahir, hati menunjukkan perubahan kimia dan morfologis yang berupa kenaikan kadar protein dan penurunan kadar lemak serta glikogen. Sel hemopoetik juga mulai

berurang, walaupun dalam waktu yang agak lama. Enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir, daya detoksifikasi hati pada neonatus juga belum sempurna, contohnya pemberian obat kloramfenikol dengan dosis lebih dari 50 mg/kgBB/hari dapat menimbulkan grey baby syndrome (Nanny dkk, 2010:15).

9) Keseimbangan Asam Basa

Tingkat kesamaan (PH) darah pada waktu lahir umumnya rendah karena glikolisis anaerobik. Namun, dalam waktu 24 jam, neonatus telah mengkompensasi asidosis ini (Dewi, 2011:15).

2.4.5 Proses Bayi Baru Lahir

Beberapa saat dan beberapa jam pertama kehidupan ektrauteri adalah salah satu masa yang paling dinamis dari seluruh siklus kehidupan. Pada saat bayi lahir, bayi baru lahir berpindah dari ketergantungan total ke kemandirian fisiologis. Proses perubahan yang rumit ini disebut dengan periode transisi, yaitu periode yang dimulai ketika bayi keluar dari tubuh ibu dan berlanjut selama beberapa minggu untuk sistem organ tertentu. (Varney et al. 2008: 878). Periode transisi dibagi menjadi 3 yaitu :

1) Periode Reaktivikasi (*The First Period of Reactivity*)

Dimulai dari masa persalinan dan berakhir setelah 30 menit. Selama periode ini detak jantung cepat dan denyut tali pusat terlihat. Warna bayi baru lahir memperlihatkan sianosis sementara atau akrosianosis. Mata bayi terbuka dan menunjukkan

perilaku terjaga. Bayi mungkin menangis, terkejut, atau mencari puting susu ibu. selama periode terjaga ini setiap usaha harus untuk memfasilitasi kontak antara ibu dan bayi baru lahir. Bayi sering kali mengeluarkan feses segera setelah lahir bising usus biasanya muncul 30 menit setelah lahir (Marmi, 2012:6).

2) Periode Tidur (*Period of Unresponsive Sleep*)

Tahap kedua transisi berlangsung dari sekitar 30 menit setelah kelahiran bayi sampai 2 jam. Frekuensi jantung menurun selama periode ini, hingga kurang dari 140 kali per menit. Bayi dalam keadaan tertidur nyenyak. Bising usus ada tetapi kemudian berkurang. Apabila kemungkinan, bayi baru lahir jangan diganggu untuk pemeriksaan-pemeriksaan mayor atau untuk dimandikan selama periode ini. Tidur nyenyak yang pertama memungkinkan bayi baru lahir pulih dari tuntutan kelahiran dan transisi segera ke kehidupan ekstrasuteri (Marmi, 2012:6).

3) Periode Resktivitas II (*The Second Period of reactivity*)

Selama periode reaktivitas kedua (tahap ketiga transisi), berlangsung selama 2 sampai 6 jam setelah persalinan. Frekuensi jantung bayi labil dan perubahan warna kulit terjadi dengan cepat, yang dikaitkan dengan stimulus lingkungan. Frekuensi pernafasan bervariasi tergantung dari aktivitas. Bayi baru lahir mungkin membutuhkan makanan dan harus menyusu. Pemberian makan segera sangat penting untuk mencegah

hipoglikemia dan menstimulasi pengeluaran feses, serta mencegah ikterus. Pemberian makan segera juga memungkinkan kolonisasi bakteri di usus, yang menyebabkan pembentukan vitamin K oleh saluran cerna. Neonatus mungkin bereaksi terhadap pemberian makan yang pertama dengan meludahkan susu bercampur lendir. Bidan harus membantu dan mengajarkan ibu untuk menyendawakan bayinya. Setiap mucus/lendir yang ada selama pemberian makan awal akan mengganggu pemberian makan yang adekuat, khususnya jika mucus berlebihan akan mengindikasikan suatu masalah seperti atresia esofagus, mucus bernoda empedu menunjukkan adanya penyakit pada bayi dan pemberian makan harus ditunda sampai penyebabnya telah diselidiki secara menyeluruh (Varney, 2008: 892).

2.4.6 Masalah-masalah Pada Bayi Baru Lahir

1) Asfiksia

Asfiksia pada bayi baru lahir (BBL) menurut IDAI (Ikatan Dokter Anak Indonesia) adalah kegagalan nafas secara spontan dan teratur pada saat lahir atau beberapa saat setelah lahir (Prambudi, 2013:57). Hal ini disebabkan oleh hipoksia janin dalam uterus dan hipoksia ini berhubungan dengan factor-faktor yang timbul dalam kehamilan, persalinan, atau segera setelah bayi lahir (Depkes RI, 2009:59).

2) Infeksi

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

Penanganannya :

- (a) Pertahankan tubuh bayi tetap hangat.
- (b) ASI tetap diberikan
- (c) Diberi injeksi antibiotic berspektrum luas.
- (d) Perawatan sumber infeksi, misalnya pada infeksi tunggal tali pusat (omfalitis) diberi salep yang mengandung neomisin dan basitrasin (Prawirohardjo, 2009 dalam Sulis diana, 2017 :103).

3) Ikterus

Ikterus adalah perubahan warna kulit yang sering ditemukan pada bayi baru lahir. Macam-macam ikterus menurut Prawirohardjo, (2009) dalam Sulis diana, (2017 :103) :

- (a) Ikterus fisiologis

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

(b) Ikterus patologis

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



Gambar: 2.10

Daerah kulit bayi yang berwarna kuning untuk penerapan rumus Kramer

Sumber : Saifuddin, 2009:382.

Tabel 2.14
Rumus Kramer

Daerah (Lihat Gambar)	Luas icterus	Kadar bilirubin (mg%)
1	Kepala dan leher	5
2	Daerah 1 (+) Badan bagian atas	9
3	Daerah 1.2 (+) Badan bagian bawah dan tungkai	11
4	Daerah 1.2.3 (+) Lengan dan kaki di bawah dengkul	12
5	Daerah 1.2.3.4 (+) Tangan dan kaki	16

Sumber : (Saifuddin, 2009 :383).

Contoh 1 :

Kulit bayi kuning di kepala, leher dan badan bagian atas, berarti bilirubin kira-kira 9 mg%.

Contoh 2 :

Kulit bayi kuning seluruh badan sampai kaki dan tangan, berarti jumlah bilirubin \geq 16mg .

4) Kejang

Kejang pada bayi baru lahir sering tidak dikenali karena bentuknya berbeda dengan kejang pada anak atau orang dewasa. Manifestasi kejang pada bayi baru lahir dapat berupa tremor, hiperaktif, kejang-kejang, tiba-tiba menangis melengking, tonus otot hilang disertai atau tidak dengan hilangnya kesadaran, gerakan tidak menentu, mata kedip-kedip paroksimal, gerakan seperti mengayuh dan menelan, bahkan apnu. Gerakan kejang berlangsung berulang-ulang dan periodic (Prawirohardjo, 2009:15).

5) Seborrhea

Suatu peradangan pada kulit bagian atas, yang menyebabkan timbulnya sisik pada kulit kepala, wajah dan kadang pada bagian tubuh lainnya. Biasanya, proses pergantian sel-sel pada kulit kepala terjadi secara perlahan-lahan dan tidak terlihat oleh mata (Sudarti dkk, 2010:21).

6) Miliriasis

Miliariasis adalah dermatosis yang disebabkan oleh retensi keringat akibat tersumbatnya pori kelenjar keringat. Miliariasis disebut juga *sudamina*, biang keringat, keringat buntet, *ikat tropikus*, *pickle heat*. Miliriasis adalah dermatosis yang disebabkan oleh retensi keringat akibat tersumbatnya pori kelenjar keringat (Vivian, 2010: 35).

7) Muntah dan gumoh

Muntah dan gumoh merupakan gangguan dalam sistem integument yaitu suatu gangguan yang berhubungan dengan jaringan penutup permukaan tubuh, seperti membran mukosa dan kulit, yang sering terjadi dan bersifat relatif ringan. Gangguan ini sering dialami oleh bayi dan anak. Meskipun sifatnya relatif ringan, apabila tidak ditangani secara serius, maka hal tersebut dapat memperburuk kondisi kesehatan bayi dan anak (Vivian, 2010:36).

8) Oral trush

Sariawan atau stomatitis adalah radang pada rongga mulut (bibir dan lidah) yang disebabkan oleh jamur *candida albicans* / moniliasis dan hygiene (Kristiyanasari, 2010:106). *Oral trush* adalah lapisan atau bercak-bercak putih kekuningan yang timbul di lidah yang dikelilingi oleh daerah kemerahan (Rukiyah dkk, 2010:136).

9) Diaper rash

Kelainan kulit yang timbul akibat radang di daerah yang tertutup popok, yaitu di alat kelamin, sekitar dubur, bokong, lipatan paha dan perut bagian bawah. Penyakit ini sering terjadi pada bayi dan balita yang menggunakan popok, biasanya pada usia kurang dari tiga tahun, paling banyak usia 9-12 bulan (Rukyah dkk, 2010:137)

2.4.7 Tanda-tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

- 1) Pernafasan sulit atau lebih dari 60 kali/menit, retraksi dada inspirasi
- 2) Kulit, bibir biru atau pucat, memar atau sangat kuning (terutama pada 24 jam pertama)
- 3) Suhu terlalu panas lebih dari 38°C atau terlalu dingin atau kurang dari 36°C.
- 4) Pemberian ASI sulit (hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah)
- 5) Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan (pus), bau busuk, berdarah
- 6) Mekonium tidak keluar setelah 3 hari pertama setelah kelahiran, urine tidak keluar dalam 24 jam pertama, muntak terus menerus, distensi abdomen, feses hijau/berlendir/darah.
- 7) Mata bengkak dan mengeluarkan cairan.

- 8) Adanya infeksi yang ditandai dengan suhu tubuh meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (pus), bau busuk, pernafasan sulit.
- 9) Bayi menggigil atau menangis tidak seperti biasanya, lemas, mengantuk, lunglai, kejang halus, tidak bisa tenang.
- 10) Menangis terus-menerus.

(Muslihatun, 2010:46-47).

2.4.8 Asuhan Bayi Baru Lahir

1) Pengertian Asuhan

Asuhan pada bayi baru lahir meliputi membersihkan jalan napas, memotong dan merawat tali pusat, mempertahankan suhu tubuh bayi, dan memberikan vitamin K (Prawihardjo, 2014). Asuhan Normal adalah asuhan yang diberikan kepada bayi yang tidak memiliki indikasi medis untuk dirawat di rumah sakit, tetapi tetap berada di rumah sakit karena ibu mereka membutuhkan dukungan. Asuhan normal diberikan pada bayi yang memiliki masalah minor atau masalah medis yang umum (Williamson, 2014:66).

2) Pelayanan Kesehatan Neonatus

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

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

(3) Rawat tali pusat.

(Rukiyah dan Yulianti, 2010:66-82)

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

(1) Jaga kehangatan tubuh bayi.

(2) Berikan ASI eksklusif.

(3) Cegah infeksi.

(4) Rawat tali pusat.

(Rukiyah dan Yulianti, 2010:66-82).

(c) Kunjungan neonatal ke-3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke 8 sampai dengan hari ke-28 setelah lahir.

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

(2) Lakukan :

a) Jaga kehangatan tubuh.

b) Beri ASI eksklusif

c) Rawat tali pusat.

(Walyani, 2014:48).

3) Penanganan BBL

(a) Pencegahan Infeksi

Pencegahan infeksi harus dilakukan kepada semua bayi baru lahir normal seperti Vitamin K untuk mencegah perdarahan, dengan dosis 0,5-1 mg IM. Membersihkan

jalan nafas, perawatan tali pusat dan perawatan mata (Marmi, 2015:70).

(b) Pencegahan Kehilangan panas

Pada saat lahir, bayi baru lahir belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak dilakukan pencegahan kehilangan panas maka bayi akan mengalami hipotermi.

Bayi dapat kehilangan panas tubuhnya melalui :

- (1) Evaporasi, yaitu penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh bayi sendiri karena setelah lahir tidak segera dikeringkan dan diselimuti
- (2) Konduksi, yaitu melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin
- (3) Konveksi, yaitu pada saat bayi terpapar udara yang lebih dingin, hembusan udara atau pendingin ruangan
- (4) Radiasi, yaitu ketika bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi.

(Rukiyah 2013:66)

Cara Mengatasi Kehilangan Panas Mempertahankan suhu tubuh (Rukiyah, 2013:66) yaitu :

- (1) Keringkan suhu tubuh setelah bayi lahir
- (2) Selimuti tubuh bayi dengan kain bersih dan hangat
- (3) Selimuti bagian kepala bayi

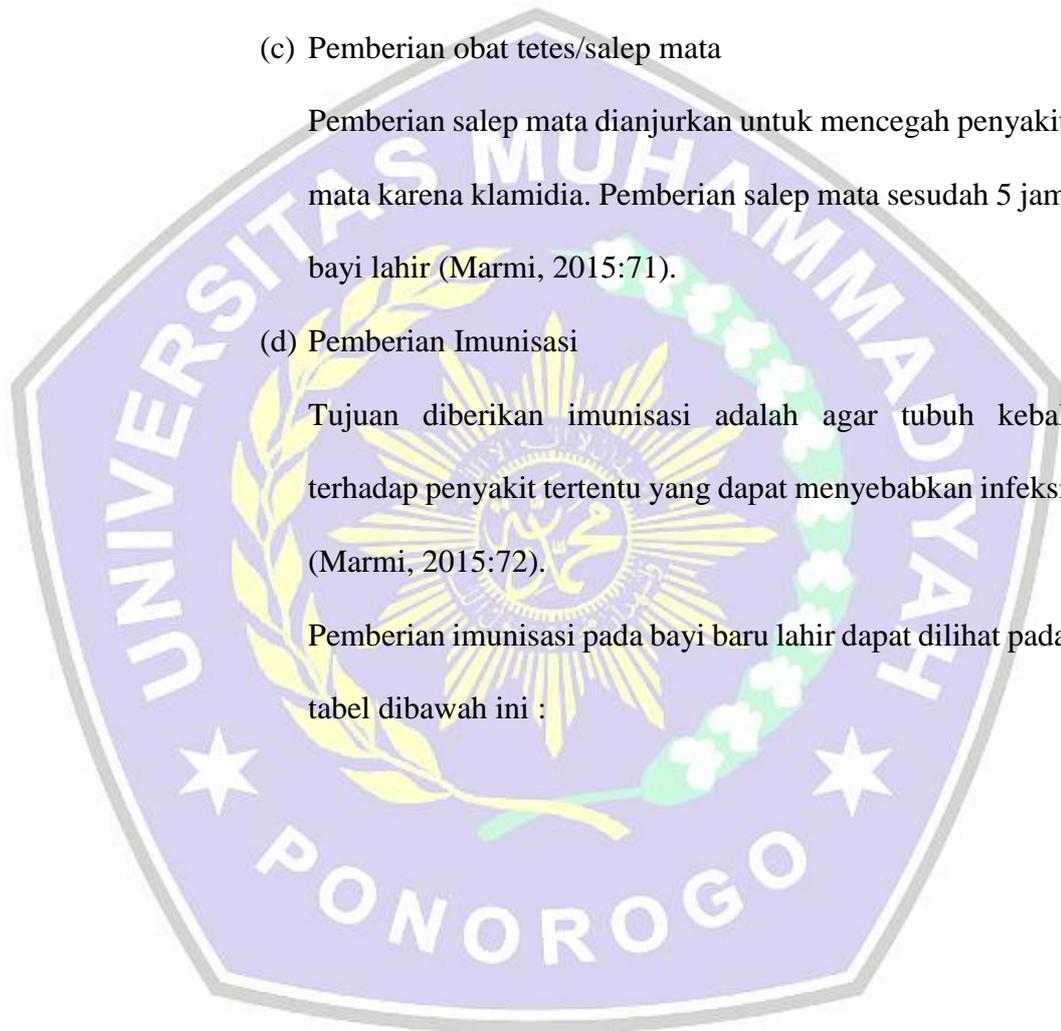
- (4) Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya
 - (5) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir
 - (6) Tempatkan bayi di lingkungan hangat
 - (7) Dekontaminasi dan cuci setelah digunakan
- (c) Pemberian obat tetes/salep mata

Pemberian salep mata dianjurkan untuk mencegah penyakit mata karena klamidia. Pemberian salep mata sesudah 5 jam bayi lahir (Marmi, 2015:71).

(d) Pemberian Imunisasi

Tujuan diberikan imunisasi adalah agar tubuh kebal terhadap penyakit tertentu yang dapat menyebabkan infeksi (Marmi, 2015:72).

Pemberian imunisasi pada bayi baru lahir dapat dilihat pada tabel dibawah ini :



Tabel 2.15
Pemberian Imunisasi pada Bayi Baru Lahir

Umur	Vaksin	Keterangan
Saat lahir	Hepatitis B-1	Harus diberikan dalam waktu 12 jam setelah lahir, dilanjutkan ketika bayi berusia 1 dan 6 bulan.
	Polio-0	Diberikan saat kunjungan pertama. Untuk bayi yang lahir di RS/RB, polio oral diberikan saat bayi dipulangkan (untuk menghindari transmisi virus vaksin kepala bayi lain).
1 bulan	Hepatitis B-2	Diberikan saat bayi berusia 1 bulan, interval HB-1 dan HB-2 adalah 1 bulan. Bila bayi prematur dan HbsAg ibu negative, maka imunisasi ditunda sampai bayi berusia 2 bulan atau berat badan 2.000 gram.
0-2 bulan	BCG	Dapat diberikan sejak lahir. Apabila BCG akan diberikan ketika bayi berusia lebih dari 3 bulan, maka sebaiknya dilakukan uji tuberculin terlebih dahulu, jika hasil uji negative maka imunisasi BCG dapat diberikan
2 bulan	DPT-1	Diberikan ketika bayi berusia lebih dari 6 minggu.
	Polio-1	Dapat diberikan bersamaan dengan DPT-1, Interval pemberian polio 2,3,4 tidak kurang dari 4 minggu.
4 bulan	DPT-2	Dapat diberikan secara terpisah atau dikombinasikan dengan Hib-2
	Polio-2	Diberikan bersamaan dengan DTP-2
6 bulan	DPT-3	Diberikan terpisah atau dikombinasikan dengan Hib-3
	Polio-3	Diberikan bersamaan dengan DPT-3
	Hepatitis B-3	HB-3 diberikan saat bayi berusia 6 bulan untuk mendapatkan respons imun optimal, interval minimal 2 bulan tetapi terbaiknya 5 bulan.
9 bulan	Campak	Campak diberikan ketika bayi berusia 9 bulan.

Sumber : Kemenkes RI. 2016 : 49

(e) Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Pastikan bahwa pemberian ASI dimulai dalam segera setelah bayi lahir. Jika mungkin, anjurkan ibu memeluk dan mencoba untuk menyusukan bayinya segera setelah tali pusat di klem dan dipotong. Pemberian ASI memiliki beberapa keuntungan melalui pemberian ASI secara dini yaitu (Rukiyah, 2013:92) :

- (1) Merangsang produksi Air Susu Ibu (ASI)
- (2) Memperkuat refleks penghisap bayi
- (3) Mempromosikan keterkaitan antara ibu dan bayinya, memberikan kekebalan pasif segera kepada bayi melalui kolustrum.
- (4) Merangsang kontraksi uterus
- (f) Refleks pada Bayi Baru Lahir

Menurut Marmi, 2015:80 yaitu :

- (1) Refleks Glabella

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

- (2) Refleks Sucking

Benda menyentuh bibir disertai refleks menelan.

Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi

atas timbul isapan yang kuat dan cepat. Dilihat pada waktu bayi menyusu.

(3) Refleks mencari (rooting)

Bayi menoleh kearah benda yang menyentuh pipi. Misalnya: mengusap pipi bayi dengan lembut: bayi akan menolehkan kepalanya kearah jari kita dan membuka mulutnya.

(4) Refleks Palmagraph

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

(5) 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.

(6) Refleks moro

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

(g) Bounding Attachment

Terjadi pada kala IV, dimana diadakan kontak antara ibu-anak berada dalam 1 ruangan melalui pemberian ASI Eksklusif, kontak mata, suara, aroma dan kontak dini (Marmi, 2015:95)

2.4.9 Kebutuhan Dasar Bayi Baru Lahir

1) Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua energy berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6. Kebutuhan energy bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energy sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marmi, 2012:379).

Tabel 2.16
Kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonates

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

Sumber : (Saifuddin, 2009:163).

2) Eliminasi

Pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa (Marmi, 2012:314). Feses pertama ini berwarna hijau kehitaman, lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel. Sejak hari ketiga hingga ke lima kelahiran, feses mengalami tahap transisi dan menjadi berwarna kuning kecoklatan (Fraser, 2009:711). Urin pertama dikeluarkan dalam 24 jam pertama dan setelahnya dengan frekuensi yang semakin sering seiring meningkatnya asupan cairan. Urin encer, berwarna kuning dan tidak berbau (Fraser, 2009:711).

3) Istirahat dan tidur

Bayi baru lahir tidur 16-18 jam sehari, paling sering waktu 45 menit sampai 2 jam. Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari (Marmi, 2012:316).

4) Personal hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mengering. Pencucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga

putung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urin dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah (Marmi, 2012:317).

5) Aktifitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut (Marmi, 2012). Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari, bergantung pada temperamen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok basah, suhu ekstrim, dan stimulasi berlebihan (Marmi, 2012:318).

6) Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga didapat pola tidur yang lebih baik. Bayi baru lahir waspada dan sadar terhadap lingkungannya saat ia terbangun. Jauh dari pasif, bayi bereaksi terhadap rangsang dan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya (Marmi, 2012:318).

2.4.10 Penyuluhan Sebelum Bayi Pulang

1) Perawatan tali pusat

Bidan hendaknya menasehati ibu agar tidak membubuhkan apa pun daerah sekitar tali pusat karena dapat mengakibatkan infeksi. Hal ini disebabkan karena meningkatnya kelembapan (akibat penyerapan oleh bahan tersebut) badan bayi sehingga menciptakan kondisi yang ideal bagi tumbuhnya bakteri (Dewi, 2010: 30).

2) Pemberian ASI/ menyusui

Beberapa topic yang diberikan kepada ibu sebelum kembali ke rumah terkait dengan perawatan bayi meliputi :

- a. Menyediakan nutrisi yang ideal untuk bayi baru lahir. Harus on demand (sekehendak bayi) dan ASI eksklusif 6 bulan.
- b. Menyediakan antibody untuk melindungi bayi dari infeksi (kolostrum)
- c. Mempercepat hubungan kasih sayang ibu dan anak (bonding attachment)
- d. Posisi menyusui yang benar dan tanda bayi menghisap dengan benar.

(Rochmah dkk, 2011: 51)

- a) Cara menyusui dengan sikap duduk :

- 1) Duduk dengan posisi santai dan tegak menggunakan kursi yang rendah agar kaki ibu tidak tergantung dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi.
- 2) Sebelum menyusui, ASI dikeluarkan sedikit
 - b) Melepas hisapan bayi
 - c) Menyusui berikutnya dimulai pada payudara yang sebelum tekosongkan (yang dihisap terakhir).
 - d) Setelah selesai menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan aerola sekitarnya. Biarkan kering dengan sendirinya.
 - e) Menyendawakan bayi
(Rochmah dkk, 2011: 51)
- 3) Jaga kehangatan bayi

Apabila suhu bayi kurang dari $36,5^{\circ}\text{C}$ segera hangatkan bayi dengan teknik metode kangguru, perawatan metode kangguru adalah perawatan untuk bayi prematur dengan melakukan kontak langsung antara kulit ibu dengan kulit bayi. Metode ini sangat tepat dan keselamatan bayi yang lahir prematur ataupun aterm. Kehangatan tubuh ibu merupakan sumber panas yang efektif hal ini terjadi bila ada kontak langsung antara kulit ibu dengan kulit bayi (Rochmah dkk, 2011: 52).
- 4) Tanda-tanda bayi

- a. Memberikan pertolongan pertama sesuai kemampuan ibu yang sesuai kebutuhan sampai bayi memperoleh perawatan medis lanjutan.
- b. Membawa bayi ke RS atau klinik terdekat untuk perawatan tindakan segera.

(Dewi, 2010: 30)

5) Imunisasi

Imunisasi berasal dari kata "*imun*" yang berarti kbal atau resisten. Imunisasi merupakan pemberian kekebalan tubuh terhadap suatu penyakit dengan memasukkan sesuatu ke dalam tubuh agar tubuh tahan terhadap penyakit yang sedang mewabah atau berbahaya bagi seseorang (Lisnawati, 2011: 45) sedangkan menurut Dewi (2010:32) Imunisasi adalah suatu cara memproduksi imunitas aktif buatan untuk melindungi diri melawan penyakit tertentu dengan cara memasukkan suatu zat ke dalam tubuh melalui penyuntikan atau secara oral.

Tabel 2.17
Jadwal Pemberian Imunisasi

Umur	Vaksin	Keterangan
Saat lahir	Hepatitis B-1	Harus diberikan dalam waktu 12 jam setelah lahir, dilanjutkan ketika bayi berusia 1 dan 6 bulan.
	Polio-0	Diberikan saat kunjungan pertama. Untuk bayi yang lahir di RS/RB, polio oral diberikan saat bayi dipulangkan (untuk menghindari transmisi virus vaksin kepala bayi lain).
1 bulan	Hepatitis B-2	Diberikan saat bayi berusia 1 bulan, interval HB-1 dan HB-2 adalah 1 bulan. Bila bayi prematur dan HbsAg ibu negative, maka imunisasi ditunda sampai bayi berusia 2 bulan atau berat badan 2.000 gram.
0-2 bulan	BCG	Dapat diberikan sejak lahir. Apabila BCG akan diberikan ketika bayi berusia lebih dari 3 bulan, maka sebaiknya dilakukan uji tuberculin terlebih dahulu, jika hasil uji negative maka imunisasi BCG dapat diberikan
2 bulan	DPT-1	Diberikan ketika bayi berusia lebih dari 6 minggu.
	Polio-1	Dapat diberikan bersamaan dengan DPT-1, Interval pemberian polio 2,3,4 tidak kurang dari 4 minggu.
4 bulan	DPT-2	Dapat diberikan secara terpisah atau dikombinasikan dengan Hib-2
	Polio-2	Diberikan bersamaan dengan DTP-2
6 bulan	DPT-3	Diberikan terpisah atau dikombinasikan dengan Hib-3
	Polio-3	Diberikan bersamaan dengan DPT-3
	Hepatitis B-3	HB-3 diberikan saat bayi berusia 6 bulan untuk mendapatkan respons imun optimal, interval minimal 2 bulan tetapi terbaiknya 5 bulan.
9 bulan	Campak	Campak diberikan ketika bayi berusia 9 bulan.

Sumber : Dewi, 2010:33)

2.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana (KB)

2.5.1 Pengertian Keluarga Berencana

- 1) Pengertian Kontrasepsi berasal dari kata “kontra” berarti mencegah atau melawan, sedangkan “konsepsi” adalah pertemuan antar sel telur (sel wanita) yang matang dan sel sperma (sel pria) yang mengakibatkan kehamilan. Kontrasepsi adalah menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma (Kumalasari, 2015: 277).
- 2) Keluarga berencana merupakan usaha suami-istri untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Usaha yang dimaksud termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga. Prinsip dasar metode kontrasepsi adalah mencegah sperma laki-laki mencapai dan membuahi telur wanita (fertilisasi) atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi (melekat) dan berkembang di dalam rahim (Purwoastuti, 2015:1).
- 3) Program Keluarga Berencana (KB) merupakan upaya pemerintah untuk menekan pertumbuhan penduduk dan meningkatkan kesehatan ibu dan anak. Keberhasilan program KB dapat dilihat dari adanya peningkatan peserta KB aktif dan penurunan TFR (Total Fertility Rate). (SDKI, 2007 dalam Indrawati, 2012:77)

2.5.2 Tujuan Keluarga Berencana

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

(Imelda Fitri, 2018:18)

2.5.3 Sasaran Keluarga Berencana

Menurut Handayani (2010:12), sasaran program keluarga berencana dibagi menjadi dua yaitu secara langsung dan sasaran tidak langsung.

- 1) Sasaran secara langsung adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan
- 2) Secara tidak langsung adalah pelaksanaan dan pengelola KB,

dengan tujuan menurunkan tingkat kelahiran hidup melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera. Berikut

ini merupakan sasaran program keluarga berencana yang tertuang dalam RPJM 2004-2009, meliputi:

- a) Menurunnya rata-rata laju pertumbuhan penduduk menjadi sekitar 1.14 per tahun.

- b) Menurunnya TFR menjadi sekitar 2,2 per perempuan
- c) Menurunnya PUS yang tidak ingin punya anak lagi dan ingin menjarangkan kelahiran berikutnya, tetapi tidak memakai alat atau cara kontrasepsi (*unmet need*) menjadi 6 persen.
- d) Meningkatkan peserta KB laki-laki menjadi 4,5 persen.
- e) Meningkatkan rata-rata usia perkawinan pertama perempuan menjadi 21 tahun.
- f) Meningkatkan partisipasi keluarga dalam pembinaan tumbuh kembang anak
- g) Meningkatkan jumlah keluarga prasejahtera dan keluarga sejahtera 1 yang aktif dalam usaha ekonomi produktif
- h) Meningkatkan jumlah institusi masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan Program KB Nasional.

(Marmi, 2016:85-86)

2.5.4 Ruang Lingkup

1. Ruang lingkup menurut program pelayanan KB, meliputi:
 - a) Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE)
 - b) Konseling
 - c) Pelayanan kontrasepsi
 - d) Pelayanan infertilitas
 - e) Pendidikan sex (*educatio*)
 - f) Konsultasi pra perkawinan dan konsultasi perkawinan
 - g) Konsultasi genetika

- h) Tes keganasan
 - i) Adopsi
2. Ruang lingkup program KB secara umum:

- a) Keluarga berencana
- b) Kesehatan reproduksi remaja
- c) Ketahanan dan pemberdayaan keluarga
- d) Penguatan pelembagaan keluarga kecil berkualitas
- e) Keserasian kebijaksanaan kependudukan
- f) Pengelolaan SDM aparatur
- g) Penyelenggaraan pimpinan kenegaraan dan pemerintahan
- h) Peningkatan pengawasan dan akuntabilitas aparatur Negara

(Marmi, 2016:86-87)

2.5.5 Jenis-jenis Kontrasepsi

Jenis-jenis kontrasepsi yaitu :

1) Metode Kontrasepsi Sederhana

Metode kontrasepsi sederhana terdiri dari 2 yaitu metode kontrasepsi sederhana tanpa alat dan metode kontrasepsi dengan alat. Metode kontrasepsi tanpa alat antara lain: Metode Amenorrhoe Laktasi (MAL), Coitus Interruptus, Metode Kalender, Metode Lendir Serviks, Metode Suhu Basal Badan, dan Simptotermal yaitu perpaduan antara suhu basal dan lendir servik. Sedangkan metode kontrasepsi sederhana dengan alat

yaitu kondom, diafragma, cup serviks dan spermisida (Handayani, 2010:15).

2) Metode Kontrasepsi Hormonal

Metode kontrasepsi hormonal pada dasarnya dibagi menjadi 2 yaitu kombinasi (mengandung hormon progesteron dan estrogen sintetik) dan yang hanya berisi progesteron saja.

Kontrasepsi hormonal kombinasi terdapat pada pil dan suntikan/injeksi. Sedangkan kontrasepsi hormon yang berisi progesteron terdapat pada pil, suntik dan implant (Handayani, 2010:16).

3) AKDR (Alat Koontrasepsi Dalam Rahim)

4) Metode Kontrasepsi Mantap

Metode kontrasepsi mantap terdiri dari 2 macam yaitu Metode Operatif Wanita (MOW) dan Metode Operatif Pria (MOP).

MOW sering dikenal dengan tubektomi karena prinsip metode ini adalah memotong atau mengikat saluran tuba/tuba falopii sehingga mencegah pertemuan antara ovum dan sperma.

Sedangkan MOP sering dikenal dengan nama vasektomi, vasektomi yaitu memotong atau mengikat saluran vas deferens

sehingga cairan sperma tidak dapat keluar atau ejakulasi (Handayani, 2010:17).

2.5.6 Kontrasepsi Sederhana Tanpa Alat

1) Definisi Kontrasepsi Sederhana

Kontrasepsi yang tidak mengandung hormone, baik estrogen maupun progesterone. Metode kontrasepsi sederhana adalah suatu cara yang dapat dikerjakan sendiri oleh akseptor KB, tanpa pemeriksaan medis terlebih dahulu (Handayani, 2010:18).

2) Jenis-jenis

(a) Senggama Terputus

(1) Pengertian

Senggama terputus adalah mengeluarkan kemaluan pria dari alat kelamin wanita menjelang ejakulasi. Dengan cara ini diharapkan cairan sperma tidak masuk kedalam rahim serta mengecilkan kemungkinan bertemunya sel telur yang dapat mengakibatkan terjadinya pembuahan (Affandi, Biran. 2014: MK-15).

(2) Cara kerja

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 (Affandi, Biran. 2014: MK-15).

(3) Efektivitas

Metode senggama terputus dapat efektif, jika dilakukan dengan benar dan konsisten. Angka kegagalan 4-27 kehamilan per 100 perempuan per tahun. Pasangan yang mempunyai pengendalian diri yang besar, pengalaman, dan kepercayaan dapat menggunakan metode ini menjadi lebih efektif (Jannah,dkk.2018:91).

(4) Keuntungan

- 1) Tidak memerlukan alat/murah
- 2) Tidak menggunakan zat-zat kimiawi
- 3) Selalu tersedia setiap saat
- 4) Tidak mempunyai efek samping.

(Fitri, 2018:106)

(5) Kerugian

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

- 1) Adanya cairan preejakulasi (yang sebelumnya sudah tersimpan dalam kelenjar prostat, uretra, kelenjar cowper), yang dapat keluar setiap saat, dan setiap tetes sudah dapat mengandung berjuta-juta spermatozoa.

- 2) Kenikmatan seksual berkurang bagi suami isteri, sehingga dapat mempengaruhi kehidupan perkawinan.

(Fitri, 2018:106)

(b) Metode Amenorea Laktasi (MAL)

(1) Pengertian

Metode Amenorea Laktasi adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apa pun lainnya. MAL akan efektif jika digunakan dengan benar selama 6 bulan pertama melahirkan dan belum mendapatkan haid setelah melahirkan serta memberikan ASI secara eksklusif (Pusdiknakes, 2014)

Selain itu, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan agar efektivitas MAL optimal, menurut Kemenkes 2013 :

- (a) Ibu harus menyusui secara penuh atau hampir penuh
- (b) Perdarahan pasca 56 hari pascasalin dapat diabaikan (belum dianggap haid)

(c) Bayi menghisap payudara secara langsung

(d) Menyusui dimulai dari setengah sampai satu jam setelah bayi lahir

(e) Kolostrum diberikan kepada bayi

- (f) Pola menyusui on demand (menyusui setiap saat bayi membutuhkan) dan dari kedua payudara
- (g) Sering menyusui selama 24 jam termasuk malam hari
- (h) Hindari jarak antar menyusui lebih dari 4 jam

(2) Mekanisme Kerja

Cara kerja MAL adalah menunda atau menekan terjadinya ovulasi. Pada saat laktasi atau menyusui, hormon yang berperan adalah prolaktin dan oksitosin. Semakin sering menyusui, kadar hormon prolaktin meningkat dan hormon gonadotropin melepaskan hormon penghambat atau inhibitor. Hormon penghambat dapat mengurangi kadar estrogen, sehingga tidak terjadi ovulasi (Jannah,dkk.2018:94).

(3) Keuntungan

a) Untuk bayi

Mendapat kekebalan pasif (mendapat antibodi 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.

b) Untuk Ibu

Mengurangi perdarahan pasca persalinan, mengurangi resiko anemia, Meningkatkan hubungan psikologi ibu dan bayi.

(4) Keterbatasan

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

(Affandi, 2014: MK-1)

2.5.7 Kontrasepsi Sederhana dengan Alat

1) Pengertian

suatu upaya mencegah/menghalangi pembuahan atau pertemuan antara sel telur dengan sperma dengan menggunakan metode-metode yang membutuhkan alat sederhana yang tidak memerlukan obat-obatan (Affandi, 2010:17).

2) Jenis-jenis

(a) Kondom

(1) Pengertian

Menurut Affandi (2010:17) kondom merupakan selubung/ sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastic (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat hubungan seksual. Kondom terbuat dari karet sintesis 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.



Gambar 2.11

Alat Kontrasepsi Kondom

Sumber: www.google.co.id (diakses pada tanggal 30 Oktober 2018)

(2) Tipe kondom

1. Kondom biasa.
2. Kondom berkontur (bergerigi).
3. Kondom beraroma.
4. Kondom tidak beraroma. (Saifuddin, 2013:17).

(3) Cara kerja

- a) Menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma diujung slubung karet yang dipasang dipenis.
- b) Mencegah penularan mikroorganisme (IMS dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan yang lain (Dewi, 2011:62).

(4) Keterbatasan

- a) Cara penggunaan sangat memengaruhi keberhasilan kontrasepsi.
- b) Agak mengganggu hubungan seksual (mengurangi sentuhan langsung).
- c) Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual.
- d) Pembuangan kondom bekas mungkin menimbulkan masalah dalam hal limbah (Walsh, 2007:233).

(5) Keuntungan

- 1) Kontrasepsi
 - a) Efektif jika digunakan dengan benar
 - b) Tidak mengganggu produksi ASI
 - c) Tidak mengganggu kesehatan klien
 - d) Tidak mempunyai pengaruh sistematik
 - e) Murah dan dapat dibeli secara umum

- f) Tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus
- g) Metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi lainnya harus ditunda.

2) Nonkontrasepsi

- a) Memberi dorongan kepada suami untuk ikut ber-

KB

- b) Dapat mencegah penularan IMS
- c) Mencegah ejakulasi dini
- d) Membantu mencegah terjadinya kanker serviks (mengurangi iritasi bahan karsinogenik eksogen pada serviks)
- e) Saling berinteraksi sesama pasangan
- f) Mencegah imuno infertilitas

(Affandi,. 2014: MK-18)

(6) Indikasi

- a) Ingin segera mendapatkan kontrasepsi.
- b) Ingin kontrasepsi tambahan.
- c) Pria yang ingin berpartisipasi dalam program KB.
- d) Pria yang mempunyai riwayat penyakit genetalia.
- e) Sensitivitas penis terhadap secret vagina.
- f) Ejakulasi premature

(Saifuddin, 2013:19).

(7) Kontraindikasi

- a) Menginginkan kontrasepsi jangka panjang.
- b) Alergi terhadap bahan dasar kondom.
- c) Pria mempunyai pasangan yang beresiko tinggi apabila terjadi kehamilan.
- d) Tidak mau terganggu dengan berbagai persiapan untuk melakukan hubungan seksual

(Saifuddin, 2013:19).

2.5.8 Kontrasepsi Hormonal

1) Definisi Kontrasepsi Hormonal

Kontrasepsi hormonal merupakan salah satu metode kontrasepsi yang paling efektif dan reversibel untuk mencegah terjadinya konsepsi (Baziad, 2008:5). Kontrasepsi hormonal merupakan kontrasepsi dimana estrogen dan progesteron memberikan umpan balik terhadap kelenjar hipofisis melalui hipotalamus sehingga terjadi hambatan terhadap folikel dan proses ovulasi (Manuaba, 2010 dalam Affandi, 2014: MK-19).

2) Mekanisme Kerja Kontrasepsi Hormonal

Hormon estrogen dan progesteron memberikan umpan balik, terhadap kelenjar hipofisis melalui hipotalamus sehingga terjadi hambatan terhadap perkembangan folikel dan proses ovulasi. Melalui hipotalamus dan hipofisis, estrogen dapat menghambat pengeluaran Folicle Stimulating Hormone (FSH) sehingga

perkembangan dan kematangan Folicle De Graaf tidak terjadi. Di samping itu progesteron dapat menghambat pengeluaran Hormone Luteinizing (LH). Estrogen mempercepat peristaltik tuba sehingga hasil konsepsi mencapai uterus endometrium yang belum siap untuk menerima implantasi (Manuaba, 2010 dalam Affandi, 2014: MK-20).

3) Macam-Macam Kontrasepsi Hormonal

A. Pil

1. Pengertian

Pil kontrasepsi mencakup pil kombinasi yang berisi hormone esterogen dan progesterone yang biasa di sebut dengan pil, sedangkan yang hanya berisi progestin disebut dengan “mini pil” (Hidayati, 2012:192).



Gambar 2.12
Alat kontrasepsi Pil

Sumber: www.google.co.id (Diakses tanggal 30 Oktober 2018)

2. Efektivitas Kontrasepsi Pil

Pil kombinasi memiliki efektifitas lebih dari 99 persen, jika digunakan dengan benar dan konsisten. Artinya,

kurang dari 1 orang dari 100 wanita yang menggunakan pil kombinasi akan hamil setiap tahunnya. Metode tersebut paling *reversible*, artinya jika pengguna ingin hamil bisa langsung berhenti minum pil dan biasanya bisa langsung hamil kembali dalam waktu 3 bulan (Jannah, dkk. 2018:135).

3. Jenis Kontrasepsi Pil

Menurut Sulistyawati (2013) dalam (Marmi, 2016:193) jenis kontrasepsi pil yaitu:

a) Monofasik

Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen atau progesterin, dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif, jumlah dan porsi hormonnya konstan setiap hari.

b) Bifasik

Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen, progesterin, dengan dua dosis berbeda 7 tablet tanpa hormon aktif, dosis hormon bervariasi.

c) Trifasik

Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen atau progesterin,

dengan tiga dosis yang berbeda 7 tablet tanpa hormon aktif, dosis hormon bervariasi setiap hari.

4. Cara kerja Kontrasepsi Pil

Menurut Hidayati (2012) dalam Jannah, dkk. (2018:134) cara kerja kontrasepsi pil yaitu:

a) Menekan ovulasi

Pencegahan ovulasi disebabkan gangguan pada sekresi luteinizing hormone (LH) oleh kelenjar hipofise, sehingga tidak terjadi puncak mid-siklus (pada keadaan normal terjadi puncak sekresi LH di pertengahan siklus dan ini menyebabkan pelepasan ovum dari folikelnya).

b) Mencegah implantasi

Mini pil terdapat mengganggu perkembangan siklus endometrium dan berada dalam fase yang salah atau menunjukkan ketidakteraturan atau atrofis, sehingga endometrium tidak dapat menerima ovum yang telah di buahi.

c) Mengentalkan lendir serviks

Progesterin mencegah penipisan lendir serviks pada pertengahan siklus, sehingga lendir serviks, tetap kental dan sedikit, tidak memungkinkan spermatozoa untuk penetrasi.

d) Mengubah motilitas tuba

Transportasi ovum melalui saluran tuba mungkin dipercepat, sehingga mengurangi kemungkinan terjadinya fertilisasi.

5. Keuntungan KB Pil menurut Prawirohardjo, 2011:448

yaitu:

- a) Tidak mengganggu hubungan seksual
- b) Tidak mempengaruhi ASI.
- c) Dapat digunakan sebagai metode jangka panjang
- d) Mudah dihentikan setiap saat
- e) Kesuburan cepat kembali setelah penggunaan pil dihentikan
- f) Membantu mencegah kehamilan ektopik, kanker ovarium, kanker endometrium, kista ovarium, acne, dismenorhea.

6. Kerugian Kontrasepsi Pil menurut (Prawirohardjo, 2011:449) yaitu:

- a) Perlu di minum secara teratur, secara cermat dan konsisten.
- b) Tidak ada perlindungan terhadap penyakit menular seksual (PMS) dan HIV.
- c) Peningkatan resiko gangguan sirkulasi, seperti hipertensi, penyakit arteri dan tromboembolisme.

- d) Peningkatan resiko adenoma hati, ikterus kolestasik, batu ginjal.
- e) Efek pada kanker payudara.
- f) Tidak cocok untuk perokok diatas usia 35 tahun

7. Indikasi Kontrasepsi Pil

- a) Usia reproduksi, baik bagi yang telah memiliki anak atau belum memiliki anak.
- b) Pasca persalinan dan menyusui.
- c) Pasca keguguran
- d) Hipertensi (<180/110 mmhg) atau memiliki masalah dengan pembekuan darah.
- e) Tidak boleh menggunakan estrogen
(Sujiyati, 2011:101)

8. Kontraindikasi Kontrasepsi Pil

- a) kehamilan/diduga hamil.
- b) Riwayat kanker payudara.
- c) Sering lupa menggunakan pil.
- d) Miom uterus.
- e) Riwayat stroke

(Affandi, 2010 MK-22)

9. Cara pemakaian Kontrasepsi Pil

- a) Minum pil pertama pada hari 1-5 siklus menstruasi.

- b) Minum pil setiap hari pada saat yang sama.
- c) Bila menyusui antara 6 minggu dan 6 bulan pasca persalinan dan tidak menstruasi, mini pil dapat di minum setiap saat. Mini pil dapat di berikan setelah pasca keguguran.
- d) Bila lupa 1 atau 2 pil, minum segera pil yang terlupakan dan gunakan metode pelindung sampai akhir bulan.
- e) Walau belum menstruasi, mulailah paket baru sehari setelah paket terakhir habis

(Hidayati, 2012:45).

B. Suntik Progestin

1. Pengertian

Suntikan Depo Provera ialah 6-alfa-medroksiprogesteron yang digunakan untuk tujuan kontrasepsi parental, mempunyai efek progestagen yang kuat dan sangat efektif. Kontrasepsi ini sangat cocok untuk program post partum karena tidak mengganggu laktasi dan terjadinya amenorea setelah suntikan (Anwar, 2011:450).



Gambar 2.13

Alat Kontrasepsi Suntik Progestin

Sumber: www.google.co.id (Diakses tanggal 30 Oktober 2018)

2. Efektivitas Kontrasepsi Suntik Progestin

Menurut Sulistyawati (2013:79), kedua jenis kontrasepsi suntik mempunyai efektivitas yang tinggi, dengan 30% kehamilan per 100 perempuan per tahun, jika penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan

3. Cara Kerja

- a) Menghalangi terjadinya ovulasi dengan jalan menekan pembentukan relase factor dan hipotalamus.
- b) Leher serviks bertambah kental, sehingga menghambat penetrasi sperma melalui serviks uteri.
- c) Menghambat implantasi ovum dalam endometrium

(Mulyani, 2013:93)

4. Keuntungan

- a) Tidak terpengaruh pada hubungan seksual.
- b) Pencegahan kehamilan jangka panjang.
- c) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah.
- d) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI.
- e) Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul.

f) Menurunkan krisis anemia bulan sabit (sickle cell).

(Affandi, 2011:44).

5. Keterbatasan

Sering ditemukan gangguan haid, seperti:

- a) Siklus haid yang memanjang atau memendek.
- b) Perdarahan yang banyak atau sedikit.
- c) Perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak (spotting).
- d) Tidak haid sama sekali.
- e) Harus kembali untuk suntikan.
- f) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya.
- g) Permasalahan berat badan merupakan efek tersering.
- h) Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian (karena belum habisnya pelepasan obat suntikan dari depo).
- i) Penggunaan jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang (densitas).
- j) Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, sakit kepala, jerawat

(Affandi, 2011:44)

6. Indikasi

- a) Nulipara dan yang telah memiliki anak.
- b) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang.
- c) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai.
- d) Setelah abortus atau keguguran.
- e) Hipertensi dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit.
- f) Anemia defisiensi besi.
- g) Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi.

(Affandi, 2010 :346).

7. Kontraindikasi

- a) Hamil atau dicurigai hamil (resiko cacat pada janin 7 per 100.000 kelahiran).
- b) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenorea.
- c) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
- d) Diabetes mellitus disertai komplikasi

(Affandi, 2011:45).

8. Waktu mulai menggunakan kontrasepsi suntikan Progestin

Menurut Affandi (2011:46) yaitu :

- a) Suntikan pertama diberikan dalam waktu 7 hari siklus haid.
- b) Mulai hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid.
- c) Suntikan pada ibu yang tidak haid, injeksi pertama dapat diberikan setiap saat, dengan syarat ibu tersebut tidak hamil. Selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.
- d) Penyuntikan pada ibu yang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan dapat diberikan bila ibu tersebut telah menggunakan kontrasepsi hormonal sebelumnya secara benar, dan ibu tersebut tidak hamil, suntikan pertama dapat segera diberikan tidak perlu menunggu sampai haid berikutnya datang.
- e) Keadaan apabila ibu sedang menggunakan jenis kontrasepsi jenis lain dan ingin menggantinya dengan jenis kontrasepsi suntikan yang lain, kontrasepsi suntikan yang akan diberikan dimulai pada saat jadwal kontrasepsi suntikan yang sebelumnya.
- f) Aturan penyuntikan pada ibu yang menggunakan kontrasepsi non hormonal dan ingin menggantinya dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama dapat segera diberikan, dengan syarat ibu tersebut

tidak hamil dan pemberiannya tidak perlu menunggu haid berikutnya datang. Jika ibu disuntik setelah hari ke-7 haid, maka ibu tersebut selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.

g) Keadaan pada ibu ingin menggantikan AKDR dengan kontrasepsi hormonal. Suntikan pertama dapat diberikan pada hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid, atau dapat diberikan setiap saat setelah hari ke-7 siklus haid, asal saja yakin ibu tersebut tidak hamil.

h) Ibu tidak haid atau ibu dengan perdarahan tidak teratur. Suntikan pertama dapat diberikan setiap saat, asal saja ibu tersebut tidak hamil, dan selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.

i) Pasca bersalin < 6 bulan jika menggunakan MAL 10)
Pasca keguguran segera atau dalam waktu 7 hari siklus haid

C. Suntik Kombinasi

1. Pengertian

Suntikan KB ini mengandung kombinasi hormon Medroxyprogesterone Acetate (hormon progestin) dan

Estradiol Cypionate (hormon estrogen) (Affandi, 2010:349).

2. Efektivitas

Menurut Sulistyawati (2013:88), jenis kontrasepsi suntik kombinasi mempunyai efektivitas yang tinggi, dengan 30% kehamilan per 100 perempuan per tahun, jika penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan.

3. Indikasi

- a) Usia reproduksi
- b) Telah memiliki anak, ataupun yang belum memiliki anak
- c) Ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektivitas tinggi
- d) Menyusui ASI pasca persalinan >6 bulan
- e) Pascapersalinan dan tidak menyusui
- f) Anemia
- g) Nyeri haid hebat
- h) Haid teratur
- i) Riwayat kehamilan ektopik
- j) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi

(Affandi, 2011:52)

4. Kontraindikasi

- a) Hamil atau diduga hamil
 - b) Menyusui dibawah umur 6 minggu pascapersalinan
 - c) Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya
 - d) Penyakit hati akut (virus hepatitis)
 - e) Usia >35 tahun yang merokok
 - f) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau dengan tekanan darah tinggi (>180/110 mmHg)
 - g) Riwayat kelainan tromboemboli atau dengan kencing manis > 20 tahun
 - h) Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migraine
 - i) Keganasan pada payudara
- (Affandi, 2011:49)

5. Waktu mulai menggunakan kontrasepsi suntikan

- a) Suntikan pertama dapat diberikan dalam waktu 7 hari siklus haid. Tidak diperlukan kontrasepsi tambahan.
- b) Bila suntikan pertama diberikan setelah hari ke-7 siklus haid, klien tidak boleh melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan kontrasepsi lain untuk 7 hari
- c) Bila klien tidak haid, suntikan pertama dapat diberikan setiap saat, asal saja dapat dipastikan ibu

tersebut tidak hamil. Klien tidak boleh melakukan hubungan seksual untuk 7 hari lamanya atau menggunakan metode kontrasepsi yang lain selama masa waktu 7 hari.

- d) Bila klien pasca persalinan >6 bulan menyusui serta telah mendapatkan haid, maka suntikan pertama diberikan pada siklus haid 1-7 hari.
- e) Bila pasca persalinan <6 bulan dan menyusui jangan diberikan suntikan kombinasi
- f) Bila pasca persalinan 3 minggu dan tidak menyusui, suntikan kombinasi dapat diberikan.
- g) Pasca keguguran, suntikan kombinasi dapat segera diberikan atau dalam waktu 7 hari.
- h) Ibu yang sedang menggunakan metode kontrasepsi hormonal kombinasi. Selama ibu tersebut menggunakan kontrasepsi sebelumnya secara benar, suntikan kombinasi dapat segera diberikan tanpa perlu menunggu haid. Bila ragu-ragu perlu dilakukan uji kehamilan terlebih dahulu.
- i) Bila kontrasepsi sebelumnya juga kontrasepsi hormonal dan ibu tersebut ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi, maka suntikan kombinasi tersebut dapat diberikan sesuai jadwal

kontrasepsi sebelumnya tidak diperlukan metode kontrasepsi lain

- j) Ibu yang menggunakan metode kontrasepsi nonhormonal dan ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi, maka suntikan pertama dapat segera diberikan asal saja diyakini ibu tersebut tidak hamil dan pemberiannya tidak perlu menunggu datangnya haid. Bila diberikan pada 1-7 siklus haid, metode kontrasepsi tidak diperlukan. Bila sebelumnya menggunakan AKDR dan ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi, maka suntikan pertama diberikan hari 1-7 siklus haid.

Cabut segera AKDR.

(Affandi, 2011:51)

6. Keuntungan

- a) Resiko terhadap kesehatan kecil
- b) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
- c) Tidak diperlukan pemeriksaan dalam
- d) Jangka panjang
- e) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik

(Sujiyatini, 2011:140)

7. Kekurangan

- a) Terjadi perubahan pada pola haid seperti tidak teratur, bercak, perdarahan sela sampai 10 hari
- b) Mual, sakit kepala, nyeri payudara ringan, dan keluhan seperti ini akan hilang setelah suntikan kedua atau ketiga
- c) Klien harus kembali setiap 30 hari sekali untuk mendapatkan suntikan
- d) Penambahan berat badan
- e) Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian

(Sujiyatini, 2011:141).

D. Susuk KB/ Implan

1. Pengertian

Kontrasepsi implan adalah sytem norplan dari implant subdermal levonogestrel yang terdiri atas enam skala kapsul dimethylsiloxame yang dibuat dari bahan silastik, masing-masing kapsul berisi 36 md levonogestrel dalam format Kristal dngan masa kerja lima tahun (Kumalasari, 2015:278).



Gambar 2.14
KB Implan

Sumber: www.google.co.id (Diakses tanggal 30 Oktober 2017)

2. Macam-macam Implant

Jenis kontrasepsi Implant menurut (Jannah, dkk. 2018:155) yaitu:

(a) Norplant

Terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, dengan diameter 2,4 mm, yang diisi dengan 3,6 mg levonorgestrel dan lama kerjanya 5 tahun.

(b) Implanon

Terdiri dari satu batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm, dan diameter 2 mm, yang diisi dengan 68 mg 3- Keto-desogestrel dan lama kerjanya 3 tahun.

(c) Jadena dan indoplant

Terdiri dari 2 batang yang diisi dengan 75 mg. Levonorgestrel dengan lama kerja 3 tahun.

3. Cara Kerja KB Implant

- (a) Lendir serviks menjadi kental
- (b) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit menjadi implantasi.
- (c) Mengurangi transportasi sperma.
- (d) Menekan ovulasi

(Hidayati R, 2012 dalam Fitri, 2018:43)

4. Indikasi

- a) Usia reproduksi.
- b) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang.
- c) Ibu menyusui.
- d) Pasca keguguran/abortus.
- e) Tidak menginginkan anak lagi, tetapi tidak mau menggunakan metode kontrasepsi mantap (vasektomi/tubektomi).
- f) Wanita dengan kontraindikasi hormone estrogen.
- g) Sering lupa mengkonsumsi pil

(Kumalasari 2015:280).

5. Kontraindikasi

- a) Hamil/diduga hamil.
- b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas sebabnya.
- c) Kanker payudara atau riwayat kangker payudara.
- d) Tidak dapat menerima perubahan pola menstruasi yang terjadi.

- e) Diabetes melitus.
- f) Penyakit jantung/darah tinggi.
- g) Varises

(Hidayat R, 2012 dalam Fitri, 2018:44)

6. Keuntungan

- a) Daya guna tinggi.
- b) Perlindungan jangka panjang (sampai lima tahu).
- c) Pengembalian kesuburan yang cepat.
- d) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam.
- e) Bebas dari prngsrh estrogen.
- f) Tidak mengganggu kegiatan senggama.
- g) Tidak mengganggu ASI.
- h) Pasien hanya kembali ke klinik bila ada keluhan.
- i) Dapat di cabut setiap saat.
- j) Mengurangi jumlah darah menstruasi.
- k) Mengurangi atau memperbaiki anemia.

(Manuaba, 2010:602)

7. Kerugian

- a) Menimbulkan gangguan menstruasi, yaitu tidak mendapat menstruasi dan terjadi perdarahan yang tidak teratur.
- b) Berat badan bertambah.
- c) Menimbulkan akne, ketegangan payudara.

d) Liang senggama terasa kering (Manuaba, 2010:603).

8. Cara Pemasangan dan Pencabutan Implan

a) Cara Pemasangan

(1) Siapkan peralatan, susun alat, periksa kelengkapan alat dan tempatkan pada tempat yang mudah dijangkau.

(2) Beri penjelasan pada klien atas tindakan yang akan dilakukan.

(3) Minta klien untuk membersihkan lengannya yang akan dipasang implant dengan sabun dan air bersih.

(4) Posisikan klien.

(5) Cuci tangan dengan sabun dibawah air mengalir sesuai dengan standart pencegahan infeksi.

(6) Pakai sarung tangan steril.

(7) Usap tempat pemasangan implant dengan larutan antiseptic dan pasang duk berlubang yang steril. Usap tempat yang akan dilakukan insisi kearah luar dengan gerakan melingkar, sekitar 8-13 cm dan biarkan kering.

(8) Buat insisi pada lengan. Buat insisi dangkal selebar 2 mm hanya untuk menembus kulit.

(9) Tusukkan trokar dan pendorongnya. Masukkan trokar jangan dengan paksaan. Jika terdapat tahanan,

coba dari sudut lainnya (batas masuknya trokar sampai tanda strip ke dua).

(10) Angkat trokar ke atas. Trokar di angkat ke atas untuk meletakkan kapsul tepat dibawah kulit, sehingga kulit terangkat.

(11) Tarik pendorong keluar dan masukkan kapsul implant.

(12) Tahan pendorong dan menarik trokar keluar, raba ujung kapsul dengan jari, untuk memastikan kapsul sudah keluar seluruhnya dari trokar.

(13) Memutar ujung trokar, pastikan kapsul pertama bebas.

(14) Fiksasi kapsul pertama dengan jari telunjuk. Geser trokar sekitar 15 derajat untuk memasang kapsul berikutnya. Keluarkan trokar setelah kedua kapsul terpasang.

(15) Tekan tempat insisi dengan jari selama 1 menit untuk menghentikan perdarahan.

(16) Cuci tangan dengan sabun dibawah air mengalir.

(17) Bereskan alat yang telah digunakan, mencuci dan mengembalikan ketempat semula.

(18) Beritahu klien tentang hasilnya dan beritahu rencana selanjutnya dengan jelas dan lengkap.

(Sulistyawati, 2011:44).

b) Cara Pencabutan

- (1) Cuci lengan akseptor, lakukan tindakan antiseptis.
- (2) Tentukan lokasi dari impian dengan jari-jari tangan dan dapat diberi tanda dengan tinta atau apa saja.
- (3) Suntikkan anastesi local dibawah implant
- (4) Buat satu insisi 4 mm sedekat mungkin pada ujung-ujung implant pada daerah alas kipas
- (5) Keluarkan implant pertama yang terterletak paling dekat dengan insisi atau yang terletak paling dekat dengan permukaan.

Sampai saat ini dikenal 3 cara pengeluaran /pencabutan norplant.

Cara pop-out

Merupakan teknik pilihan bila memungkinkan karena tidak traumatis, sekalipun tidak selalu mudah untuk mengeluarkannya. Dorong ujung proksimal “kapsul” kearah distal dengan ibu jari sehingga mendekati lubang insisi sementara jari telunjuk menahan bagian tengah kapsul, sehingga ujung distal kapsul menekan kulit. Bila perlu, bebaskan jaringan yang menyelubungi ujung kapsul dengan scapel. Tekan dengan lembut ujung kapsul melalui lubang insisi

seinga ujung tersebut akan menyembut/pop out melalui lubang insisi. Kerjakan prosedur yang sama untuk semua kapsul yang tertinggal.

Cara standard

Bila cara pop-out tidak berhasil atau tidak mungkin dikerjakan, maka dapat dipakai cara standar. Jepit ujung distal kapsul dengan klem masquito, sampai kira kira 0.5-1 cm dari ujung klemnya masuk dibawah kulit melalui lubang insisi. Putar pegangan klem pada posisi 180 disekitar sumbu utamanya mengarah ke bahu akseptor. Bersihkan jaringan-jarinan yang menempel disekeliling klem dan kapsul dengan scapel atau kasa steril sampai kapsul terlihat jelas. Tangkap ujung kapsul yang sudah terlihat dengan klem crille, lepaskan klem masquito, dan keluarkan kapul dengan klem crille. Cabut atau keluarkan kapsul-kapsul lainnya dengan cara yang sama.

Cara “U”

Teknik ini dikembangkan oleh Dr. Untung Prawirohardjo dari semarang dibuat insisi memanjang selebar 4 mm, kira-kira 5 mm proksimal dari ujung distal kapsul, diantara kapsul ke 3 dan kapsul 4. Kapsul yang akan dicabut difiksasi dengn

meletakkan jari telunjuk tangan kiri sejajar di samping kapsul. Kapsul dipegang kurang lebih 5 mm dari ujung distalnya. Kemudian klem diputar ke arah pangkal lengan atas atau bahu akseptor sehingga kapsul terlihat dibawah lubang insisi dan dapat dibersihkan dari jaringan-jaringan yang menyelubunginya dengan scapel, untuk seterusnya dicabut keluar

(Hartanto, 2009:69).



2.5.9 Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR/IUD)

1) Pengertian

AKDR atau IUD adalah suatu benda kecil yang terbuat dari plastic yang lentur, mempunyai lilitan tembaga atau juga mengandung hormone dan dimasukkan kedalam rahim melalui vagina serta mempunyai benang (Marmi, 2016:256).



Gambar 2.15
Kontrasepsi AKDR

Sumber: www.google.co.id (Diakses tanggal 30 Oktober 2018)

2) Jenis-jenis IUD/AKDR

- (a) Copper-T IUD berbentuk T, terbuat dari bahan polyethelene dimana pada bagian verticalnya diberi lilitan kawat tembaga halus.
- (b) Copper-7 Berbentuk angka 7 dengan maksud untuk memudahkan pemasangan.
- (c) Multi load Terbuat dari plastik dengan dua tangan kiri dan kanan berbentuk sayap yang fleksibel
- (d) Lippes loop Berbentuk dari bahan polyethelene, bentuknya seperti spiral atau huruf S bersambung
(Handayani, 2010:80).

3) Cara Kerja KB IUD/AKDR

- (a) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi.
- (b) Mempengaruhi fertilisasi sebelum mencapai kavum uteri.
- (c) IUD bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun IUD membuat sperma sulit masuk kedalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi sperma untuk fertilisasi.

(Handayani, 2010:80).

4) Efektifitas

IUD sangat efektif (92-92%) dan tidak perlu diingat setiap hari seperti halnya pil. Tipe multiload dapat dipakai selama sampai 4 tahun, nova T dan copper T 200 (Cut-T 200) dapat di pakai 3-5 tahun, cut T 380 dapat untuk 8 tahun, kegagalan rata-rata 0.8 kehamilan per 100 pemakai wanita pada tahun pertama pemakaian (Handayani, 2010:81).

5) Indikasi

- (a) Usia reproduksi.
- (b) Keadaan nulipara.
- (c) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang.
- (d) Perempuan menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi.
- (e) Setelah melahirkan dan tidak menyusui.

- (f) Setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi.
- (g) Resiko rendah dari IMS.
- (h) Tidak menghendaki metoda hormonal.
- (i) Tidak menyukai mengingat-ingat seperti minum pil.
- (j) Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari senggama.
- (k) Perokok.
- (l) Gemuk ataupun kurus.
- (m) Pemasangan dapat dilakukan bidan dan dokter yang telah dilatih secara khusus
(Hidayati, 2012 dalam Fitri 2018:166).

6) Kontraindikasi

- (a) Sedang hamil (diketahui hamil atau kemungkinan hamil).
- (b) Perdarahan vagina yang tidak diketahui.
- (c) Sedang menderita infeksi alat genitalia (vaginitis, servicitis)
- (d) Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus.
- (e) Kelainan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi cavum uteri
- (f) Penyakit trofoblas yang panas.
- (g) Diketahui menderita TBC pelvic.
- (h) Kanker alat genital.
- (i) Ukuran rongga rahim kurang dari 5cm
(Saifuddin, 2013 dalam Fitri 2018:166)

7) Keuntungan

- (a) Efektif dengan segera.
- (b) Tidak ada interaksi obat.
- (c) Reversible dan sangat efektif.
- (d) Tidak terkait dengan koitus

(Hidayati, 2012 dalam Fitri 2018:166)

8) Kerugian

- (a) Mengalami keterlambatan datang bulan, yang disertai tanda kehamilan, mual pusing, muntah-muntah.
- (b) Terjadi perdarahan lebih banyak, dari haid biasanya.
- (c) Sakit, misalnya di perut pada saat melakukan senggama.

(Hidayati, 2012 dalam Fitri 2018:166)

9) Efek samping dan komplikasi

- (a) Efek samping umum terjadi:

Perubahan siklus haid, haid lebih lama dan banyak, perdarahan antar menstruasi dan saat haid lebih sakit

(Sukarni dkk,2013:370-375).

- (b) Komplikasi

Merasa sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan, perdarahan berat pada waktu haid atau diantaranya yang memungkinkan penyebab anemia, perforasi dinding uterus (sangat jarang jika pemasangan benar) (Sukarni dkk,2013:370-375).

10) Cara Pemasangan AKDR / IUD

(a) Konseling Awal

- (1) Sapa klien
- (2) Beri informasi umum KB
- (3) Informasi mengenai KB
- (4) Jelaskan apa yang diperoleh

(b) Konseling Metode Khusus

- (5) Jamin kerahasiaan klien
- (6) Kumpulan data klien
- (7) Tanya tujuan KB
- (8) Tanya agama
- (9) Kebutuhan dan Kekhawatiran
- (10) Bantu klien memilih KB
- (11) Jelaskan efek samping IUD

(c) Konseling Pra Pemasangan dan Konseling

- (12) Solusi klien anamnesa
- (13) Melakukan pemeriksaan fisik dan panggul

(d) Pemeriksaan Perut – Inspekulo – Bimanual

- (14) BAK - Cuci Kemaluan
- (15) Pakai pelindung - Cuci Tangan
- (16) Bantu klien naik tempat tidur
- (17) Palpasi perut
- (18) Kenakan penutup

- (19) Atur cahaya lampu
- (20) Pakai sarung tangan
- (21) Atur alat
- (22) Inspeksi Alat Genetalia Eksterna
- (23) Palpasi Klenjar skene bartholini
- (24) Pasang speculum
- (25) Inspekuloid
- (26) Keluarkan speculum
- (27) Periksa bimanual
- (28) Periksa vagina
- (29) Celup sarung tangan
- (e) Tindakan Pra Pemasangan
 - (30) Jelaskan proses pemasangan
 - (31) Masukkan lengan IUD
- (f) Tindakan Pemasangan
 - (32) Pakai sarung tangan
 - (33) Pasang speculum
 - (34) Usap serviks vagina
 - (35) Jepit serviks
 - (36) Masukkan sonde
 - (37) Ukur uterus keluarkan sonde
 - (38) Ukur sonde dikemasan IUD
 - (39) Keluarkan IUD dari kemasan

- (40) Masukkan IUD posis horizontal (Tarik Lembut Tanukulum)
- (41) Tahan / pegang tenakulum
- (42) Lakukan “WITHDRAWEL”
- (43) Keluarkan pendorong, dorong tabung ke partio sampai batang biru
- (44) Keluarkan tabung dan buang ke tempat sampah
- (45) Keluarkan tabung 3-4 cm, gunting benang
- (46) Lepas tenakulum
- (47) Tekan partio 30-60°
- (48) Keluarkan speculum, pasien istirahat 15 menit
- (g) Tindakan pasca pemasangan
 - (49) Rendam alat dekontaminasi
 - (50) Buang bahan / sampah
 - (51) Celup sarung tangan
 - (52) Cuci tangan
 - (53) Lepas pelindung
 - (54) Ajari klien
- (h) Konseling pasca pemasangan
 - (55) Ada efek samping- control
 - (56) Kapan harus control
 - (57) IUD dalam 5-8 tahun
 - (58) Boleh control setiap ada keluhan

(59) Minta klien untuk ulangi penjelasan

(60) Dokumentasi

11) Pencabutan AKDR (IUD)

a) Tindakan Pra Pencabutan

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

(2) Bantu klien ke meja pemeriksaan.

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

(4) Pakai sarung tangan baru yang telah di DTT.

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

b) Tindakan Pencabutan

(1) Lakukan pemeriksaan bimanual

(2) Pastikan gerakan serviks bebas

(3) Tentukan besar dan posisi uterus

(4) Pastikan tidak ada infeksi atau tumor pada adneska.

(5) Pasang speculum vagina untuk melihat serviks.

(6) Usap vagina dan serviks dengan larutan antiseptik 2 sampai 3 kali.

(7) Jepit benang yang dekat dengan klem.

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

(9) Tunjukkan AKDR tersebut tersebut pada klien, kemudian rendam dalam larutan klorin 0,5%.

(10) Keluarkan speculum dengan hati-hati.

c) Tindakan Pasca Pencabutan

(1) Rendam semua peralatan yang sudah dipakai dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit untuk dekontaminasi.

(2) Buang bahan-bahan yang sudah tidak terpakai lagi (kas, sarung tangan sekali pakai) ke tempat yang sudah disediakan.

(3) Celupkan kedua tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, kemudian lepaskan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin tersebut.

(4) Cuci tangan dengan air dan sabun.

(5) Amati selama 5 menit sebelum memperbolehkan klien pulang.

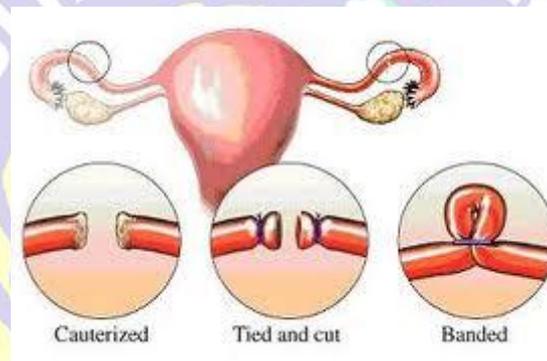
(6) Diskusikan apa yang harus dilakukan bila klien mengalami masalah (seperti perdarahan yang lama atau rasa nyeri pada perut / panggul).

(7) Buat rekam medik tentang pencabutan AKDR

(Tahir, dkk. 2015:8-9)

2.5.10 Kontrasepsi Mantap MOW

- 1) Pengertian
- 2) Kontrasepsi mantap atau sterilisasi pada wanita adalah suatu kontrasepsi permanen yang dilakukan dengan cara melakukan suatu tindakan pada kedua saluran telur sehingga menghalangi pertemuan sel telur (ovum) dengan sel mani (sperma) (Sofian, 2013:56).



Gambar 2.16
MOW

Sumber: www.google.co.id (Diakses tanggal 30 Oktober 2018)

- 3) Efektivitas
Tubektomi merupakan metode kontrasepsi yang sangat efektif dan tidak menimbulkan efek samping jangka panjang. Efektivitasnya yaitu 0,5 kehamilan per 100 perempuan (0,5%) selama tahun pertama penggunaan (Saifuddin, 2010 dalam Fitri 2018:170).
- 4) Waktu
Pelaksanaan tindakan sterilisasi dilakukan pada saat :

(a) Setiap waktu selama siklus menstruasi apabila diyakini tidak hamil

(b) Hari ke-6 hingga ke-13 dari siklus menstruasi

(c) Pasca persalinan (post partum) Sebaiknya dilakukan dalam 24 jam atau selambat-lambatnya 48 jam pasca persalinan.

Setelah lebih dari 48 jam, operasi akan lebih sulit dengan adanya edema tuba dan infeksi yang akan menyebabkan kegagalan sterilisasi. Jika dilakukan setelah hari ke-7 sampai hari ke-10 pasca persalinan, uterus dan alat genital lainnya telah mengecil dan menciut yang menyebabkan mudah terjadinya perdarahan dan infeksi

(d) Pasca keguguran (post abortus) Sterilisasi dapat dilakukan sesaat setelah terjadinya abortus

(e) Saat tindakan operasi pembedahan abdominal Hendaknya saat operasi pembedahan abdominal telah dipertimbangkan untuk tindakan sterilisasi karena pada tindakan ini dapat sekaligus dilakukannya kontrasepsi mantap (Sofian, 2013:57)

5) Keuntungan

Terdapat beberapa keuntungan dan manfaat sterilisasi wanita yaitu :

(a) Sangat efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan)

- (b) Tidak mempengaruhi proses menyusui (breastfeeding)
- (c) Tidak bergantung pada faktor senggama
- (d) Baik bagi klien apabila kehamilan akan menjadi resiko kesehatan yang serius
- (e) Pembedahan sederhana, dapat dilakukan dengan anestesi lokal
- (f) Tidak ada efek samping dalam jangka panjang
- (g) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual (tidak ada efek pada produksi hormon ovarium)
- (h) Berkurangnya resiko kanker ovarium (Saifuddin, 2010)
- (i) Motivasi hanya dilakukan satu kali, sehingga tidak diperlukan motivasi yang berulang
- (j) Tidak adanya kegagalan dari pihak pasien (patient's failure)
- (k) Tidak mempengaruhi libido seksual (Anwar, 2011:43).

6) Keterbatasan

Meskipun banyak keuntungan yang didapat pada metode sterilisasi ini, tetap saja terdapat keterbatasan diantaranya:

- (a) Tidak dapat melindungi dari Infeksi Menular Seksual (IMS), termasuk HBV dan HIV/AIDS
- (b) Harus dipertimbangkan kembali sifat permanen kontrasepsi ini karena tidak dapat dipulihkan kecuali dengan operasi rekanalisasi
- (c) Klien dapat menyesal dikemudian hari

(d) Rasa sakit/ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan

(e) Hanya dilakukan oleh dokter yang terlatih

(Saifuddin, 2010 dalam Fitri 2018:173)

7) Syarat

Terdapat beberapa syarat untuk menjadi akseptor kontrasepsi mantap MOW yaitu :

(a) Syarat sukarela

Meliputi pengetahuan pasangan mengenai cara kontrasepsi lain, risiko dan keuntungan kontrasepsi mantap, serta sifat permanen metode ini

(b) Syarat bahagia

Syarat ini dilihat berdasarkan ikatan perkawinan yang sah dan harmonis. Umur istri sekurang-kurangnya 25 tahun dengan sekurang-kurangnya 2 orang anak hidup dan anak terkecil berumur lebih dari 2 tahun.

(c) Syarat medik

(Saifuddin, 2009 dalam Jannah, 2018:176)

8) Indikasi

Menurut Amru Sofian (2013) dalam (Affandi, 2014:MK-92), sterilisasi dilakukan atas indikasi:

(a) Indikasi medis umum

Adanya gangguan fisik atau psikis yang akan menjadi lebih berat jika wanita tersebut hamil lagi, seperti tuberkulosis paru, penyakit jantung, penyakit ginjal maupun skizofrenia.

(b) Indikasi medis obstetrik

Adanya riwayat toksemia gravidarum yang berulang, seksio sesarea berulang dan histerektomi obstetrik.

(c) Indikasi medis ginekologik

Pada waktu melakukan operasi ginekologik, dapat dipertimbangkan untuk dilakukannya sterilisasi.

(d) Indikasi sosial ekonomi

(1) Rumus 120; yaitu perkalian jumlah anak hidup dan umur ibu, kemudian dapat dilakukan sterilisasi atas persetujuan suami istri

(2) Rumus 100; yaitu perkalian jumlah anak hidup dan umur ibu, kemudian dapat dilakukan sterilisasi atas persetujuan suami istri

9) Kontraindikasi

(a) Hamil (sudah terdeteksi atau dicurigai)

(b) Perdarahan vaginal yang belum terjelaskan (hingga harus dievaluasi)

(c) Infeksi sistemik atau pelvik yang akut (hingga masalah tersebut sembuh)

(d) Tidak boleh menjalani proses pembedahan

(e) Kurang pasti mengenai keinginannya untuk fertilitas di masa depan

(f) Belum memberikan persetujuan tertulis

(Saifuddin, 2010 dalam Fitri 2018:179)



2.6 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Kehamilan

1. Pengkajian

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

a) Data Subyektif

Menurut Nursalam (2008:88) data subyektif adalah data yang didapat dari klien sebagai pendapat terhadap situasi data kejadian.

1) Biodata

a) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan (Ambarwati, 2010 : 89).

b) Umur

Dalam kurun reproduksi sehat dikenal usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia dibawah 20 tahun ternyata 2-5 kali lebih tinggi dari pada kematian maternal yang terjadi pada usia 20-29 tahun. Kematian maternal meningkat kembali setelah usia 30- 35 tahun (Winknjosastro, 2010 : 23).

c) Pendidikan

Penelitian menunjukkan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin baik pula pengetahuannya tentang sesuatu. Pada ibu hamil dengan pendidikan rendah, kadang ketika tidak mendapatkan cukup informasi mengenai kesehatannya maka ia tidak tahu mengenai bagaimana cara melakukan perawatan kehamilan yang baik (Romauli, 2011: 124).

d) Pekerjaan

Mengetahui pekerjaan klien adalah penting untuk mengetahui apakah klien berada dalam keadaan utuh dan untuk mengkaji potensi kelahiran, premature dan pajanan terhadap bahaya lingkungan kerja, yang dapat merusak janin (Walyani, 2015 : 119).

e) Penghasilan

Tingkat sosial ekonomi terbukti sangat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan fisik dan psikologis ibu hamil. Pada ibu hamil dengan tingkat sosial yang baik otomatis akan mendapatkan kesejahteraan fisik dan psikologis yang baik pula. Status gizi pun akan meningkatkan karena gizi yang didapatkan berkualitas, selain itu ibu tidak akan terbebani secara psikologis mengenai biaya persalinan dan pemenuhan

kebutuhan sehari-hari setelah bayinya lahir (Marmi, 2011 : 106).

f) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Ambarwati, 2010 : 90).

2) Keluhan utama

Menurut Varney (2008:538-543), untuk mengetahui yang mendorong pasien datang ke petugas. Pada ibu hamil trimester III keluhan-keluhan yang sering dijumpai yaitu :

a) Nokturia

Terjadi peningkatan Frekuensi berkemih. Aliran balik vena dari ekstermitas difasilitasi saat wanita sedang berbaring pada posisi lateral rekumben karena uterus tidak lagi menekan pembuluh darah panggul dan vena cava inferior.

b) Varises

Varises disebabkan oleh gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada panggul saat wanita duduk atau berdiri dan penekanan pada vena kava inferior saat ia berbaring.

Pakaian yang ketat juga menghambat aliran vena balik dari ekstermitas bagian bawah, atau posisi berbaring yang lama memperberat masalah tersebut. Relaksasi dinding vena dan katup serta otot polos sekeliling karena induksi juga turut

menyebabkan timbulnya varises. Varises yang terjadi selama kehamilan paling menonjol pada area kaki atau vulva.

c) Hemoroid

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

d) Edema Dependen

Edema dependen pada kaki timbul akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstermitas bagian bawah. Gangguan sirkulasi ini disebabkan oleh tekanan uterus yang membesar pada vena-vena panggul saat wanita tersebut duduk atau berdiri dan pada vena cava inferior saat terlentang.

e) Kram tungkai

Uterus yang membesar memberi tekanan pada pembuluh darah panggul, sehingga mengganggu sirkulasi atau pada saraf, sementara pada saraf ini melewati foramen obturator dalam perjalanan menuju eksteritas bagian bawah.

f) Sesak nafas

Uterus telah mengalami pembesaran hingga terjadi penekanan diafragma. Selain itu diafragma akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan.

g) Nyeri punggung bawah

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

h) Kecemasan menghadapi persalinan

Sejumlah kecemasan muncul pada trimester ketiga. Wanita akan merasakan kecemasan berlebihan dengan kehidupannya dan bayinya, seperti apakah nanti bayinya akan abnormal, terkait dengan persalinan (nyeri, kehilangan kendali, dan hal yang tidak diketahui), apakah ia mampu bersalin dengan normal, apakah ia bisa merawat bayinya, ia juga merasa canggung, jelek, berantakan. Dalam hal ini ibu sangat memerlukan dukungan yang sangat besar dari pasangannya.

3) Riwayat Kesehatan

a) Penyakit jantung

Kehamilan dikontraindikasikan untuk penyakit jantung tertentu dan pada kondisi ini keputusan tentang apakah kehamilan dapat dipertahankan atau tidak sebaiknya dibuat berdasarkan saran spesialis perinatologi dan jantung (Manuaba, 2010:333)

b) Anemia

Bahaya anemia selama kehamilan yaitu terjadi abortus, persalinan premature, hambatan tumbuh kembang janin dalam

rahim, mudah terjadi infeksi ancaman dekompensasi kordis ($Hb < 6 \text{ gr\%}$), mola hidatidosa, hiperemesis gravidarum, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini (Manuaba, 2010:240).

c) Sifilis

Penyebab penyakit ini adalah *Treponema pallidum* yang dapat menembus plasenta setelah usai kehamilan 16 minggu. Pengaruh terhadap kehamilan dapat dalam bentuk persalinan prematuritas atau kematian dalam rahim dan infeksi bayi dalam bentuk konginetal (Manuaba, 2010:338).

d) Asma

Selama kehamilan, gejala asma mungkin memburuk karena ruang paru tertekan janin yang berkembang. Wanita dengan asma sedang sampai berat sebaiknya dirujuk pada seorang dokter untuk dievaluasi (Varney, 2008:135).

e) TORCH

Semua infeksi TORCH meliputi komponen toksoplasmosis, sitomegalovirus, herpes simpleks dan rubella dapat menimbulkan abortus, persalinan premature, pertumbuhan janin terhambat (Manuaba, 2010:340).

f) HIV/AIDS

Kehamilan dapat memperberat kondisi klinis wanita dengan infeksi HIV/AIDS. Transmisi vertical merupakan penyebab tersering infeksi HIV pada bayi dan anak-anak. Transmisi AIDS

dari ibu kepada janin dapat terjadi intrauterine (95- 10%), saat persalinan (10-20%), pasca persalinan (5-20%). Kelainan dapat terjadi pada janin adalah berat badan bayi rendah, bayi lahir mati, dan abortus spontan (Saifuddin, 2011:933).

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Informasi tentang keluarga pasien penting untuk mengidentifikasi wanita yang beresiko menderita penyakit genetic yang dapat mempengaruhi hasil akhir kehamilan atau beresiko memiliki bayi yang menderita penyakit genetic (Romauli, 2011:167).

5) Riwayat Kebidanan

a) Menstruasi

Menurut Marmi (2011:157), gambaran riwayat menstruasi klien yang akurat biasanya membantu penetapan tanggal perkiraan kelahiran. Dengan menggunakan rumus Neagele $h+7$ $b-3$ $th+1$ untuk siklus 28 hari. Informasi tambahan tentang siklus menstruasi yang harus diperoleh mencakup frekuensi haid dan lama perdarahan. Jika menstruasi lebih pendek atau lebih panjang dari normal, kemungkinan wanita tersebut telah hamil saat terjadi perdarahan, dan tentang haid meliputi menarche, banyaknya darah, haid teratur atau tidak, siklusnya, lamanya haid sifat darah (cair atau bekuan-bekuan, warnanya, baunya) serta nyeri haid atau tidak dan kapan haid terakhirnya.

b) Riwayat kehamilan yang lalu

Informasi esensial tentang kehamilan terdahulu mencakup bulan dan tahun kehamilan tersebut berakhir, usia gestasi saat kehamilan berakhir ataupun komplikasi-komplikasi yang menyertai kehamilan (Marmi, 2011:158).

c) Riwayat persalinan yang lalu

Informasi esensial tentang persalinan terdahulu mencakup tipe persalinan apakah spontan, forsep, ekstraksi vakum, atau boleh sesar, lama persalinan, penolong persalinan, aterm atau premature, berat lahir, jenis kelamin, serta komplikasi-komplikasi yang menyertai (Marmi, 2011:158).

d) Riwayat nifas yang lalu

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C. Bila terjadi peningkatan terus menerus selama 2 hari, kemungkinan terjadi infeksi (Manuaba, 2010:201).

e) Kehamilan sekarang

Menurut saifuddin (2009:60) jadwal pemeriksaan hamil dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan yaitu satu kali dalam trimester pertama, satu kali pada trimester kedua, dua kali pada trimester ketiga. Pelayanan asuhan kehamilan standart minimal 10T yaitu: Timbang, ukur tekanan darah, Nilai status gizi (ukur LILA), Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ), ukur tinggi fundus uteri, pemberian minimal TT

lengkap (5x TT yaitu TT5), pemberian tablet zat besi minimum 90 tablet selama kehamilan, tes laboratorium, tatalaksana kasus, dan temu wicara dalam persiapan rujukan.

6) Riwayat Kontrasepsi

Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi Estimated Date of Delivery (EDD) dan karena penggunaan metode lain dapat membantu “menggali kehamilan”. Riwayat penggunaan IUD terdahulu meningkatkan resiko kehamilan ektopik, dan tanyakan kepada klien lamanya pemakaian alat kontrasepsi dan jenis kontrasepsi yang digunakan (Marmi, 2011:158).

7) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

Menurut Saifuddin (2009:286) nutrisi yang perlu ditambahkan pada saat kehamilan :

(1) Kalori

Jumlah kalori yang dibutuhkan ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2.500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas dan hal ini merupakan factor predisposisi untuk terjadinya preeklamsia. Jumlah pertambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10- 12 kg selama hamil.

(2) Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari. Sumber protein tersebut dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewani (ikan, ayam, keju, susu, telur). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran premature, anemia dan oedema.

(3) Kalsium

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

(4) Zat Besi

Pemberian zat besi dimulai dengan memberikan satu tablet sehari segera setelah rasa mual hilang. Setiap tablet mengandung FeSO_4 320 mg (zat besi 60 mg) dan asam folat 500 mg, minimal masing-masing 90 tablet. Tablet besi sebaiknya tidak diminum bersama the atau kopi karena akan mengganggu penyerapan. Metabolisme yang tinggi pada ibu hamil memerlukan kecukupan oksigenasi jaringan yang diperoleh dari peningkatan dan 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 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 (Saifuddin, 2010:N-3).

(5) Asam Folat

Selain zat besi, sel-sel darah merah juga memerlukan asam folat bagi pematangan sel. Jumlah asam folat yang dibutuhkan oleh ibu hamil adalah 400 mikrogram per hari, kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil (Saifuddin, 2010:N-3).

b) Eliminasi

(1) Buang Air Kecil (BAK)

Peningkatan frekuensi berkemih pada TM III paling sering dialami oleh wanita primigravida setelah lightening. Lightening menyebabkan bagian presentasi (terendah) janin akan menurun masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih (Marmi, 2011:134).

(2) Buang Air Besar (BAB)

Konstipasi diduga akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan hormon progesterone. Konstipasi juga dapat terjadi sebagai akibat dari efek samping penggunaan

zat besi, hal ini akan memperberat masalah pada wanita hamil (Marmi, 2011:137).

c) Istirahat dan tidur

Secara anatomi, ligamen sendi putar dapat meningkatkan pelebaran/pembesaran rahim pada ruang abdomen. Nyeri pada ligament ini terjadi karena pelebaran dan tekanan pada ligament karena adanya pembesaran rahim. Istirahat dengan posisi duduk lazim dipilih ibu hamil. Paha harus tertopang kursi, kaki dalam posisi datar di lantai. Bila perlu kaki sedikit ditinggikan di atas bangku kecil (Romaui, 2011:154).

d) Aktivitas

Senam hamil bertujuan mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dimanfaatkan untuk berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Senam hamil dimulai pada usia kehamilan sekitar 24-28 minggu. Beberapa aktivitas yang dapat dianggap sebagai senam hamil yaitu jalan-jalan saat hamil terutama pagi hari (Manuaba, 2012:132).

e) Personal Hygiene

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya 2x sehari karena ibu hamil cenderung mengeluarkan banyak keringat. Kebersihan mulut dan gigi perlu mendapat perhatian karena sering kali mudah terjadi gigi berlubang,

terutama pada ibu yang kekurangan kalsium (Romauli, 2011:138).

Kebersihan yang perlu diperhatikan selama kehamilan meliputi:

- (1) Pakaian yang dikenakan ibu hamil harus nyaman, mudah menyerap keringat, mudah dicuci, tanpa sabuk atau pita yang menekan dibagian perut/pergelangan tangan leher.

Desain BH harus disesuaikan agar menyangga payudara agar mengurangi rasa tidak nyaman karena pembesaran payudara.

- (2) Memakai sepatu dengan hak lebih rendah (Romauli, 2011:138).

- (3) Pemeliharaan payudara

Pada kehamilan 12 minggu, dari puting susu dapat mengeluarkan kolostrum yang berasal dari asinus yang mulai bersekresi. Pada trimester III, pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara semakin meningkat.

Sejak kehamilan 32 minggu sampai anak lahir, kolostrum yang keluar lebih kental, berwarna kuning, dan banyak mengandung lemak. Pemakaian bra dengan ukuran yang terlalu ketat dan menggunakan busa akan mengganggu penyerapan keringat payudara (Marmi, 2011:128).

- (4) Kebersihan genetalia

Yang harus diperhatikan adalah celana dalam harus kering, jangan menggunakan obat atau menyemprot ke dalam vagina, sesudah BAK dan BAB dilap dengan lap khusus (Marmi, 2011:132).

f) Riwayat seksual

Pada trimester III libido ibu menurun sehingga jarang melakukan hubungan seksual (Romauli, 2011). Pada kehamilan tua sekitar 14 hari menjelang persalinan hubungan seksual perlu dihindari karena dapat membahayakan. Keinginan seksual ibu hamil trimester III sudah berkurang karena berat perut yang semakin membesar dan tekniknya pun sudah sulit dilakukan. Posisi diatur untuk menyesuaikan pembesaran perut (Marmi, 2011:201).

g) Riwayat ketergantungan

(1) Merokok

Ibu hamil yang merokok menyebabkan bayi kekurangan oksigen dan racun yang dihisap melalui rokok bisa ditransfer melalui plasenta ke dalam tubuh bayi. Kandungan nikotin di dalam rokok dapat meningkatkan tekanan darah, frekuensi jantung, peningkatan epinefrin dan CO_2 (meningkatkan resiko kasus terjadinya abortus spontan, plasenta abnormal, preeklamsia, BBLR) (Marmi, 2011:112).

(2) Obat terlarang

Mengidentifikasi penggunaan obat pada masa hamil sangat penting, paling tidak untuk membantu wanita yang ingin merokok, mengidentifikasi bayi dan janin beresiko, dan mengidentifikasi wanita beresiko terinfeksi HIV (Marmi, 2011:156-156).

(3) Alkohol

Masalah signifikan yang ditimbulkan oleh anak-anak yang mengalami sindrom alkohol janin dan gangguan perkembangan saraf terkait alkohol membuat klinis wajib menanyakan asupan alkohol dan mengingatkan wanita efek potensial alkohol jangka panjang ppada bayi yang dikandungnya (Marmi, 2011:156).

h) Latar Belakang Sosial Budaya

Hal penting yang biasanya berkaitan dengan masa hamil yaitu menu untuk ibu hamil, misalnya ibu hamil harus pantang terhadap makanan yang berasal dari daging, ikan, telur, dan gorengan-gorengan karena kepercayaan akan menyebabkan kelainan pada janin. Adat ini sangat merugikan pasien dan janin karena hal tersebut akan membuat pertumbuhan janin tidak optimal dan pemulihan kesehatannya akan lambat. Dengan banyaknya jenis makanan yang harus ia pantangi, maka akan mengurangi nafsu makannya, sehingga asupan makanan malah

jadi semakin berkurang, produksi ASI juga akan berkurang karena volume ASI dipengaruhi oleh asupan nutrisi dengan kualitas dan kuantitas yang cukup (Romauli, 2011:169- 170).

i) Psikososial dan Spiritual

Ibu Hamil Trimester III Trimester ketiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Ibu hamil tidak sabar menantikan kelahiran bayi, berjaga-jaga dan menunggu tanda gejala persalinan, merasa cemas dengan kehidupan bayi dan diri sendiri, merasa canggung, jelek, berantakan dan memerlukan dukungan yang sangat besar dan konsisten dari pasangannya, mengalami proses duka lain ketika mengantisipasi hilangnya perhatian dan hak istimewa khusus selama hamil, dan hasrat untuk melakukan hubungan seksual akan menghilang seiring dengan membesarnya abdomen yang menjadi penghalang (Marmi, 2011:95-96).

b) Data Obyektif

Setelah data subyektif kita dapatkan, untuk melengkapi data kita dalam menegakkan diagnosis, maka kita harus melakukan pengkajian data obyektif melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi yang dilakukan berurutan.

1) Pemeriksaan umum

(a) Keadaan umum

Untuk mengetahui data ini kita cukup dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan kita laporkan dengan kriteria sebagai berikut :

(1) Baik

Jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.

(2) Lemah

Pasien dimasukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respons yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan sendiri. (Sulistyawati A, 2011:174-175).

(3) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan komposmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati, 2011:175).

(b) Tanda-tanda Vital

(1) Tekanan Darah

Tekanan darah dalam batas normal, yaitu 100/70-130/90 mmHg (Romauli, 2011:136). Wanita yang tekanan darahnya sedikit meningkat diawal pertengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika wanita nulipara dengan sistolik ≥ 120 mmHg, ia beresiko mengalami preeklamsia (Marmi, 2011:99).

(2) Nadi

Denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100 denyut per menit (dpm). Curigai hipotiroidisme jika denyut nadi lebih dari 100 dpm. Periksa adanya eksoftalmia dan hiperrefleksia yang menyertai (Marmi, 2011:163).

(3) Suhu

Suhu sedikit meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Dianggap normal adalah peningkatan suhu yang tidak lebih dari $0,5-1^{\circ}\text{C}$ yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan. Peningkatan suhu sedikit adalah normal. Namun apabila persalinan berlangsung lebih lama, peningkatan suhu dapat mengindikasikan dehidrasi dan parameter lain harus dicek. Pada kasus ketuban pecah dini, peningkatan

suhu dapat mengindikasikan infeksi dan tidak dapat dianggap normal pada kondisi ini (Varney, 2008:217).

(4) Pernafasan

Untuk mengetahui sistem pernafasan, normalnya 16-24 kali per menit (Romauli, 2011:173).

(c) Antropometri

(1) Tinggi Badan

Tinggi badan kurang dari rata-rata merupakan faktor resiko bagi ibu hamil/ibu bersalin, jika tinggi badan kurang dari 145 cm kemungkinan sang ibu memiliki panggul sempit. Tujuan pemeriksaan tinggi badan adalah untuk mengetahui tinggi badan ibu sehingga bisa mendeteksi faktor resiko. Faktor resiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan tinggi badan adalah keadaan rongga panggul. Sering dijumpai pada ibu yang pendek, rongga panggulnya sempit. Ada juga ibu hamil yang pendek tapi rongga panggulnya normal (Mandriawati, 2008:39).

(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, 2012:117).

Sedangkan menurut Saifuddin (2010) rekomendasi penambahan berat badan selama kehamilan berdasarkan indeks masa tubuh yaitu dapat dilihat dalam tabel 2.18

Tabel 2.18

Rekomendasi Penambahan Berat Badan Berdasarkan Indeks Masa Tubuh

Kategori	IMT	Rekomendasi
Rendah	$\leq 19,8$	12,5-18
Normal	19,8-26	11,5-16
Tinggi	26-29	7-11,5
Obesitas	≥ 29	≥ 7
Gemelli		16-20,5

Sumber: (Saifuddin, 2010:180).

(3) Lingkar Lengan Atas (LILA)

Pada bagian kiri lila kurang dari 23,5 cm merupakan indikator kuat untuk status gizi ibu yang kurang atau buruk, sehingga ia beresiko untuk melahirkan BBLR.

Dengan demikian bila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan, petugas dapat memotivasi ibu agar lebih memperhatikan kesehatannya serta jumlah dan kualitas makannya (Romauli, 2011:173).

2) Pemeriksaan Fisik

(1) Kepala

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romaui, 2011:174).

(2) Muka

Tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, tidak sembab, bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romaui, 2011:174). Oedema wajah, kaki dan tangan merupakan salah satu gejala preeklamsia (Manuaba, 2010:261).

(3) Mata

Bengkak atau tidak (apabila kelopak mata sudah bengkak kemungkinan terjadi pre eklamsi berat), conjungtiva merah muda atau pucat, sclera putih/kuning (Beaty, 2012: 122).

(4) Hidung

Adakah pernafasan cuping hidung dan adakah pengeluaran sekret (Ummi Hani,2011:92).

(5) Mulut

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah,

maka perlu perawatan mulut agar selalu bersih (Romauli, 2011:174). Adanya caries atau keropos yang menandakan ibu kekurangan kalsium. Saat hamil sering terjadi caries yang berkaitan dengan emesis atau hiperemesis gravidarum, hal lain yang sering terjadi pada wanita hamil yaitu gingivitis (Saifuddin, 2010:287).

(6) Telinga

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

(7) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011:174).

(8) Dada

Bentuk dada, pemeriksaan paru harus mencakup observasi sesak nafas, nafas dangkal, nafas cepat, pernafasan yang tidak teratur, mengi, batuk, dispne, penurunan bunyi nafas (Sulistyawati, 2011:176).

(9) Payudara

Adanya hiperpigmentasi areola, puting susu bersih dan menonjol. Pada kehamilan setelah 12 minggu, dari puting susu dapat mengeluarkan kolostrum. Kolostrum ini

berasal dari asinus yang mulai bersekresi (Romauli, 2011:177).

(10) Abdomen

Bentuk, bekas luka operasi, terdapat linea nigra, striae livide dan terdapat pembesaran abdomen (Romauli, 2011:174). Bentuk pembesaran perut (perut membesar kedepan atau kesamping, tampakkah gerakan janin atau kontraksi rahim), luka bekas operasi, ukur tinggi fundus uteri, hitung TBJ, letak presentasi posisi dan penurunan kepala, mendengar denyut jantung janin (DJJ), dan gerakan janin (Umami, 2011:92).

a) Palpasi Abdomen atau periksa raba yaitu untuk menentukan besarnya rahim, menentukan tuanya kehamilan, menentukan letak janin, serta memastikan tidak ada tumor, kista nyoma didalam rongga perut (Restiani, 2015: 36). Cara melakukan palpasi menurut Leopold adalah sebagai berikut :

(1) Leopold I

Pemeriksaan Leopold I digunakan untuk menentukan tinggi fundus uteri, bagian janin dalam fundus, dan konsistensi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan (Romauli, 2011:175).

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold I yaitu :

- (a) Kaki pasien dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha
- (b) Pemeriksa berdiri di sebelah kanan pasien dan melihat ke arah muka penderita
- (c) Rahim dibawa ketengah
- (d) Tinggi fundus uteri ditentukan
- (e) Menetapkan usia kehamilan berdasarkan hasil pemeriksaan palpasi leopod I pada trimester III.

III.

(Manuaba, 2010: 120)



Gambar 2.17
Posisi leopod I

Sumber: Manuaba, 2010: 118

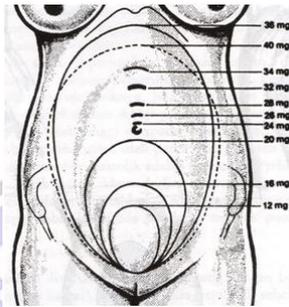
Tabel 2.19

TFU berdasarkan leopold pada trimester III

Usia kehamilan	TFU
28 minggu	1/3 jari di atas pusat
32 minggu	Pertengahan prosesus xifoideus (px) dan pusat

36 minggu	Setinggi px atau 2-3 jari dibawah px
40 minggu	Pertengahan px dan pusat

Sumber : Manuaba,2010 :100



Gambar 2.18

Pemeriksaan Fundus Uteri untuk Menentukan Umur Kehamilan

Sumber : Wiknjosastro, H. 2009. *Ilmu Kandungan, Neonatus & Anak*. Hal : 158.
Jakarta : EGC

(2) Leopold II

Tujuan leopold II untuk menentukan batas samping rahim kanan dan kiri, yaitu punggung pada letak bujur dan kepala pada letak lintang, normalnya teraba bagian panjang, keras seperti papan (punggung) pada satu sisi uterus dan pada sisi lain teraba bagian kecil (ekstermitas) (Romauli, 2011:175).

Langkah-langkah pemeriksaan leopold II yaitu :

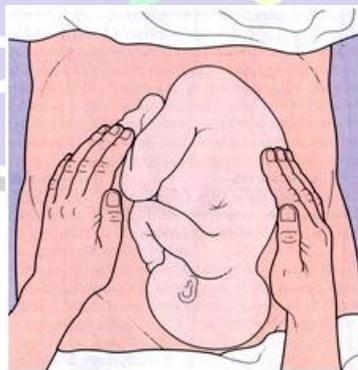
- (a) Kedua tangan pindah ke samping
- (b) Tentukan dimana punggung anak. Punggung anak terdapat di pihak yang memberikan rintangan yang terbesar, carilah bagian-bagian

terkecil yang biasanya terletak bertentangan dengan pihak yang memberi rintangan terbesar.

(c) Kadang-kadang di samping terdapat kepala atau bokong ialah letak lintang. (Marmi, 2014:167-168) Menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus, tangan yang lain meraba punggung janin (Manuaba, 2010:118) .

Variasi Buddin : menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus, tangan yang lain meraba punggung janin (Manuaba, 2012:95).

Variasi Ahfeld : menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di tengah perut (Manuaba, 2012:95).



Gambar 2.19

Posisi leopold II

Sumber: Manuaba, 2010: 118

(3) Leopold III

Tujuan leopold III yaitu untuk mengetahui presentasi/bagian terbawah janin yang ada di simpisis. Normalnya pada bagian bawah janin teraba bagian yang bulat, keras dan melenting (kepala janin) (Romauli,2011:175). Serta apakah bagian bawah anak ini sudah atau belum terpegang oleh Pintu Atas Panggul (PAP) (Marmi, 2014:168).

Langkah-langkah pemeriksaan leopold III yaitu:

- (a) Dipergunakan satu tangan saja
- (b) Bagian bawah ditentukan antara ibu jari dan jari lainnya
- (c) Cobalah apakah bagian bawah masih dapat digoyangkan.

(Manuaba, 2010: 119)



Gambar 2.20

Posisi leopold III

Sumber : Manuaba, 2010: 119

(4) Leopold IV

Tujuan leopold IV yaitu untuk mengetahui seberapa jauh masuknya bagian terendah janin dalam PAP guna menentukan bagian bawah dalam rahim konvergen atau divergen. (Fatimah, 2017: 112). Langkah-langkah pemeriksaan

leopold IV yaitu:

- a) Kaki pasien diluruskan
- b) Pemeriksa mengubah sikapnya menjadi kearah kaki klien
- c) Ditentukan seberapa jauh masuknya bagian bawah kedalam rongga panggul.
- d) Jika kita rapatkan kedua tangan pada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar apakah konvergen atau divergen.

(Fatimah, 2017: 112)





Gambar 2.21
Posisi leopold IV
Sumber : Manuaba, 2010: 119

b) Penurunan

Penilaian penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada diatas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan 5 jari tenagn pemriksa (per limaann).

Penurunan bagian terbawah dengan metode 5 jari :

- (1) 5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba diatas simfisis pubis
- (2) 4/5 jika sebagian 1/5 bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul
- (3) 3/5 jika sebagian 2/5 bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul.
- (4) 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 digerakkan).

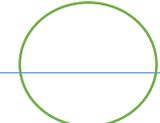
(5) 1/5 jika hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada diatas simfisis dan 4/5 bagian telah masuk kedalam rongga panggul.

(6) 0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk kedalam rongga panggul

(Marmi, 2011:149)



Tabel 2.20
Penurunan Kepala Janin Menurut Sistem Perliman

Periksa Luar	Periksa Dalam	Keterangan
 =5/5		Kepala diatas PAP mudah digerakan
 =4/5	H I-II	Sulit digerakan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
 =3/5	H II-III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
 =2/5	H III+	Bagian terbesar sudah masuk panggul
 =1/5	H III-IV	Kepala didasar panggul
 =0/5	H IV	Di perineum

Sumber : Saifuddin,2013:10.

c) Pemeriksaan osborn tes

Tujuan pemeriksaan osborn tes adalah tes untuk mengetahui adanya DKR (Disposisi Kepala Panggul)

pada ibu hamil. Prosedur pemeriksaan test osborn

adalah sebagai berikut :

- (1) Dilakukan pada umur kehamilan 36 minggu
- (2) Tangan kiri mendorong kepala janin masuk PAP.

Apabila kepala mudah masuk tanpa halangan,

maka hasil tes osborn adalah negatif (-). Apabila kepala tidak bisa masuk dan teraba tonjolan diatas simpisis, maka tonjolan diukur dengan 2 jari telunjuk dan jari tengah tangan kanan. Apabila tonjolan lebih dari 2 jari, maka hasil test osborn adalah (+). Apabila teraba tonjolan kurang dari 2 jari, maka hasil test osborn adalah ragu-ragu. Dengan pertambahan usia kehamilan, ukuran kepala diharapkan bisa menyesuaikan dengan ukuran panggul (moulase).

Cara lain apabila kepala tidak bisa masuk dan teraba tonjolan diatas simpisis, maka jari tengah diletakkan tepat diatas simpisis. Apabila telunjuk lebih rendah dari jari tengah, maka tes osborn adalah negatif (-). Apabila jari telunjuk dan jari tengah sejajar, maka hasil tes osborn adalah ragu-ragu. Apabila jari tlunjuk lebih tinggi dari jari tengah, maka hasil tes osborn adalah positif (+).

(Yeyeh, 2011: 355)

d) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Melakukan pemeriksaan mengukur tinggi *fundus* uteri dengan teknik *Mc.Donald* bertujuan untuk menentukan umur kehamilan berdasarkan bulan

dibandingkan dengan hasil anamnesis *HPHT* dan kapan gerakan janin mulai dirasakan. Tinggi fundus uteri dalam sentimeter (cm), yang normal harus sama dengan umur kehamilan dalam minggu yang ditentukan berdasarkan *HPHT* (Ambarwati, 2011:83). Cara menghitung TFU untuk menentukan usia kehamilan dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut :

(1) Tinggi fundus (cm) \times 2/7 = (durasi kehamilan dalam bulan)

(2) Tinggi fundus (cm) \times 8/7 = (durasi kehamilan dalam minggu)

(Manuaba, 2010:163).



Tabel 2.21
Tinggi Fundus Uteri

Usia kehamilan	Tinggi fundus	
	Dalam cm	Menggunakan penunjuk badan
12 minggu	-	Teraba di atas simpisis pubis
16 minggu	-	Di tengah antara simpisis pubis dan umbilikus
20 minggu	20 cm (± 2 cm)	Pada umbilikus
22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
28 minggu	28 cm (± 2 cm)	Di tengah, antara umbilikus dan prosesus sifoideus
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
36 minggu		Pada prosesus sifoideus.

Sumber : Rukiyah,2009:33

e) Tafsiran Berat Janin (TBJ)

Dalam penghitungan TBJ Rumus dapat menggunakan rumus Johnson-Tusak : $BB = (Mac Donald-n) \times 155$

n : posisi kepala masih diatas spina ischiadika atau bawah. Bila diatas (-12) dan bila dibawah (-11) (Rukiyah, 2009:33).

Tabel 2.22

Tafsiran berat janin berdasarkan usia kehamilan

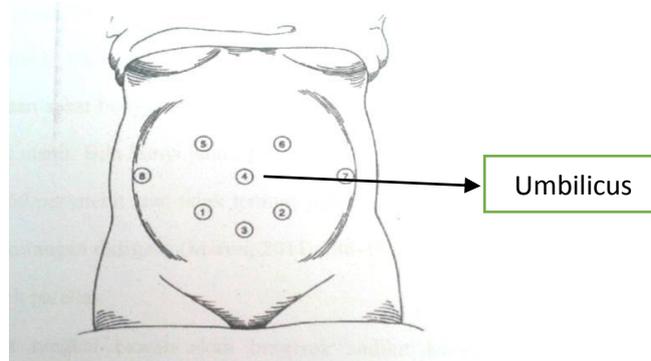
Usia Kehamilan	Berat Badan (gram)
7	1000
8	1800
9	2500
10	3000

Sumber : Manuaba, 2010: 134-135.

f) Auskultasi

Jumlah denyut jantung janin normal antara 120-140 denyut per menit. Bila bunyi jantung kurang dari 120 per menit atau lebih dari 160 per menit atau tidak teratur, maka janin dalam keadaan asfiksia (kekurangan oksigen) (Marmi, 2011:189). Denyut jantung janin dihitung dengan menghitung 5 detik pertama, interval 5 detik dilanjutkan untuk menghitung 5 detik kedua, interval 5 detik dilanjutkan untuk menghitung 5 detik ketiga. Jumlah perhitungan selama 3 kali 5 detik dikalikan 4, sehingga denyut jantung janin selama satu menit dapat ditetapkan (Manuaba, 2010:116).

Letak Punctum Maksimum setelah minggu ke-26 gestasi dapat dilihat pada gambar: 2.22



Gambar 2.22
Letak Puctum Maksimum
Sumber : Wheeler, 2007:145.

Keterangan :

Gambar ini untuk mencari letak DJJ, posisi umbilicus berada dipertengahan angka 3 dan 4. Posisi 1 dan 2 mula-mula dengarkan dipertengahan kuadran bawah abdomen. Posisi 3 jika DJJ tidak ditemukan, dengarkan dipertengahan garis imajinir yang ditarik dari umbilikus sampai pertengahan puncak rambut pubis. 4 jika tidak ditemukan, dengarkan langsung di atas umbilikus. 5 dan 6 jika belum ditemukan, dengarkan dipertengahan kuadran atas abdomen. 7 dan 8 jika belum ditemukan, dengarkan 4 inci dari umbilikus, mendekati panggul (Manuaba, 2010:116).

Pada pemeriksaan genetalia dilakukan dengan mencari adanya lesi, eritema, perubahan warna, pembengkakan, ekskoriiasi, dan memar. Pemeriksaan menyelueuh biasanya dilakukan dengan memisah labia mayora, dari minora dan dengan perlahan menarik ujung klitoris (Marmi, 2014:170).

(12) Anus

Ibu hamil sangat rentan menderita hemoroid karena meningkatkan kadar hormone yang melemahkan dinding vena dibagian anus. Banyak ibu hamil yang menderita hemoroid setelah 6 bulan usia kehamilan karena adanya peningkatan tekanan vena diarea panggul.

Hemoroid dibagi 4 yaitu:

Derajat 1 :

Benjolan kecil, masuk sendiri dengan ibu disuruh seperti menahan BAB

Derajat 2 :

Benjolan besar, kita masukkan dan tidak keluar

Derajat 3 :

Benjolan besar, tidak bisa masuk sendiri, apabila dimasukkan keluar lagi.

Derajat 4 :

Benjolan besar, disertai darah

(Saifuddin, 2010:94).

(13) Ekstermitas

Pada ibu hamil trimester III sering terjadi edema dependen, yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstermitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas kapiler, tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvic ketika duduk atau pada vena cava inferior ketika berbaring. Jika edema muncul pada muka, tangan dan kaki disertai protein urin serta hipertensi perlu diwaspadai adanya preeklamsia. Edema dapat mengidentifikasi penyakit kardiovaskuler. Varises dapat meningkatkan resiko flebitis dalam kehamilan (Walsh, 2012:208).

3) Pemeriksaan khusus

(a) Perkusi reflek patella

Tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon diketuk. Bila gerakannya berlebihan dan cepat maka hal ini mungkin merupakan tanda preeklamsia. Reflek lutut negative kemungkinan pasien mengalami kekurangan B1 (Romauli, 2011:186).

(b) Pemeriksaan panggul

Menurut Marmi (2014: 171-176) persalinan dapat berlangsung dengan baik atau tidak antara lain tergantung pada luasnya jalan lahir yang terutama ditentukan oleh bentuk dan ukuran-ukuran panggul. Maka untuk meramalkan apakah persalinan dapat berlangsung biasa, pengukuran panggul diperlukan. Pemeriksaan panggul dibagi menjadi 2, yaitu:

(a) Pemeriksaan panggul luar

- (1) Distansia spinarum, jarak antara spina iliaca anterior superior kiri dan kanan (normalnya $\pm 23-26$ cm).
- (2) Distansia cristarum, jarak antara crista iliaca kanan dan kiri (normalnya $\pm 26-29$ cm).
- (3) Conjugata eksterna (baudeloque), jarak antara pinggir atas symphysis dan ujung processus spinosus ruang tulang lumbal ke-V (normalnya $\pm 18-20$ cm).
- (4) Ukuran lingkaran panggul, dari pinggir atas symphysis ke pertengahan antara spina iliaca anterior superior dan trochanter major sepihak dan kembali melalui tempat-tempat yang sama dipihak yang lain (normalnya 80- 90 cm)

(5) Distansia tuberum

Ukuran melintang dari pintu bawah panggul atau jarak antara tuber ischiadikum kanan kiri ukuran normal 10,5 – 11 cm.

(Marmi, 2014:176).

(b) Pemeriksaan panggul dalam

Pemeriksaan dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu. Dengan pemeriksaian dalam kita dapat kesan mengenai bentuk panggul. Didapatkan hasil normal bila promontorium tidak teraba, tidak ada tumor (exostose), linea innominata teraba sebagian, spina ischiadika tidak teraba, os. sacrum mempunyai inklinasi ke belakang dan sudut arkus pubis $\geq 90^\circ$ (Hani dkk, 2014: 138).

4) Pemeriksaan Penunjang

(a) Pemeriksaan darah

(1) Hemoglobin

Nilai batas normal unuk anemia pada perempuan hamil di trimester pertama dan ketiga yaitu tidak kurang 11,0 g/dl, sedangkan di trimester kedua tidak kurang 10,5 g/dl (Saifiddin, 2011:775).

Tabel 2.23
Hasil pemeriksaan kadar haemoglobin

Kadar Hb	Kriteria
11 gr%	Tidak anemia
9-10 gr%	Anemia ringan
7-8 gr%	Anemia sedang
≤ 7 gr%	Anemia berat

Sumber : Manuaba, 2010:248.

(2) HbsAg

HbsAg merupakan pertanda serologik infeksi virus hepatitis B pertama yang muncul di dalam serum dan mulai terdeteksi antara 1 sampai 12 minggu pasca infeksi, mendahului munculnya gejala klinik serta meningkatnya SGPT. Selanjutnya HbsAg merupakan satu-satunya pertanda serologik selama 3-5 minggu. Pada kasus yang sembuh, HbsAg akan hilang antara 3 sampai 6 bulan pasca infeksi sedangkan pada kasus kronis, HbsAg akan tetap terdeteksi sampai lebih dari 6 bulan. HbsAg positif yang persisten lebih dari 6 bulan didefinisikan sebagai pembawa (carrier). Sekitar 10% penderita yang memiliki HbsAg positif carrier, dan hasil ujian dapat tetap positif selama bertahun-tahun. Pemeriksaan HbsAg secara rutin dilakukan pada pendonor darah untuk mengidentifikasi antigen hepatitis B. Transisi hepatitis B melalui transfusi sudah

hampir tidak terdapat lagi berkat screening HbsAg pada darah pendonor. Namun, meskipun insiden hepatitis B terkait transfusi sudah menurun, angka kejadian hepatitis B tetap tinggi. Hal ini terkait dengan transmisi virus hepatitis B melalui beberapa jalur, yaitu parental, perinatal, atau kontak seksual. Orang yang beresiko tinggi terkena infeksi hepatitis B adalah orang yang bekerja di sarana kesehatan, ketergantungan obat, suka berganti-ganti pasangan seksual, sering mendapat transfusi, hemodialisa, bayi baru lahir yang tertular dari ibunya yang menderita hepatitis B (Marmi,2011:182).

(3) HIV / AIDS

Infeksi HIV pada ibu hamil bisa menembus ke janin selama kehamilan, saat melahirkan, atau selama menyusui. Virus HIV merupakan virus yang dapat menyebabkan AIDS. Ibu hamil juga perlu melakukan tes laboratorium Anti HIV. Tes ini memiliki tujuan untuk mendeteksi kemungkinan virus HIV yang bisa menular kepada calon bayi. Selain itu, ibu hamil yang memiliki HIV perluy melakukan sejumlah terapi agar kehamilannya menjadi aman bagi janin. Tes ini dilakukan pada trimester I. Bila ternyata ibu positif

HIV, penanganan medis akan dilakukan untuk mengurangi risiko penularan HIV kepada bayi (Sulistyawati, 2016:67).

(4) Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan (Romauli, 2011:148).

(b) Pemeriksaan urin

Protein urin : Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui adanya protein dalam urine, menunjukkan ibu mengalami preeklamsia.

(1) Urine Albumin

Pemeriksaan urine albumin digunakan untuk mengetahui kemungkinan adanya kelainan pada air kemih, misal : gejala pre-eklamsia, penyakit ginjal, radang kandung kecing.

(2) Urine Reduksi

Pemeriksaan urine reduksi bertujuan untuk mengetahui kadar glukosa dalam urine, sehingga dapat mendeteksi penyakit DM pada ibu hamil yang merupakan faktor risiko dalam kehamilan maupun persalinan.

- : Tetap biru atau hijau jernih

+ : Kuning

++ : Oranye

+++ : Merah bata/coklat

(Fatma, 2014:57-58)

5) Pemeriksaan penunjang lain

(a) Pemeriksaan USG

Beberapa indikasi pemeriksaan USG pada kehamilan trimester III antara lain penentuan usia kehamilan, evaluasi pertumbuhan janin, terduga kematian janin, terduga kelainan volume cairan, evaluasi kesejahteraan janin, KPD atau persalinan aterm, enentuan presentasi janin, membantu tindakan versi luar, terduga inkompetensia serviks, terduga plasenta previa, terduga solusio plasenta, terdapat nyeri pelvik atau nyeri abdomen, evaluasi kelainan congenital, terduga adanya tumor pelvic atau kelainan uterus (Romauli, 2011:186).

(b) Kartu skor Puji Rochyati

Kartu skor Puji Rochyati dapat digunakan untuk mengetahui kehamilan termasuk resiko rendah, resiko tinggi atau resiko sangat tinggi. Untuk Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan skor 2 ditolong oleh bidan, Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan skor 6-10 ditolong oleh bidan atau dokter dan Kehamilan Risiko

Sangat Tinggi (KRST) dengan skor >12 ditolong oleh dokter (Kemenkes RI, 2014).

2. Diagnosa

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 :

1. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
2. Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien
3. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Diagnosa : GPAPIAH, 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,2012:123). Dengan kemungkinan masalah : edema dependen, nokturia, hemoroid, konstipasi, kram pada tungkai, sesak nafas, pusing, nyeri pinggang, varises, panas dan nyeri di ulu hati (heart burn), dan kecemasan menghadapi persalinan (Varney et al, 2008:538).

3. Intervensi

Diagnosa : G...P...A...P...I...A..H usia kehamilan....minggu, janin hidup, tunggal intrauteri, panggul normal, dan keadaan umum baik (Manuaba, 2012:123).

Tujuan adalah :

- a) Ibu dapat mengetahui kesehatan diri dan bayinya, kehamilan dapat berlangsung normal dan dapat lahir pervaginam
- b) Ibu merasa puas akan pelayanan yang diberikan oleh petugas

Kriteria adalah:

a) Kesejahteraan ibu

- 1) Keadaan umum ibu baik
- 2) Kesadaran komposmentis
- 3) TTV ibu dalam batas normal

(a) Tekanan darah : 110/70-130/90 mmHg

(b) Nadi : 68-90x/menit

(c) Suhu : 36,5-37,5°C

(d) Pernafasan : 16-20x/menit

(e) Berat badan : 12,5-17,5 kg untuk wanita dengan berat badan normal selama hamil (IMT 19,8-26). Kenaikan berat badan

per minggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg

(Saifuddin, 2009:257).

(f) TFU sesuai dengan usia kehamilan yaitu untuk usia kehamilan 28 minggu TFU 3 jari diatas pusat, 32 minggu

TFU pertengahan pusat-prosesus xiphioideus, 36 minggu TFU 3 jari dibawah prosesus xiphioideus, dan 40 minggu TFU pertengahan pusat-prosesus xiphioideus (PX).

(g) Pemeriksaan laboratorium

(1) Hb \geq 11 gr

(2) Protein urine negatife

(3) Reduksi urine negative

(Manuaba, 2012:123)

Intervensi menurut Varney (2008:538):

1) Jelaskan pada ibu hasil pemeriksaan.

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

2) Jelaskan tentang ketidakyamanan dan masalah yang mungkin timbul pada ibu hamil trimester III.

R/ Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya.

3) Diskusikan dengan ibu tentang kebutuhan dasar ibu hamil meliputi nutrisi, eliminasi, istirahat dan tidur, personal hygiene, aktivitas, hubungan seksual, perawatan payudara, dan senam hamil.

R/ Dengan memenuhi kebutuhan dasar ibu hamil, maka kehamilan dapat berlangsung dengan aman dan lancar.

4) Jelaskan pada ibu tentang tanda bahaya kehamilan trimester III yang mengindikasikan pentingnya menghubungi tenaga kesehatan dengan segera.

R/ Mengidentifikasi tanda bahaya dalam kehamilan, supaya ibu mengetahui kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk menghadapi kemungkinan keadaan darurat.

5) Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan.

R/ Dengan adanya rencana persalinan, akan mengurangi kebingungan dan kekacauan pada saat persalinan, serta meningkatkan kemungkinan bahwa ia menerima asuhan yang sesuai dan tepat waktu.

6) Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan.

R/ Mengidentifikasi kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk mempersiapkan persalinan dan kemungkinan keadaan darurat.

7) Pesankan pada ibu untuk kontrol ulang sesuai jadwal atau sewaktu-waktu bila ada keluhan.

R/ Memantau keadaan ibu dan janin, serta mendeteksi dini terjadinya komplikasi.

Kemungkinan masalah yang terjadi

(a) Masalah 1: Nokturia

Tujuan :

Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang dialami (nokturia).

Kriteria :

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

(2) Infeksi saluran kencing tidak terjadi

Intervensi :

(1) Jelaskan penyebab terjadinya sering kencing.

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

(2) Anjurkan ibu untuk menghindari minum minuman bahan diuretik alamiah seperti kopi, teh, softdrink.

R/ Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih.

(3) Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK.

R/ Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

(4) Anjurkan minum 8-10 gelas/hari tetapi banyak minum pada siang hari dan menguranginya setelah makan sore, serta sebelum tidur buang air kencing dahulu.

R/ Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari (Varney, 2008:539).

(b) Masalah 2 :

Konstipasi sehubungan dengan peningkatan progesterone.

Tujuan :

Tidak terjadi konstipasi

Kriteria :

Ibu bisa BAB 1-2 x/hari, konsistensi lunak

Intervensi menurut Varney (2008:541):

(1) Anjurkan ibu untuk membiasakan pola BAB teratur.

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

- (2) Anjurkan ibu untuk meningkatkan intake cairan, serat dalam diet.

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

- (3) Anjurkan ibu minum panas/dingin (terutama ketika perut kosong).

R/ Dengan minum panas/dingin dapat merangsang BAB.

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

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

(c) Masalah 3 : Edema Dependen

Tujuan :

Ibu dapat beradaptasi terhadap perubahan yang fisiologis (edema dependen)

Kriteria :

Setelah tidur/istirahat edema berkurang

Intervensi :

- (1) Jelaskan penyebab dari edema dependen.

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

- (2) Anjurkan ibu tidur miring ke kiri dan kaki agak ditinggikan.

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

- (3) Anjurkan pada ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama.

R/ Meringankan penekanan pada vena dalam panggul.

- (4) Anjurkan pada ibu menghindari pakaian yang ketat.

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

- (5) Anjurkan pada ibu untuk menggunakan penyokong atau korset.

R/ Penggunaan penyokong atau korset pada abdomen maternal yang dapat melonggarkan tekanan pada vena-vena panggul. (Varney, 2008: 540).

- (6) Anjurkan ibu untuk mengikuti senam hamil.

R/ Senam pada ibu hamil terdapat banyak manfaat salah satunya melancarkan sirkulasi peredaran darah terutama pada ekstermitas bawah (Marmi, 2014:540).

(d) Masalah 4 : Kram pada kaki

Tujuan :

Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis (kram tungkai) atau tidak terjadi kram tungkai.

Kriteria :

- (1) Kram pada kaki berkurang
- (2) Ibu mampu mengatasi bila kram tungkai berkurang

Intervensi menurut Bandiyah (2009:109):

- (1) Jelaskan penyebab kram kaki.

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

- (2) Anjurkan ibu untuk senam hamil secara teratur.

R/ Senam hamil memperlancar peredaran darah, suplai O^2 ke jaringan sel terpenuhi.

- (3) Anjurkan ibu untuk menghangatkan kaki dan betis dengan massage.

R/ Sirkulasi darah ke jaringan lancar.

- (4) Minta ibu untuk tidak berdiri lama.

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

- (5) Anjurkan ibu untuk menghindari aktivitas berat dan cukup istirahat.

R/ Otot-otot bisa relaksasi sehingga kram berkurang.

(6) Anjurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor.

R/ Konsumsi kalsium dan fosfor baik untuk kesehatan tulang

(Varney, 2008:540).

(e) Masalah 5 : Sesak nafas

Tujuan :

Ibu mampu beradaptasi dengan keadaanya dan kebutuhan O₂ ibu terpenuhi.

Kriteria :

(1) Frekuensi pernafasan 16-24 x/menit

(2) Ibu menggunakan pernafasan perut

Intervensi Menurut Saifuddin (2008:70) :

(1) Jelaskan pada ibu penyebab sesak nafas.

R/ Ibu mengerti penyebab sesak nafas yaitu karena membesarnya uterus.

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

R/ Menghindari penekanan diafragma.

(3) Anjurkan ibu senam hamil teratur.

R/ Merelaksasi otot-otot.

(4) Anjurkan ibu menghindari kerja keras.

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

(5) Anjurkan ibu berdiri merengangkan lengannya diatas kepala.

R/ Peregangan tulang meringankan penarikan nafas.

(f) Masalah 6 : Varises

Tujuan :

Tidak terjadi varises atau varises tidak bertambah parah.

Kriteria :

Tidak terdapat varises

Intervensi Menurut Bandiyah (2009:70-73) :

(1) Hindari mengenakan pakaian ketat.

R/ Pakaian ketat dapat menghambat aliran balik vena.

(2) Kenakan kaos kaki penyokong.

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

(3) Hindari berdiri lama dan tidak menyilang saat duduk.

R/ Meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan terjadinya resiko varises.

(4) Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur.

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

(5) Kenakan penyokong abdomen maternal atau korset.

R/ Penggunaan korset dapat mengurangi tekanan pada vena panggul.

(g) Masalah 7 :

Pusing sehubungan dengan ketegangan otot, setres, perubahan postur tubuh, kelelahan.

Tujuan :

Ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya sehingga tidak cemas.

Kriteria :

- (1) Pusing berkurang
- (2) Kesadaran composmentis
- (3) Tidak jatuh/hilang keseimbangan

Intervensi menurut Sunarti (2013:98-100) :

- (1) Jelaskan pada ibu penyebab pusing.

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

- (2) Ajarkan ibu cara bangun perlahan dari posisi istirahat.

R/ Agar ibu tidak terjatuh saat bangun dari tidur.

- (3) Anjurkan ibu untuk tidak berdiri terlalu lama dilingkungan panas dan sesak.

R/ Kekurangan O_2 karena lingkungan sesak dapat menyebabkan pusing.

- (4) Jelaskan pada ibu untuk menghindari posisi terlentang.

R/ Sirkulasi O_2 ke otak lancar.

(h) Masalah 8 : Hemoroid

Tujuan : Hemoroid tidak terjadi atau tidak bertambah parah

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

2) BAB tidak berdarah dan tidak nyeri

Intervensi menurut Varney et al, (2008:539) :

(1)Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan tinggi serat untuk menghindari konstipasi.

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

(2)Anjurkan ibu untuk minum air hangat satu gelas tiap bangun pagi.

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

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

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

(4)Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi.

R/Mengejan yang terlalu sering akan memicu terjadinya hemoroid.

(5)Anjurkan ibu untuk mandi berendam dengan air hangat.

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

(6) Anjurkan ibu untuk mengompres es dan air hangat.

R/ Kompres diperlukan untuk mengurangi hemoroid.

(i) Masalah 9 : Nyeri punggung bawah

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

Kriteria : Nyeri punggung berkurang

Intervensi :

(1) Tekuk kaki daripada membungkuk ketika mengangkat apapun. Lebarkan kedua kaki dan tempatkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain.

R/ Menekuk kaki akan membuat kedua tungkai yang menopang berat badan dan meregang, bukan punggung. Melebarkan kedua kaki dan menempatkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain akan memberi jarak yang cukup saat bengkit dari posisi setengah jongkok.

(2) Hindari membungkuk berlebihan dan mengangkat beban.

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

(3) Anjurkan tidur miring kiri dan perut di ganjal bantal.

R/ Mengurangi penekanan uterus pada ligamentum rotundum.

(4) Gunakan sepatu tumit rendah.

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

(5) Gunakan kasur yang menyokong dan posisikan badan dengan menggunakan bantal sebagai pengganjal.

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

(Varney et al,2008:542).

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

Tujuan : Tidak terjadi *heart burn*

Kriteria :

- (1) Tidak kembung
- (2) Tidak ada nyeri tekan pada perut bagian atas

Intervensi Menurut Benson *et al* (2013:450) :

- (1) Jelaskan pada ibu penyebab nyeri dan panas di ulu hati (*heart burn*) yaitu peningkatan produksi hormon progesteron, relaksasi sphincter esophagus bagian bawah bersamaan perubahan dalam gradien tekanan sepanjang sphincter, kemampuan gerak serta tonus gastro intestinal menurun, serta pergeseran lambung karena pembesaran uterus.

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

(2) Anjurkan ibu makan dengan porsi sedikit tapi sering.

R/ Untuk mengurangi rasa mual dan muntah yang dialami ibu.

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

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

(4) Hindari rokok, kopi, alkohol, dan cokelat.

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

(5) Hindari berbaring setelah makan dan makan segera sebelum tidur.

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

(6) Hindari minum selain minum air putih.

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

(7) Tidur dengan kaki ditinggikan.

R/ Memperlancar aliran darah utero plasenter, sehingga janin tidak mengalami fetal distress.

(8) Berikan antasida

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

(9) Anjurkan ibu untuk bernafas panjang dan rileks untuk beberapa menit

R/ Mengendorkan otot perut dan dada

(10) Anjurkan ibu untuk duduk tegak

R/ Duduk tegak dapat menyebabkan diafragma terangkat sehingga rongga abdomen lebih luas, tekanan dan nyeri berkurang.

(k) Masalah 11 : Kecemasan menghadapi persalinan

Tujuan : kecemasan berkurang

Kriteria :

- (1) Ibu tampak tenang dan rileks
- (2) Ibu tampak tersenyum
- (3) Suami dan keluarga memberi dukungan

Intervensi Menurut Varney *et al* (2008:560) :

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

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

(2) Anjurkan ibu mandi air hangat.

R/ Selain memperlancar sirkulasi darah, juga memberikan rasa nyaman.

(3) Anjurkan ibu melaksanakan relaksasi progresif.

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

4. Implementasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan dalam Sunarti (2013:98-110), Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Dengan KH :

- a) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
- b) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (Inform consent).
- c) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based.
- d) Melibatkan klien/pasien.
- e) Menjaga privacy klien/pasien.
- f) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
- g) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.

- h) Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- i) Melakukan tindakan sesuai standar.
- j) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

5. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 dalam Sunarti (2013:98-110) tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

Dengan kriteria:

- a) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- b) Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan /keluarga.
- c) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
- d) Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

6. Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 dalam Sunarti (2013:98-115) tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan pencatatan secara

lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

Dengan kriteria:

a) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia.

b) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

S : Adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa

O : Adalah data Objektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah Kebidanan

P : Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/ follow up dan rujukan.

Langkah implementasi, evaluasi, dan dokumentasi diatas dilakukan untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, asuhan kebidanan pada bersalin, asuhan kebidanan pada masa nifas, asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, dan asuhan kebidanan pada keluarga berencana.

2.7 Konsep Dasar Asuhan kebidanan pada Persalinan

1. Pengkajian

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

a) Data Subyektif

Menurut Nursalam (2008:88) data subyektif adalah data yang didapat dari klien sebagai pendapat terhadap situasi data kejadian

1) Biodata

(a) Nama

Untuk menetapkan identitas pasti pasien karena mungkin memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomer telepon yang berbeda (Manuaba, 2012:171).

(b) Usia/tanggal lahir

Usia dibawah 16 tahun atau diatas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia diatas 35 tahun meningkatkan insiden preeklamsia. Usia diatas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes tipe II (yang menyebabkan peningkatan insiden diabetes kehamilan juga diagnosis tipe II): hipertensi kronis yang menyebabkan peningkatan insiden preeklamsia. Persalinan yang lama pada nulipara, seksio sesarea, kelahiran preterm, IUGR, anomaly kromosom dan kematian janin (Varney et al, 2008:691).

(c) Agama

Data ini ditanyakan untuk menentukan apakah tindakan yang dilakukan sesuai dengan ajaran agama ibu atau tidak (Manuaba, 2010:117).

(d) Pendidikan terakhir

Sebagai dasar bidan untuk menentukan metode yang paling tepat dalam menyampaikan informasi mengenai teknik melahirkan bayi (Romauli, 2011:124).

(e) Pekerjaan

Data ini menggambarkan tingkat sosial ekonomi, pola sosial budaya, dan data pendukung dalam menentukan pola komunikasi yang akan dipilih selama asuhan (Marmi, 2011:155).

(f) Alamat

Selain sebagai data mengenai distribusi lokasi pasien, data ini juga member gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalinan (Romauli, 2011:163).

2) Keluhan utama

Biasanya ibu yang akan bersalin datang dengan keluhan pinggang terasa sakit menjalar ke depan, mengeluarkan lendir dan darah, mengeluarkan cairan (air ketuban) (Sulistyawati, 2010).

Gejala utama pada kala II menurut Manuaba (2010:173) adalah:

- (a) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik.
- (b) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- (c) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya pleksus frankenhauser.

3) Riwayat menstruasi

Pada riwayat menstruasi hal yang perlu dikaji adalah umur menarche, siklus, lamanya, banyaknya darah, dan adanya disminorea. Selain itu, kaji pula HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir) ibu. Hari pertama haid terakhir merupakan data dasar yang diperlukan untuk menentukan usia kehamilan, apakah cukup bulan atau premature. Kaji pula kapan bayi lahir (menurut taksiran ibu) dan taksiran persalinan (Rohani, 2011:32).

4) Riwayat kehamilan sekarang

Menurut Saifuddin (2014:769) jadwal pemeriksaan hamil yaitu, kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan yaitu satu kali padaa trimester pertama, satu kali pada trimester kedua, dan dua kali pada trimester ketiga. Pelayanan asuhan kehamilan standart minimal 10T yaitu timbang berat badan dan ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, nilai status gizi (ukur Lingkar Lengan Atas), ukur tinggi fundus

uteri, tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin, pemberian imunisasi TT lengkap (5x TT yaitu TT5), pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan, tes laboratorium (cek haemoglobin, protein urine, glukosa urine), tatalaksana kasus, dan temu wicara (konseling). Lama kala I primigravida 12 jam, multigravida 8 jam. Pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Lama kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit. Kala III untuk primigravida 30 menit dan multigravida 15 menit. Lama kala IV 2 jam (Manuaba, 2012:323).

5) Riwayat persalinan

- (a) Jarak antara dua kelahiran
- (b) Tempat melahirkan
- (c) Cara melahirkan (spontan, vakum, forsep, atau operasi)
- (d) Masalah atau gangguan yang timbul pada saat hamil dan melahirkan seperti perdarahan, letak sungsang, preeklamsia, eklamsia, dan lain-lain
- (e) Kapan ibu mulai merasakan nyeri/kontraksi, berapa lama, seberapa kuat, serta lekas nyeri/kontraksi yang ibu rasakan.

(Manuaba, 2010:173)

6) Riwayat kelahiran bayi

Berat dan panjang badan waktu lahir, jenis kelamin, kelainan yang menyertai, bila bayi meninggal apa penyebab kematiannya (Manuaba dkk, 2010:201).

7) Riwayat KB

Jenis kontrasepsi yang pernah dipakai, efek samping, alasan berhentinya penggunaan alat kontrasepsi dan lama penggunaan alat kontrasepsi (Rohani, 2011:34).

8) Riwayat kesehatan dan penyakit klien

Dikaji untuk membantu bidan mengidentifikasi kondisi kesehatan yang dapat mempengaruhi kehamilan atau bayi baru lahir (Rukiyah, 2009:25). Berikut ini adalah kondisi medis pada kategori ini:

(a) Hipertensi

Wanita hipertensi yang dinyatakan hamil perlu mendiskusikan dengan dokternya tentang pengobatan mana yang aman digunakan selama mengandung. Selain itu, wanita dengan hipertensi yang sudah ada sebelumnya mengalami peningkatan resiko terjadinya preeklamsia selama kehamilan (Varney, 2008:279-280).

(b) Asma

Wanita yang menderita asma berat dan mereka yang tidak mengendalikan asmanya tampak mengalami peningkatan insiden hasil maternal dan janin yang buruk, termasuk

kelahiran dan persalinan premature, penyakit hipertensi pada kehamilan, bayi terlalu kecil, untuk usia gestasinya, abruption plasenta, korioamnionitis, dan kelahiran seksio sesaria (Fraser et, al, 2009: 322).

(c) Anemia

Anemia didefinisikan sebagai penurunan jumlah sel darah merah atau penurunan konsentrasi haemoglobin didalam sirkulasi darah. Definisi anemia yang diterima secara umum adalah kadar Hb kurang dari 11,0 gram per 100 mililiter (11 gram/desiliter) untuk wanita tidak hamil dan kurang dari 10,0 gram per 100 mililiter (10 gram/desiliter) untuk wanita hamil (Varney, 2008:231).

(d) Diabetes mellitus

Idealnya, pada ibu hamil yang menderita DM tanpa komplikasi selama kehamilannya, persalinan dapat dilakukan secara spontan pada saat sudah cukup bulan (Fraser et al, 2009: 338).

9) Riwayat seksual

Riwayat seksual yang dikaji meliputi jenis hubungan seksual, hubungan monogamy atau jumlah pasangan, pasangan

monogamy atau jumlah dan jenis pasangan, frekuensi kepuasan hubungan seksual, masalah (Varney, 2008:232).

10) Status perkawinan

- (a) Usia pertama kali menikah
- (b) Status pernikahan sah/tidak
- (c) Lama pernikahan
- (d) Perkawinan sekarang adalah suami yang keberapa
(Sulistyawati, 2010:115).

11) Pola fungsi kesehatan

(a) Pola makan

Data ini penting untuk diketahui agar bisa mendapatkan gambaran bagaimana pasien mencukupi asupan gizinya selama hamil sampai dengan masa awal persalinan. Data fokus mengenai asupan makanan pasien adalah sebagai berikut :

- (1) Kapan atau jam berapa terakhir kali makan
- (2) Makanan yang dimakan
- (3) Jumlah makanan yang dimakan
- (4) Seandainya saat ini ingin makan, apa yang ia inginkan

(Rohani, 2011:37).

(b) Pola minum

Pada masa persalinan, data mengenai intake cairan sangat penting karena akan menentukan kecenderungan terjadinya

dehidrasi. Data yang perlu kita tanyakan berkaitan dengan intake cairan adalah sebagai berikut :

- (1) Kapan terakhir minum
- (2) Berapa banyak yang diminum
- (3) Apa yang diminum

(c) Eliminasi

Selama persalinan ibu harus dianjurkan berkemih setiap 1-2 jam. Urin yang berada dalam kandung kemih adalah masa yang tidak dapat ditekan, sehingga dapat mengganggu penurunan bagian presentasi janin atau mengurangi kapasitas uterus untuk berkontraksi, meningkat resiko perdarahan pascasalin (freser, 2009:452).

(d) Istirahat dan tidur

Umumnya wanita lebih suka berbaring karena sakit ketika his (Winkjosastro, 2009:192).

(e) Personal Hygiene

Bagi ibu yang sedang berada proses persalinan normal, mandi air hangat (Birthing pool) dapat menjadi pereda nyeri efektif yang akan meningkatkan mobilitas tanpa meningkatkan efek samping bagi ibu atau bayinya (Freser, 2009:442).

(f) Respon keluarga terhadap persalinan

Adanya respon yang positif dari keluarga terhadap persalinan akan mempercepat proses adaptasi pasien menerima peran. Adat istiadat setempat yang berkaitan dengan persalinan. Kebiasaan adat yang dianut dalam menghadapi persalinan, selama tidak membahayakan pasien, sebaiknya tetap difasilitasi karena ada efek psikologis yang positif untuk pasien dan keluarga (Sulistiyawati, 2010:119).

b) Data obyektif

Data obyektif adalah data yang sesungguhnya dapat diobservasi dan dapat dilihat oleh tenaga kesehatan.

1) Pemeriksaan Umum

(a) Keadaan umum

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, postur tubuh, pada saat ini diperhatikan bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung dan cara berjalan (cenderung membungkuk, terdapat lordosis, kifosis, skoliosis atau berjalan pincang) (Romauli, 2011:172).

(b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien dari keadaan composmentis (kesadaran maksimal) sampai coma (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistiyawati, 2010:122).

(c) Tanda-tanda vital

(1) Tekanan darah

Tekanan darah diukur setiap 4 jam, kecuali jika ada keadaan yang tidak normal sehingga harus lebih sering dicatat dan dilaporkan (Rohani, 2011). Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 10-20 mmHg dan diastolic rata-rata 5-10 mmHg (Varney, 2008:686).

(2) Nadi

Nadi normal menunjukkan pasien dalam keadaan baik, jika lebih dari 100x/menit, kemungkinan sang ibu dalam kondisi infeksi, ketosis, perdarahan. Kenaikan nadi juga salah satu tanda bahaya rupture uteri, nadi diukur setiap 1-2 jam pada awal persalinan (Laliyana dkk,2011: 139).

(3) Suhu

Suhu tubuh pasien meningkat selama persalinan, yang dianggap normal adalah peningkatan yang tidak lebih dari 0,5 sampai 10°C (Varney, 2008:687).

(4) Pernafasan

Pernafasan normal 16-24 kali per menit (Romaui, 2011:181). Sedikit peningkatan pernafasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Manuaba, 2010:207).

(d) Antropometri

(1) Berat badan

Kenaikan berat badan yang normal pada ibu hamil yaitu 6,5 kg – 16,5 kg selama hamil (Fathma, 2014:101).

(2) Tinggi badan

Ibu hamil dengan tinggi badan ≤ 145 cm tergolong resiko tinggi (Romauli, 2011:103). Rekomendasi penambahan berat badan selama kehamilan berdasarkan indeks masa tubuh yaitu dapat dilihat dalam tabel 2.24

Tabel 2.24
Kategori berat badan

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

Sumber : (Sarwono, 2009:89-90).

(3) LILA (lingkar lengan atas) pada bagian kiri

Lila kurang dari 23,50 cm merupakan indikator kuat untuk status gizi ibu kurang/buruk, sehingga ia beresiko untuk melahirkan BBLR (Romauli, 2011:162).

2) Pemeriksaan Fisik

(a) Inspeksi

(1) Kepala

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli, 2011:174).

(2) Muka

Untuk mengetahui tampak pucat atau tidak. Pada wajah perlu dilakukan pemeriksaan edema yang merupakan tanda klasik preeklamsia (Varney et al, 2008:693).

(3) Mata

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

(4) Hidung

Adakah pernafasan cuping hidung dan adakah pengeluaran sekret (Ummi Hani,2011:92).

(5) Mulut dan gigi

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah. Karies gigi atau keropos menandakan ibu kekurangan

kalsium. Kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi (Romauli, 2011:174).

(6) Telinga

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

(7) Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hyperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi (Saifuddin, 2010:186).

Kelenjar limfe yang membengkak merupakan salah satu gejala klinis infeksi toksoplasmosis pada ibu hamil, pengaruhnya terhadap kehamilan dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas dan cacat bawaan (Manuaba, 2010:340).

(8) Dada

Normal bila tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada wheezing dan ronkhi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada masa abnormal (Romauli, 2011:174).

(9) Payudara

Menjelang persalinan, perlu dilakukan pemeriksaan terhadap kondisi puting ibu misalnya, kolostrum kering atau berkerak, muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam mengeluarkan puting yang rata atau inversi pada

wanita yang merencanakan untuk menyusui (Varney et al, 2008:1050).

(10) Abdomen

Pada ibu bersalin perlu dilakukan pemeriksaan TFU, yaitu pada saat tidak sedang kontraksi dengan menggunakan pita ukur. Kontraksi uterus perlu dipantau mengenai jumlah kontraksi selama 10 menit, dan lama kontraksi. Pemeriksaan DJJ dilakukan selama atau sebelum puncak kontraksi pada lebih dari satu kontraksi. Presentasi janin, dan penurunan bagian terendah janin juga perlu dilakukan pemeriksaan abdomen, anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih (Wiknjastro, 2008:42-43). Kandung kemih harus sering diperiksa setiap 2 jam untuk mengetahui adanya distensia juga harus dikosongkan untuk mencegah obstruksi persalinan akibat kandung kemih yang penuh, yang akan mencegah penurunan bagian presentasi janin dan trauma pada kandung kemih akibat penekanan yang akan menyebabkan hipotonia kandung kemih dan retensi urin selama periode pascapartum awal (Varney, 2008:687).

(11) Genetalia

Tanda-tanda inpartu pada vagina terdapat pengeluaran pervaginam, tekanan pada anus, perineum menonjol,

vulva membuka sebagai tanda gejala kala II. Pada genitalia dilakukan pemeriksaan adanya luka atau massa termasuk kondilomata, varikosis vulva atau rectum, adanya perdarahan pervaginam, cairan ketuban dan adanya luka perut di vagina. Luka perut di vagina mengidentifikasi adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomy sebelumnya (Winkjosastro, 2008:45). Pada kala II keluarnya darah secara tiba-tiba, tampak tali pusat menjulur didepan vulva menandakan pelepasan plasenta, terjadi robekan perineum yang dibagi menjadi 4 yaitu :

Tabel 2.25
Derajat laserasi

No	Derajat laserasi	Lokasi derajat
1	Derajat satu	Mukosa vagina, komisura posterior dan kulit perineum
2	Derajat dua	Mukosa vagina, komisura posterior dan kulit perineum
3	Derajat tiga	Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum dan otot spingter ani
4	Derajat empat	Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot spingter ani dan dinding depan rectum.

Sumber : Winkjosastro, 2008.

(12) Anus

Perinium mulai menonjol dan anus mulai membuka.

Tanda ini akan tampak bila betul-betul kepala sudah

didasar panggul dan mulai membuka pintu (Winkjosastro, 2008:46).

(13) Ekstremitas

Edema merupakan tanda klasik preeklamsi. Edema pada kaki dan pergelangan kaki saja biasanya merupakan edema dependen yang disebabkan oleh penurunan aliran darah vena akibat penekanan yang membesar (Varney, 2008:693).

(b) 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, 2009:259-261).

Cara melakukan palpasi menurut Leopold adalah sebagai berikut :

(1) Leopold I

Pemeriksaan Leopold I digunakan untuk menentukan tinggi fundus uteri, bagian janin dalam fundus, dan konsistensi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan (Romauli, 2011:175).

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold I yaitu :

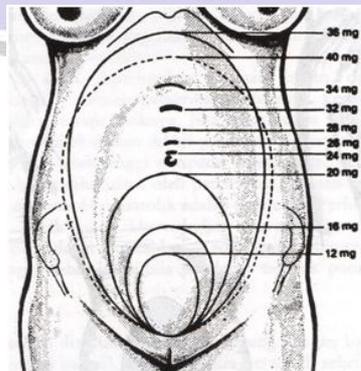
- a) Kaki pasien dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha
- b) Pemeriksa berdiri di sebelah kanan pasien dan melihat ke arah muka penderita
- c) Rahim dibawa ketengah
- d) Tinggi fundus uteri ditentukan
- e) Menetapkan usia kehamilan berdasarkan hasil pemeriksaan palpasi Leopold I pada trimester III

(Manuaba, 2010: 120)

Tabel 2.26
TFU berdasarkan Leopold pada trimester III

Usia kehamilan	TFU
28 minggu	1/3 jari di atas pusat
32 minggu	Pertengahan prosesus xifoideus (px) dan pusat
36 minggu	Setinggi px atau 2-3 jari dibawah px
40 minggu	Pertengahan px dan pusat

Sumber : Manuaba, 2010 : 100



Gambar 2.23
Pemeriksaan Fundus Uteri untuk Menentukan Umur Kehamilan
Sumber : Wiknjosastro, H. 2009. *Ilmu Kandungan, Neonatus & Anak*. Hal : 158.
Jakarta : EGC

(2) Leopold II

Tujuan leopold II untuk menentukan batas samping rahim kanan dan kiri, yaitu punggung pada letak bujur dan kepala pada letak lintang, normalnya teraba bagian pnajang, keras seperti papan (punggung) pada satu sisi uterus dan pada sisi lain teraba bagian kecil (ekstermitas) (Romauli,2011:175).

Langkah-langkah pemeriksaan leopold II yaitu :

- a) Kedua tangan pindah ke samping
- b) Tentukan dimana punggung anak. Punggung anak terdapat di pihak yang memberikan rintangan yang terbesar, carilah bagian-bagian terkecil yang biasanya terletak bertentangan dengan pihak yang memberi rintangan terbesar.
- c) Kadang-kadang di samping terdapat kepala atau bokong ialah letak lintang. (Marmi,2014:167-168). Menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus, tangan yang lain meraba punggung janin (Manuaba,2010:118).

Variasi Buddin : menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus, tangan yang lain meraba punggung janin (Manuaba, 2012:95).

Variasi Ahfeld : menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di tengah perut (Manuaba, 2012:95).

(3) Leopold III

Tujuan leopold III yaitu untuk mengetahui presentasi/bagian terbawah janin yang ada di simpisis. Normalnya pada bagian bawah janin teraba bagian yang bulat, keras dan melenting (kepala janin) (Romauli,2011:175). Serta apakah bagian bawah anak ini sudah atau belum terpegang oleh Pintu Atas Panggul (PAP) (Marmi, 2014:168).

Langkah-langkah pemeriksaan leopold III yaitu :

- a) Dipergunakan satu tangan saja
- b) Bagian bawah ditentukan antara ibu jari dan jari lainnya
- c) Cobalah apakah bagian bawah masih dapat digoyangkan.

(Manuaba,2010:119)

(4) Leopold IV

Tujuan Leopold IV yaitu untuk mengetahui seberapa jauh masuknya bagian terendah janin dalam PAP guna menentukan bagian bawah dalam rahim konvergen atau divergen (Fatimah, 2017: 112).

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold IV yaitu:

- a) Kaki pasien diluruskan
- b) Periksa mengubah sikapnya menjadi ke arah kaki klien
- c) Ditentukan seberapa jauh masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul
- d) Jika kita rapatkan kedua tangan pada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar apakah konvergen atau divergen.

(Fatimah, 2017: 112)

(1) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Melakukan pemeriksaan mengukur tinggi *fundus* uteri dengan teknik *Mc.Donald* bertujuan untuk menentukan umur kehamilan berdasarkan bulan dibandingkan dengan hasil anamnesis *HPHT* dan kapan gerakan janin mulai dirasakan. Tinggi fundus uteri dalam sentimeter (cm), yang normal harus sama dengan umur kehamilan dalam minggu yang ditentukan berdasarkan *HPHT* (Ambarwati, 2011:83). Cara menghitung TFU untuk

menentukan usia kehamilan dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut :

- a) Tinggi fundus (cm) $\times 2/7$ = (durasi kehamilan dalam bulan)
- b) Tinggi fundus (cm) $\times 8/7$ = (durasi kehamilan dalam minggu) (Manuaba,2010:163).

Perkiraan tinggi fundus uteri sesuai umur kehamilan dalam minggu adalah seperti pada tabel berikut:

Tabel 2.27
Perkiraan Usia Kehamilan dalam Minggu dan TFU dalam cm

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Dalam cm	Tinggi Fundus Menggunakan penunjuk- penunjuk badan
12 minggu		Teraba diatas simfisis pubis
16 minggu		Ditengah, antara simfisis pubis dan umbilikus
20 minggu	20 cm (± 2 cm)	Pada umbilikus
22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	
28 minggu	28 cm (± 2 cm)	Ditengah, antara umbilicus dan prosessus xifoideus
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	
36 minggu	36 cm (± 2 cm)	Pada prosessus xifoideus

Sumber: (Saifuddin, 2014:93).

- c) Cara menentukan TBJ (Tafsiran Berat Janin)

Tafsiran ini berlaku untuk janin presentasi kepala. Rumusnya adalah sebagai berikut: $(TFU \text{ (cm)} - n) \times 155 = \text{berat (gram)}$. Bila kepala di atas atau pada spina iskiadika maka $n=12$. Bila kepala di bawah spina iskiadika maka $n=11$ (Romauli, 2011). Untuk lebih jelasnya mengenai taksiran berat janin dapat dilihat dalam tabel 2.28 :

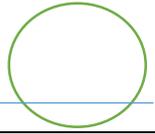
Tabel 2.28
TBJ Normal Untuk Usia Kehamilan Trimester III

Usia Kehamilan (bulan)	Berat Badan (gram)
7	1000
8	1800
9	2500
10	3000

Sumber : Manuaba, 2012:80).

d) Penurunan bagian terbawah janin

Tabel 2.29
Penurunan Kepala Janin Menurut Sistem Perliman

Periksa Luar	Periksa Dalam	Keterangan
 =5/5		Kepala diatas PAP mudah digerakan
 =4/5	H I-II	Sulit digerakan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
 =3/5	H II-III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
 =2/5	H III+	Bagian terbesar sudah masuk panggul
 =1/5	H III-IV	Kepala didasar panggul
 =0/5	H IV	Di perineum

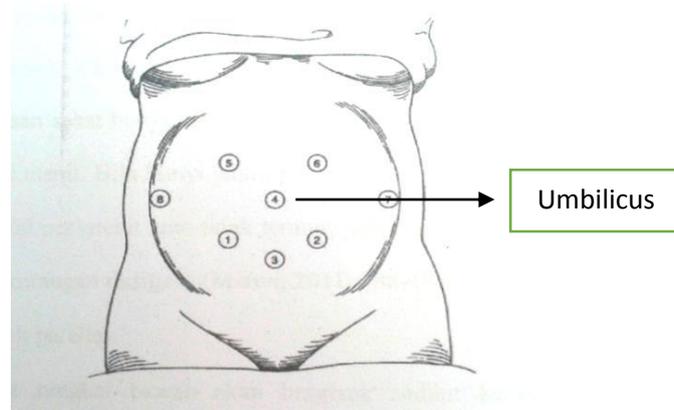
Sumber : Saifuddin,2013:10.

Penurunan kepala janin dilakukan dengan proporsi bagian yang masih berada ditepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan (perlimaan). Metode lima jari (perlimaan) menurut Saifuddin (2013:10) dapat dilihat pada gambar diatas.

(c) Auskultasi

Penilaian DJJ selama dan segera setelah kontraksi uterus. Mulai persalinan sebelum atau selama puncak berkontraksi. Dengarkan DJJ selama minimal 60 detik, dengarkan sampai sedikitnya 30 detik setelah kontraksi berakhir. Lakukan penilaian DJJ tersebut pada lebih dari satu kontraksi. Gangguan kondisi kesehatan janin dicerminkan dari DJJ yang kurang dari 120 atau lebih dari 160 kali per menit. Kegawatan janin ditunjukkan dari DJJ yang kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali per menit. Cara menghitung bunyi jantung janin adalah dengan mendengarkan 3 kali 5 detik. Kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan empat, misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga dan 5 detik kelima dalam satu menit adalah :

- (1) (11-12-11) kesimpulannya teratur, frekuensi 136 per menit, DJJ normal.
- (2) (10-14-8) kesimpulannya tidak teratur, frekuensi 132 per menit, janin dalam keadaan asfiksia.
- (3) (8-7-8) Kesimpulannya teratur, frekuensi 92 per menit, janin dalam keadaan fetal distress. Kesimpulannya interval DJJ antara 5 detik pertama, ketiga dan kelima dalam satu menit tidak boleh lebih dari 2. Untuk letak Punctum Maksimum pada kehamilan dengan posisi janin normal dapat dilihat pada gambar sebagai berikut:



Gambar 2.24
Letak Puctum Maksimum
Sumber : Wheeler, 2007: 145.

(d) His

His kala II, His semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik (Manuaba, 2010:173). Adanya his dalam persalinan dapat dibedakan sebagai berikut :

(1) Kala I

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Kala satu persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif (Wiknjosastro, 2008:79).

(2) Kala II

Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya

bayi. Kala dua juga disebut dengan kala pengeluaran bayi (Wiknjosastro, 2008:80).

(3) Kala III

Persalinan kala tiga dimuali setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (Wiknjosastro, 2008:81).

(4) Kala IV

Persalinan kala IV dimuali setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu (Wiknjosastro, 2008:82).

(e) Pemeriksaan penunjang

(1) Pemeriksaan dalam sebaiknya dilakukan setiap 4 jam selama kala I persalinan dan setelah selaput ketuban pecah, catat pada jam berapa, diperiksa oleh siapa dan sudah pembukaan berapa, dengan VT dan diketahui juga effacement, konsistensi, keadaan ketuban, preentasi, denominator dan hodge. Pemeriksaan dalam (VT).

Menurut Wiknjosastro (2008:54-56) yang perlu dilakukan dalam pemeriksaan dalam adalah :

a) Pendataran serviks

Derajat pendataran serviks biasanya dinyatakan dengan panjang kanalis serviks berbanding dengan panjang yang belum mendatar.

b) Dilatasi serviks

Dilatasi serviks ditentukan dengan memperkirakan diameter rata-rata bukan serviks.

c) Posisi serviks

Hubungan antara ostium serviks dengan kepala janin dikategorikan sebagai posterior, posisi tengah atau anterior. Posisi posterior mengesankan persalinan preterm.

d) Stations

Ketinggian bagian terbawah janin di jalan lahir digambarkan dalam hubungannya dengan spina ischiadika yang terletak ditengah-tengah antara pintu atas panggul dan pintu bawah panggul.

e) Deteksi pecahnya selaput ketuban

Suatu diagnosis pasti pecahnya selaput ketuban dibuat apabila cairan amnion terlihat berada di forniks posterior atau cairan jernih mengalir dari kanalis servivis. Jika diagnosis tetap tidak pasti, metode lain yang dapat digunakan adalah pengujian Ph coran vagina, ph secret vagina normalnya berkisar antara 4,5 dan 5,5 sementara cairan amnion biasanya 7,0 sampai 7,5. Pemeriksaan dalam dilakukan atas indikasi:

- 1) Ketuban pecah sedangkan bagian depan masih tinggi.
- 2) Apabila kita mengharapkan pembukaan lengkap.
- 3) Untuk menyelesaikan persalinan

(Marmi, 2011:165).

Frekuensi pemeriksaan dalam pada wanita intrapartum yang normal dianjurkan melakukan pemeriksaan dalam sebanyak 5 kali yaitu :

- (a) Pada saat datang untuk menetapkan informasi dasar.
 - (b) Sebelum memutuskan jenis obat, jumlahnya dan rute pemberiannya.
 - (c) Untuk memastikan pembukaan sudah lengkap sehingga dapat diputuskan apakah ibu harus mengejan atau sebaliknya.
 - (d) Setelah ketuban pecah, jika dicurigai atau kemungkinan terjadi prolaps tali pusat.
 - (e) Untuk mengecek prolaps tali pusat ketika perlambatan frekuensi denyut jantung janin tidak kunjung membaik dengan prasad biasa
- (Varney, 2008:718).

(f) Data Pemeriksaan Penunjang

- (1) Pemeriksaan laboratorium dengan sampel darah diperiksa untuk mengetahui golongan darah, kadar darah, kadar haemoglobin (Hb) dan kadar pembekuan darah.
- (2) Pemeriksaan USG merupakan suatu metode diagnostic dengan menggunakan gelombang ultrasonic untuk mempelajari morfologi dan fungsi suatu organ berdasarkan gambaran ekosistem dari gelombang ultrasonic yang dipantulkan oleh organ (Prawirohardjo:2009:40).

2. Diagnosa Kebidanan

a) Diagnosa : G..P..A..P..I..A..H.. UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, HI,II,III,IV, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu:

- 1) Kala I fase laten dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan (Varney dkk, 2008:470).
- 2) Kala I fase aktif akselerasi/dilatasi maksimal/deselerasi dengan kemungkinan masalah ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan (Wiknjosastro, 2008:89).

3) Kala II dengan kemungkinan masalah :

- (a) Letih
- (b) Infeksi
- (c) kram kaki atau tungkai

(Varney, 2008:722).

- b) Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kepmenkes No.938/Menkes/SK/8/2007 tentang standar asuhan kebidanan).
- c) P \geq 1 Kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah menurut Wiknjosastro (2008:90) adalah retensio plasenta, avulsi tali pusat.
- d) P \geq 1 Kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi menurut Wiknjosastro (2008:90) : atonia uteri, robekan vagina, perineum atau serviks, dan subinvolusi sehubungan dengan kandung kemih penuh.

3. Intervensi

a) Diagnosa :

G.P..A..P..I..A..H.. UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, HI, II, III, IV, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan jani baik, inpartu kala I fase laten/fase aktif.

Tujuan :

Proses persalinan berjalan dengan normal ibu dan bayi sehat.

Kriteria :

- (1) KU baik, kesadaran komposmentis.
- (2) TTV dalam keadaan batas normal. TD : 100/60-130/90 mmHg, S : 36,5-37,50C, N : 80-100x/menit, R : 16-24x/menit.

- (3) His minimal 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik.
- (4) Kala I pada primigravida ≤ 13 jam sedangkan multigravida ≤ 7 jam.
- (5) Kala II pada primigravida ≤ 2 jam seangkan pada multigravida ≤ 1 jam.
- (6) Bayi lahir spontan , menangis kuat, gerak aktif.
- (7) Kala III pada primigravida ≤ 30 menit sedangkan pada multigravida ≤ 15 menit.
- (8) Plasenta lahir spontan, lengkap.
- (9) Perdarahan ≤ 500 cc.

Wiknjosastro (2008:90)

Intervensi Kala I menurut Wiknjosastro (2008:79-87) :

- (1) Perhatikan psikososial ibu dan beri dukungan mental pada ibu dengan menghadirkan keluarga. Anjurkan agar ibu selalu didampingi oleh keluarganya selama proses persalinan dan kelahiran bayinya. Dukungan suami, keluarga, dan kerabat yang disukai ibu sangat diperlukan dalam proses persalinan. Ada kalanya ibu merasa khawatir dalam menjalani kala II persalinan.

Berikan rasa aman dan semangat serta tentramkan hatinya selama persalinan berlangsung. Dukungan dan perhatian akan mengurangi persaan tegang, membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi.

R/ibu yakin dan tabah dalam menjalani proses persalinan nanti.

- (2) Anjurkan pada ibu untuk makan dan minum. Asupan cairan yang cukup dapat mencegah terjadinya dehidrasi pada ibu dalam proses persalinan serta sebagai persediaan energy dalam mengejan.

R/Persiapan energy ibu untuk persalinan.

- (3) Bantu ibu memilih posisi yang nyaman dengan tidur miring kiri.

Ibu dapat istirahat/tidur dengan posisi apapun kecuali pada posisi berbaring telentang. Hal ini dikarenakan jika ibu berbaring telentang maka berat uterus dan isinya menekan vena cava inferior ibu. Ini akan mengurangi pasokan oksigen melalui sirkulasi utero plasenta sehingga akan menyebabkan hipoksia pada bayi. Berbaring telentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu, berbaring miring ke kiri untuk mempercepat penurunan kepala janin.

R/Mempercepat penurunan kepala janin.

- (4) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan jika ketuban belum pecah dan pembukaan belum lengkap.

R/Untuk mempercepat penurunan kepala janin.

- (5) Observasi TTV

- a) DJJ setiap 1 /2 jam.
- b) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap 1 /2 jam,
- c) Nadi setiap 1 /2 jam.

- d) Pembukaan serviks tiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika terdapat indikasi.
- e) Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika ada indikasi.
- f) Tekanan darah dan temperature tubuh setiap 4 jam.
- g) Produksi urin, asetan dan protein tiap 2-4 jam.

R/Mengetahui perkembangan kondisi ibu dan janin

- (6) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kencing tiap 2 jam.

Dalam proses persalinan harus berkemih tiap 2 jam/ lebih, kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan kepala, selain itu juga akan menambah rasa nyeri pada perut bawah, menghambat penatalaksanaan distosia bahu, menghalangi lahirnya plasenta, dan perdarahan pasca persalinan.

R/Bila kandung kemih penuh dapat menghalangi penurunan kepala janin sehingga menyebabkan nyeri waktu his.

- (7) Tunggu pembukaan lengkap. Jika telah memasuki kala II segera pimpin persalinan secara sesuai standart asuhan kebidanan persalinan normal.

Berikut adalah langkah-langkah asuhan persalinan normal menurut Wiknjosastro (2008:87-97)

- (1) Mengenali Tanda dan Gejala Kala II.

- a) Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
- b) Ibu merasa adanya tekanan pada anus.

c) Perinium menonjol.

d) Vulva dan sfingter ani membuka.

R/Dengan melihat tanda dan gejala kala II yang benar dapat menentukan tindakan selanjutnya dengan cepat.

(2) Menyiapkan Pertolongan Persalinan

Pastikan peralatan lengkap, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi baru lahir.

R/Persiapan alat, fisik dan mental akan membantu koefisien kerja, waktu, dan meminimalisir human eror, sehingga memperlancar proses pertolongan persalinan.

(3) Pakai celemek plastik.

R/Untuk perlindungan diri

(4) Melepas dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dengan air bersih dan mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

R/Menjaga diri tetap steril dan bersih

(5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.

R/Sebagai perlindungan diri dari setiap cairan aatau pathogen yang menular melalui darah.

(6) Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang menggunakan sarung tangan DTT dan steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).

R/Untuk mencegah terjadinya infeksi ataupun penularan penyakit

(7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekannya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.

a) Jika introitus vagina, perinium atau anus (terkontaminasi) tinja, bersihkan dengan seksama dari depan ke belakang.

b) Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.

c) Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5% langkah 9).

R/Untuk menjaga kebersihan perineum dan vulva ibu.

(8) Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, lakukan amniotomi.

R/Amniotomi untuk memecahkan ketuban yang belum pecah

(9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%. Kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.

R/Untuk memusnahkan atau memastikan mikroorganisme yang pathogen sehingga aman untuk penanganan selanjutnya, serta meminimalkan resiko infeksi pada petugas kesehatan.

(10) Mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%. Kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.

R/Untuk memusnahkan atau memastikan mikroorganisme yang pathogen sehingga aman untuk penanganan selanjutnya, serta meminimalkan resiko infeksi pada petugas kesehatan. Periksa DJJ setelah kontraksi/saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160) x /menit.

- a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
- b) Mendekontaminasi hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian.

- c) Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran.

R/Persiapan keluarga dan klien yang optimal akan membuat klien dan keluarga lebih kooperatif.

- (11) Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.

- 1) Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua tamuan yang ada.
- 2) Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.

R/Pembukaan sudah lengkap dan ibu siap dipimpin untuk meneran.

- (12) Meminta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setenagh duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).

R/Posisi sangat menentukan kenyamanan ibu saat bersalin.

- (13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.

- a) Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.
- b) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.
- c) Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring telentang dalam waktu yang lama).
- d) Anjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi
- e) Anjurkan keluarga member dukungan dan semangat untuk ibu.
- f) Beri cukup asupan cairan per oral (minum).
- g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.
- h) Segera merujuk bila bayi belum atau tidak segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (multigravida atau 60 menit (1 jam) meneran (primigravida).

R/Dukungan sangat dibutuhkan oleh ibu untuk motivasi.

- (14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.

R/Jalan-jalan dapat mempercepat pembukaan vulva.

- (15) Mempersiapkan Pertolongan Kelahiran Bayi

R/Mempersiapkan tempat maupun kain handuk untuk mengeringkan tubuh bayi, serta peralatan yang dipakai untuk menolong.

(16) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm. Letakkan handuk/kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.

R/ untuk mengeringkan bayi setelah bayi lahir

(17) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.

R/ sebagai alas untuk melakukan stenen

(18) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan. Mempersiapkan tempat maupun kain handuk untuk mengeringkan tubuh bayi, serta memakai peralatan yang dipakai untuk menolong.

R/ untuk mencegah penularan penyakit

(19) Persiapkan Pertolongan Kelahiran.

R/Menolong kelahiran kepala bayi dengan tepat dapat mencegah terjadinya robekan vulva dan perineum.

(20) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan dan bernafas cepat dan dangkal.

R/Menolong kelahiran kepala bayi dengan tepat mencegah terjadinya robekan vulva dan perineum. Kelahiran Kepala.

(21) Periksa Kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera proses kelahiran bayi.

a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.

b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat didua tempat dan potong diantara dua klem tersebut.

R/Tali pusat dipotong dan ditali agar tidak terjadi perdarahan.

(22) Tunggu kepala bayi putar aksi luar, pegang secara spontan.

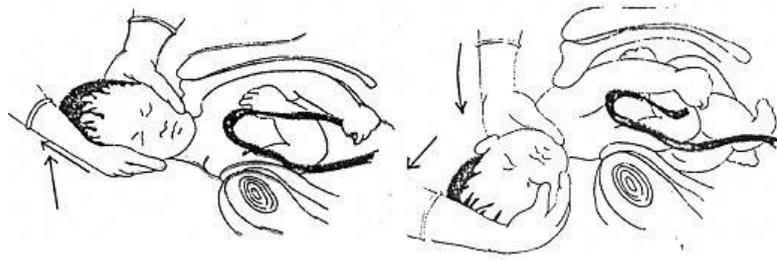
R/Menunggu kepala bayi keluar dengan sendirinya.

Lahirnya Bahu

(23) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparental, Anjurkan ibu untuk meneran disaat kontraksi.

Dengan lembut gerakkan kebawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arcus pubis dan gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

R/Meneran dapat membantu mempercepat keluarnya kepala bayi.



Gambar 2.25
Melahirkan bahu depan kemudian bahu belakang
Sumber : Prawirohardjo, 2014:314.

Lahirnya Badan dan Tungkai

(24) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan kebawah kearah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

R/ Melakukan prasat dengan hati-hati sesuai dengan prosedur yang telah ditentukan

(25) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai, dan kaki. Pegang kedua mata kaki dan pegang masingmasing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya.

R/ Sangga susur diperlukan untuk menolong bayi baru lahir.

(26) Lakukan penilaian bayi baru lahir

R/

a) Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan?

- b) Apakah bayi bergerak dengan aktif?
- c) Jika bayi tidak menangis kuat, tidak bernafas atau megap-megap, lakukan langkah resusitasi (lanjut ke langkah resusitasi pada asfiksia bayi baru lahir).



Gambar 2.26
Sangga susur pada proses melahirkan bayi
Sumber : Qumariyah, 2012

- (27) Keringkan tubuh bayi Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan tubuh bagian lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk kering. Biarkan bayi berada diatas perut ibu.
R/Agar tidak terjadi hipotermi dan bayi tetap hangat.
- (28) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi yang kedua dalam uterus (hamil tunggal)
R/Untuk memastikan tidak adanya bayi kedua dalam uterus (hamil tunggal).

(29) Beri tahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.

R/ mempercepat pengeluaran plasenta

(30) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit IM (intramuskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).

R/ mempercepat pengeluaran plasenta

(31) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

R/ dilakukan sesuai dengan prosedur

(32) Pemootongan dan pengikatan tali pusat.

R/

a) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.

b) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkar kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.

c) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disiapkan.

(33) Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi.

Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel didada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting ibu.

R/ Untuk menghangatkan tubuh bayi dan melakukan IMD

(34) Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi dikepala bayi.

R/ Untuk mencegah terjadinya hipotermi

**Kala III Penatalaksanaan aktif persalinan kala III
(Wiknjosastro, 2008:100-106)**

Penanganan tali pusat bayi.

R/Untuk pengecekan dan mempercepat pengeluaran plasenta.

(35) Pindahkan klem pada tali pusat hingga jarak 5-10 cm dari vulva.

R/ untuk melakukan prosedur berikutnya

(36) Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas simfisis, untuk mendeteksi, tangan lain menegangkan tali pusat.

R/ melakukan PTT sesuai dengan prosedur

(37) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah

belakang atas (dorso cranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversia uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penanganan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas. Mengeluarkan Plasenta.

R/ Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik bentukan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi dan ulangi kembali prosedur diatas.

(38) Lakukan penanganan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti proses jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).

R/

a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga jarak 5-10 cm dari vulva dan melahirkan plasenta.

b) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:

- 1) Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM.
- 2) Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh.
- 3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.

- 4) Ulangi penengangan tali pusat 15 menit berikutnya.
- 5) Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi baru lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual.

(39) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar hingga selaput ketuban terpinil kemudian dilahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disiapkan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.

R/ Jika selaput ketuban robek pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan Jan-Jan tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.

(40) Rangsangan taktil (masase uterus)

R/ Masase uterus merangsang kontraksi.

(41) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (Fundus teraba keras). Lakukan

tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik.

R/ Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik.

(42) Periksa kedua sisi plasenta dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta kedalam kantong plasti atau tempat khusus.

R/ memeriksa kelengkapan plasenta

(43) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

R/ Pemeriksaan sedini mungkin akan mempercepat penanganan sehingga tidak terjadi perdarahan berlebihan.

Kala IV : (Wiknjosastro, 2008:114-121)

Menilai perdarahan

Melakukan prosedur pasca salin

(44) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

R/ mencegah terjadinya perdarahan

(45) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit didada ibu paling sedikit 1 jam.

R/

- a) Sebagian bayi berhasil melakukan IMD dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama biasa berlangsung 10-15 menit. Bayi cukup menyusus dari satu payudara.
- b) Biarkan bayi berada didada ibu 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui.

(46) Lakukan pemeriksaan fisik BBL

R/ melakukan tindakan sesuai dengan prosedur

(47) Setelah 1 jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotic, profilaksis dan vitamin K1 1 mg intramuscular dipaha kiri anterolateral. Setelah 1 jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B dipaha kanan anterolateral.

R/

- a) Letakkan bayi di dalam pangkuan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan.
- b) Letakkan kembali bayi pada dada ibu bila belum berhasil menyusui dalam 1 jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusui.

(48) Lakukan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.

R/

- a) 2-3 x dala 15 menit pertama pasca persalinan.
- b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.

c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.

Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, lakukan asuhan sesuai untuk pelaksanaan atonia uteri.

(49) Ajarkan ibu dan keluarga cara masase uterus dan menilai kontraksi.

R/ Informasi yang optimal akan meningkatkan fungsi mandiri klien dalam mencegah perdarahan postpartum.

(50) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

R/ mencegah terjadinya perdarahan

(51) Memeriksa keadaan ibu dan kandung kemih tiap 15 menit selama 1 jam pertama post partum dan tiap 30 menit selama jam kedua postpartum.

R/

(a) Memeriksa temperature suhu tubuh ibu setiap 1 jam selama 2 jam postpartum.

(b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

(52) Periksa kembali bayi untuk memastikan bayi bernafas dengan baik (40-60 x/menit) serta suhu tubuh normal (36° - $37,5^{\circ}$ C).

R/ Untuk memantau keadaan bayi dalam keadaan sehat

(53) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit) lalu cuci dan bilas.

R/ Untuk dilakukan sterilisasi

(54) Buang bahan-bahan terkontaminasi ditempat sampah yang sesuai.

R/ Menghindari penularan penyakit dan infeksi

(55) Bersihkan ibu dengan DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering.

R/ Bersihkan sisa cairan kewan, lendir, dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih, dan kering.

(56) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu member ASI. Anjurkan keluarga member makanan dan minuman yang diinginkan ibu.

R/ Untuk memulihkan kembali keadaan ibu

(57) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%

R/ Tempat bersih dan nyaman

(58) Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

R/ Dilakukan sterilisasi

(59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

R/ menghindari terjadinya penularan penyakit dan infeksi

Dokumentasi

(60) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan kala IV.

R/ sebagai bukti tertulis telah dilakukan tindakan sesuai prosedur.

(JNPK-KR, 2012).

Kemungkinan masalah saat persalinan

a) Masalah dalam Kala I :

1. Cemas menghadapi proses persalinan

Tujuan :

mengurangi rasa takut dan cemas selama proses persalinan

Kriteria : ibu tampak tenang

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:120):

1) Jelaskan fisiologi persalinan pada ibu

R/ Proses persalinan merupakan proses yang panjang sehingga diperlukan pendekatan.

2) Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada ibu

R/ Seorang ibu bersalin memerlukan penjelasan mengenai kondisi dirinya.

3) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang diberlakukan

R/ Ibu paham untuk dilakukannya prosedur yang dibutuhkan dan memahami batasan tertentu yang diberlakukan.

2. Ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan

Tujuan :

Ibu merasa nyaman terhadap proses persalinan

Kriteria :

- 1) Nyeri punggung berkurang
- 2) Ibu tidak merasa cemas
- 3) Ibu merasa tenang

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:111) :

- 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 relaksasi.

4) Pengipasan atau penggunaan handuk sebagai kipas.

R/ Ibu bersalin menghasilkan banyak panas sehingga mengeluh kepanasan dan berkeringat.

5) Pemberian kompres panas pada punggung.

R/ Kompres panas akan meningkatkan sirkulasi dipunggung sehingga memperbaiki anoreksia jaringan yang disebabkan oleh tekanan.

3. Kala I memanjang

Tujuan :

Setelah dilakukan asuhan kebidanan pembukaan dapat berlangsung cepat

Kriteria :

1) KU : Baik

2) TTV : Batas normal

TD : 110/60-140/90 mmHg

S : 36,5 -37.5°C

N : 80-120x/menit

RR : 16-24x/menit

3) DJJ dalam Batas normal : 120-160x/menit

4) His adequate dalam 10 menit kontraksi 3-4x lamanya ≥ 40 detik

5) Pembukaan cepat

Intervensi menurut saifuddin 2009:83:

- 1) Nilai keadaan umum, tanda-tanda vital dan tingkat dehidrasinya
- 2) Periksa DJJ selama atau sesudah his, hitung frekuensinya minimal sekali dalam 30 menit selama fase aktif
- 3) Jika ketuban sudah pecah, air ketuban kehijau-hijauan atau bercampur darah pikirkan kemungkinan gawat janin
- 4) Jika tidak ada air ketuban yang mengalir setelah selaput ketuban pecah, pertimbangkan adanya indikasi penurunan jumlah air ketuban yang dapat menyebabkan gawat janin
- 5) Pemberian intake cairan melalui infus atau minum
- 6) Pengosongan kandung kemih dan usus halus
- 7) Anjurkan untuk mobilisasi dengan berjalan dan mengubah posisi dalam persalinan
- 8) Lakukan penilaian frekuensi dan lamanya kontraksi berdasarkan partograf
- 9) Evaluasi ulang dengan pemeriksaan vaginal tiap 4 jam. Apabila melewati garis tindakan lakukan section caesarea, apabila ada kemajuan evaluasi setiap 2 jam.

b) Masalah pada Kala II

1. Kekurangan cairan

Tujuan :

Tidak terjadi dehidrasi

Kriteria :

- 1) Nadi 76-100x/menit
- 2) Urin jernih, produksi urin 30 cc/jam

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:116) :

- 1) Anjurkan ibu untuk minum.

R/ Ibu yang menghadapi persalinan akan menghasilkan panas sehingga memerlukan kecukupan minum.

- 2) Jika dalam 1 jam dehidrasi tidak teratasi, pasang infuse menggunakan jarum dengan diameter 16/18G dan berikan RL atau NS 125 cc/jam.

R/ Pemberian cairan intravena akan lebih cepat diserap oleh tubuh.

- 3) Segera rujuk ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetric dan bayi baru lahir.

R/ Rujukan dini pada ibu dengan kekurangan cairan dapat meminimalkan resiko terjadinya dehidrasi.

2. Infeksi

Tujuan : Tidak terjadi infeksi

Kriteria :

- 1) Nadi dalam batas normal (76-100x/menit)
- 2) Suhu 36-37,50C
- 3) KU baik
- 4) Cairan ketuban/cairan vagina tidak berbau.

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:116):

- 1) Baringkan miring ke kiri

R/ Tidur miring mempercepat penurunan kepala janin sehingga mempersingkat waktu persalinan.

- 2) Pasang infuse menggunakan jarum dengan diameter besar ukuran 16/18 dan berikan RL atau NS 125ml/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 dapat berkembang ke arah syok yang menyebabkan terjadinya kegawatdaruratan ibu dan janin.

3. Kram kaki

Tujuan : Tidak terjadi kram tungkai

Kriteria : Sirkulasi darah lancar

Intervensi menurut (Varney, 2008:722).

1) Luruskan tungkai ibu inpartu

R/ Meluruskan tungkai dapat melancarkan peredaran darah ke ekstermitas bawah.

2) Atur posisi dorsofleksi

R/ Relaksasi yang dilakukan secara bergantian dengan dorsofleksi kaki dapat mempercepat peredaan nyeri.

3) Jangan lakukan pemijatan pada tungkai.

R/ Tungkai wanita tidak boleh dipijat karena ada resiko trombi tanpa sengaja terlepas.

4. Kala II memanjang

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan 1x2 jam (primigravida), 1x1 jam (multigravida) diharapkan bayi

lahir

Kriteria :

1) KU : Baik

- 2) TTV : Batas normal
- 3) DJJ :120-160x/menit
- 4) His adekuat dalam 10 menit (3-4x lamanya \geq 40 detik)
- 5) Bayi lahir spontan, menangis kuat, tonus otot baik, kulit kemerahan

Intervensi menurut (Sarwono, 2012:95) :

- 1) Pastikan tanda gejala kala II
 - 2) Beri rehidrasi pada ibu
 - 3) Berikan antibiotika
 - 4) Rujukan segera
 - 5) Bayi harus dilahirkan
 - 6) Selalu bertindak aseptik
 - 7) Perhatikan perawatan kandung kencing
- c) Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik

Kepmenkes No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standart asuhan kebidanan.

Tujuan : Dapat melewati masa transisi dengan baik

Kriteria :

- 1) Bayi menangis kuat
- 2) Bayi bergerak aktif

Intervensi menurut Kepmenkes No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standart asuhan kebidanan:

- 1) Observasi tanda-tanda vital dan tangisan bayi tentukan keadaan umum bayi.

R/ Tanda-tanda vital bayi merupakan dasar untuk menen

- 2) Jaga suhu tubuh bayi tetap hangat

R/ Hipotermi mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relative hangat.

- 3) Bounding attachment dan lakukan IMD

R/ Bounding attachment dapat membantu ibu mengatasi stress sehingga ibu merasa lebih tenang dan tidak nyeri saat plasenta lahir. Sedangkan IMD meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dengan bayi.

- 4) Berikan vitamin K1 secara IM sebanyak 0,5 mg

R/ K1 dapat mencegah perdarahan intrakranial.

- 5) Berikan salep mata

R/ Salep mata sebagai profilaksis.

d) Masalah pada Kala III

1. Retensio Plasenta

Tujuan : Plasenta dapat dikeluarkan secara lengkap

Kriteria : Tidak ada sisa plasenta yang tertinggal.

Intervensi :

1) Plasenta masih didalam uterus selama 30 menit dan terjadi perdarahan berat, pasang infuse menggunakan jarum besar (ukuran 16/18) dan berikan RL atau NS dengan 20 unit oksitosin.

(a) Coba lakukan plasenta manual dan lakukan penanganan lanjut.

(b) Bila tidak memenuhi syarat plasenta manual di tempat atau tidak kompeten maka segera rujuk ibu ke fasilitas terdekat dengan kapasitas kegawat daruratan obstetric.

(c) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

(d) Tawarkan bantuan walaupun ibu telah dirujuk dan mendapatkan pertolongan di fasilitas kesehatan rujukan.

(Wiknjosastro,2008:114).

2. Terjadi avultasi tali pusat

Tujuan : Avulse tidak terjadi, plasenta lahir lengkap

Kriteria : Tali pusat utuh

Intervensi :

- 1) Palpasi uterus untuk melihat kontraksi, minta ibu untuk meneran setiap kontraksi.
- 2) Saat plasenta terlepas, lakukan periksa dalam secara hati-hati. Jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso-kranial pada uterus.
- 3) Setelah plasenta lahir, lakukan masase uterus dan periksa plasenta.
- 4) Jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit, tangani sebagai retensio plasenta.

(Wiknjosastro, 2008:119)

e) Masalah pada Kala IV

1. Terjadi Atonia uteri

Tujuan : Atonia dapat teratasi

Kriteria :

- 1) Kontraksi uterus baik, keras dan bundar
- 2) Perdarahan \leq 500 cc

Intervensi (Wiknjosastro, 2008:107):

- 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 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 infuse dan berikan 500 cc larutan RL yang mengandung 20 unit oksitosin.

3) Jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar ulangi KBI.

4) Jika uterus tidak berkontraksi selama 1-2 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan tindakan operasi dan tranfusi darah.

5) Dampingi ibu selama merujuk, lanjutkan tindakan KBI dan infuse cairan hingga ibu tiba ditempat rujukan.

2. 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 \leq 500 cc

Intervensi (Wiknjosastro, 2008:113) :

- 1) Lakukan pemeriksaan secara hati-hati memastikan laserasi yang timbul.
- 2) Jika terjadi laserasi satu dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat dua lakukan penjahitan.
- 3) Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks.

(a) Pasang infuse dengan menggunakan jarum besar (ukuran 16-18) dan berikan RL atau NS.

(b) Pasang tampon untuk mengurangi darah yang keluar.

(c) Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan kegawatdaruratan obstetric.

(d) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

3. Implementasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI No 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan. Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Dengan kriteria :

- 1) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psikospiritual-kultural.
- 2) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (inform consent).
- 3) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*.
- 4) Melibatkan klien/pasien.
- 5) Menjaga privasi klien/pasien.
- 6) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
- 7) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
- 8) Menggunakan sumber daya, sasaran dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- 9) Melakukan tindakan sesuai standar.
- 10) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

4. Evaluasi

Tujuan evaluasi adalah adanya kemajuan pada pasien setelah dilakukan tindakan. Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan. Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Dengan kriteria :

- 1) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- 2) Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga.
- 3) Evaluasi dilakukan dengan standard. Hasil evaluasi ditindak lanjutkan sesuai dengan kondisi klien/pasien.

5. Dokumentasi

Menurut keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, metode pendokumentasian untuk data perkembangan dalam asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan ringan ini menggunakan SOAP yaitu:

S : Subjektif

Menggunakan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa.

O : Objektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium yang telah dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung asuhan.

A : Assesment atau analisa

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam satu identifikasi :

- 1) Diagnose atau masalah.
- 2) Antisipasi diagnose atau masalah potensial.

3) Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter. Konsultasi dan kolaborasi.

P : Plan

Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan (P) dan evaluasi (E) berdasarkan analisa.



2.8 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Masa Nifas

I. Pengkajian data

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

1. Data subjektif

Menurut Nursalam (2008:88) data subjektif adalah data yang didapat dari klien sebagai pendapat terhadap situasi data kejadian

a) Identitas

1) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan (Ambarawati, 2010 : 131).

2) Umur

Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti usia kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psiskisnya belum siap. Sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentan sekali untuk terjadi pendarahan dalam masa nifas (Ambarawati, 2010: 131).

3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien untuk berdo'a (Ambarawati, 2010: 132).

4) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Ambarawati, 2010: 132).

5) Suku Bangsa

Berpengaruh pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari (Ambarawati 2010: 132).

6) Pekerjaan

Gunanya untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien (Ambarawati 2010: 132).

7) Alamat

Untuk mengetahui keadaan lingkungan dan tempat tinggal (Marmi, 2011:124).

b) Keluhan Utama

Menurut Varney (2008: 974-977), keluhan yang sering dialami ibu masa nifas antara lain sebagai berikut :

1) After Pain

Nyeri setelah kelahiran disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri yang lebih berat pada paritas tinggi adalah disebabkan karena terjadi penurunan tonus otot uterus, menyebabkan relaksasi intermitten (sebentar-sebentar) berbeda pada wanita primipara tonus otot uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi.

2) Keringat Berlebih

Wanita pascapartum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraseluler selama kehamilan.

3) Pembesaran Payudara

Pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi dan statis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena statis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat pada sekitar hari ke- 3 pascapartum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam. Nyeri tekan payudara dapat menjadi nyeri

hebat terutama jika bayi mengalami kesulitan dalam menyusui. Peningkatan suhu tubuh ringan.

4) Nyeri luka Perineum

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomy dan jahitan laserasi atau episiotomy tersebut.

5) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum derajat tiga (atau empat).

6) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari. Jika terjadi selama kehamilan, hemoroid menjadi traumatis dan menjadi edema selama wanita mendorong bayi pada kala II persalinan karena tekanan bayi dan distensi saat melahirkan.

c) Alasan kunjungan

Alasan wanita datang ke tempat bidan/klinik, yang diungkapkan dengan kata-katanya sendiri (Hani, 2010:49-51).

d) Riwayat kebidanan

1) Riwayat menstruasi

Dengan memberikan ASI kembali menstruasi atau haid sulit diperhitungkan dan bersifat individu. Sebagian besar

menstruasi kembali setelah 4-6 bulan. Dalam waktu 3 bulan belum menstruasi, dapat menjamin bertindak sebagai kontrasepsi (Manuaba, 2010:133).

2) Riwayat obstetri

Berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu. Tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi meliputi PB, BB, penolong persalinan. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan atau tidak yang bisa berpengaruh pada masa nifas saat ini.

3) Riwayat nifas yang lalu

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan post partum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui samapi usia anak 2 tahun. Terdapat pengeluaran lochea rubra sampai hari ketiga berwarna merah. Lochea serosa hari keempat sampai kesembilan warna kecoklatan. Lochea alba hari kesepuluh samapi kelimabelas warna putih dan kekuningan. Ibu dengan riwayat pengeluaran lochea purulenta, lochea statis, infeksi uterin, rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus, serta ibu yang menyusui kurang dari 2 tahun. Adanya

bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba, 2012:134).

4) Riwayat KB

Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama meneteki. Oleh karena itu, Metode Amenorhe Laktasi (MAL) dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan baru (Saifuddin, 2014: 129). Menurut Manuaba (2012: 204), pemeriksaan postpartum merupakan waktu yang tepat untuk membicarakan 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.

e) Riwayat kesehatan

1) 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, 2010:118).

2) Penyakit TBC

Ibu dengan tuberculosis aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Manuaba, 2010:336).

3) Anemia

Anemia pada kehamilan yang tidak tertangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan : Sub involusi uteri, menimbulkan perdarahan post partum, memudahkan infeksi perineum, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekomposisi kordis mendadak setelah persalinan, anemia kala nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba, 2012:114).

4) Penyakit asma

Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O₂ dan CO₂ (Manuaba, 2012:125).

5) Penyakit jantung

Pengaruh penyakit jantung dalam masa pasca salin/nifas menurut Manuaba (2012:128) :

- (a) Setelah bayi lahir penderita tiba-tiba jatuh kolaps, yang disebabkan tiba-tiba darah membanjiri tubuh ibu sehingga kerja jantung sangat bertambah, perdarahan merupakan komplikasi yang cukup berbahaya.

(b) Saat laktasi kekuatan jantung diperlukan untuk membentuk ASI. Mudah terjadi infeksi post partum, yang memerlukan kerja tambahan jantung.

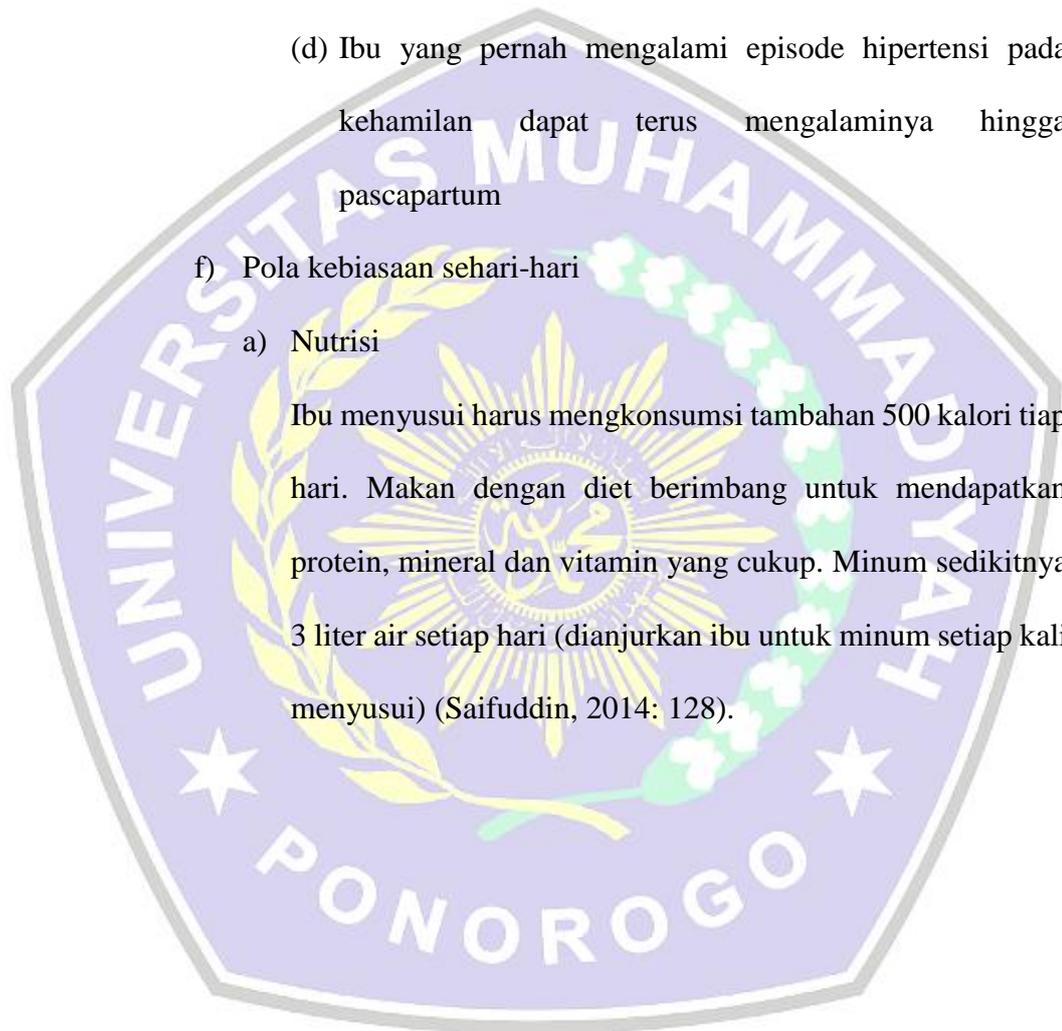
(c) Mudah terjadi postpartum yang memerlukan kerja tambahan jantung.

(d) Ibu yang pernah mengalami episode hipertensi pada kehamilan dapat terus mengalaminya hingga pascapartum

f) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

Ibu menyusui harus mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (dianjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui) (Saifuddin, 2014: 128).



Tabel 2.30
Contoh menu makan ibu nifas dalam sehari

Bahan Makanan	Ibu menyusui bayi/anak		
	Bayi umur 0-6 bulan	Bayi umur 7-12 bulan	Bayi umur 13-24 bulan
Nasi	5 piring	4 ½ piring	4 piring
Ikan	2 ½ potong	2 potong	3 potong
Tempe	5 potong	4 potong	5 potong
Sayuran	2 mangkuk	3 mangkuk	3 mangkuk
Buah	2 potong	2 potong	2 potong
Gula	2 sdm	5 sdm	5 sdm
Susu	1 gelas	1 gelas	1 gelas
Air	8 gelas	8 gelas	8 gelas

Sumber : Saifuddin, 2014: 128

b) Eliminasi

Buang air kecil sebaiknya dilakukan secepatnya. Miksi normal bila dapat BAK spontan setiap 3-4 jam. Kesulitan BAK dapat disebabkan karena spingter uretra tertekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulo spinter ani selama persalinan, atau dikarenakan oedema kandung kemih selama persalinan. Ibu diharapkan dapat BAK sekitar 3-4 hari postpartum. Apabila mengalami kesulitan BAB atau obstipasi berikan rangsangan per oral atau per rectal atau lakukan klisma bilamana perlu (Marmi, 2014:39).

c) Personal hygiene

Mengajarkan pada ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Sarankan pada ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya (Saifuddin, 2014: 127). Pakaian agak longgar terutama didaerah dada sehingga payudara tidak tertekan. Daerah perut tidak perlu diikat dengan kencang karena tidak akan mempengaruhi involusi. Pakaian dalam sebaiknya yang menyerap, sehingga lochea tidak memberikan iritasi pada sekitarnya. Kassa pembalut sebaiknya dibuang setiap saat terasa penuh dengan lochea (Manuaba, 2012: 202).

d) Istirahat

Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal, yaitu mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan sehingga menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Saifuddin, 2014: 127).

e) Aktivitas

Diskusikan pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu, seperti mengurangi rasa sakit pada punggung (Saifuddin, 2014: 127).

f) Seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan (Saifuddin, 2014: 128).

g) Riwayat Ketergantungan

Merokok dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah di dalam tubuh termasuk pembuluh-pembuluh darah pada uterus sehingga involusi, sedangkan alkohol dan narkotika kandungan ASI yang langsung mempengaruhi perkembangan psikologis bayi dan mengganggu proses bonding antara ibu dan bayi (Manuaba, 2012).

h) Riwayat psikososial spiritual

Menurut Anggraini (2010:136), ibu menunjukkan depresi ringan beberapa hari setelah melahirkan. Depresi tersebut sering disebut sbagai postpartum blues. Penyebab postpartum blues yang paling menonjol adalah kekecewaan emosional yang mengikuti rasa puas dan takut yang dialami kebanyakan wanita selama kehamilan dan persalinan, rasa sakit masa nifas awal, kelelahan karena kurang tidur, kecemasan pada kemampuannya untuk merawat bayinya, rasa takut menjadi tidak menarik lagi bagi suaminya. Menurut Suherni (2009:90) membagi fase nifas menjadi 3 fase yaitu:

1) Fase *taking in*

Merupakan periode ketergantungan, periode ini terjadi dari hari ke-1 sampai hari ke-2 setelah melahirkan. Pada fase ini ibu terfokus pada dirinya sendiri. Dalam fase ini ibu akan merasakan gangguan psikologis seperti:

- (a) Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya.
- (b) Ketidaknyamanan akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu.
- (c) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.

2) Fase *taking hold*

- (a) Periode ini berlangsung 3 sampai 10 hari setelah melahirkan.
- (b) Ibu mulai timbul rasa khawatir akan ketidaknyamanan dan rasa tanggung jawabnya 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.

i) Latar belakang sosial budaya

Menurut Saifuddin (2014:130), kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan antara lain:

1. Menghindari makanan berprotein.
2. Penggunaan bebet perut segera pada masa nifas (2-4 jam pertama).

3. Penggunaan kantong es batu pas masa nifas (2-4 jam pertama).
4. Penggunaan kantong es batu atau pasir untuk menjaga uterus berkontraksi karena merupakan perawatan yang tidak efektif untuk atonia uteri.
5. Memisahkan bayi dari ibunya pada 1 jam setelah melahirkan karena masa transisi adalah masa kritis untuk ikatan batin ibu dan bayi.
6. Wanita yang mengalami masa puerperium diharuskan tidur telentang selama 40 hari.

2. Data obyektif

a) Pemeriksaan umum

1) Keadaan umum

Menurut Sulistyawati (2009: 121) mengamati keadaan umum pasien harus secara menyeluruh.

Hasil pengamatan dilaporkan dengan kriteria :

(a) Baik Pasien dimasukkan dalam kriteria baik jika memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain

(b) Lemah

Pasien dimasukkan dalam kriteria lemah jika kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain.

2) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang pasien, dapat dilakukan dengan pengkajian derajat kesadaran dari keadaan composmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan coma (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati, 2010: 122).

3) Tanda-tanda vital

1) 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, 2008:961).

2) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama pascapartum. 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 pascapartum lambat (Varney, 2008: 336).

3) Suhu

Suhu 38⁰C atau lebih yang terjadi antara hari ke-2-10 postpartum dan diukur per oral sedikitnya 4 kali sehari disebut sebagai morbiditas puerperalis. Kenaikan suhu tubuh yang terjadi di dalam masa nifas dianggap sebagai infeksi nifas jika tidak ditemukan sebab-sebab ekstragenital (Saifuddin, 2014: 259).

4) Pernafasan

Napas pendek, cepat atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kelelahan cairan. Eksaserbasi asma dan embolus paru (Varney, 2008:338).

b) Pemeriksaan fisik

1) Kepala Rambut

Bersih atau kotor, pertumbuhan warna mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli, 2011:156).

2) Wajah

Bentuk simetris, tampak sembab atau tidak, tidak pucat, tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan. Bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romauli, 2011:156).

3) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, sclera normal berwarna putih (Marmi, 2010:219).

4) Hidung

Kebersihan, ada polip atau tidak, alergi debu atau tidak (Marmi, 2010:219).

5) Mulut

Mukosa bibir (lembab, kering, atau pecah-pecah), gangguan mulut (bau mulut, kebersihan lidah, kebersihan gigi, ada karies gigi/tidak) (Sulistyawati, 2009: 122).

6) Telinga

Kebersihan, gangguan pendengaran (Sulistyawati, 2009: 123).

7) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran limfe dan tidak ditemukan kandungan vena jugularis (Romauli, 2011: 174).

8) Payudara

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari beberapa hal berikut yaitu : Puting susu pecah/pendek/rata, nyeri tekan, abses, produksi ASI terhenti, dan pengeluaran ASI (Saifuddin, 2014:124). Menunjukkan adanya kolostrum dan penatalaksanaan puting susu pada wanita menyusui (Varney, 2008: 969).

9) Abdomen

Pada abdomen kita harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fondus uteri, kontraksi uterus dan ukuran kandung kemih (Saifuddin, 2014: 124).

Menurut Varney (2008:962), pemeriksaan abdomen pascapartum dilakukan selama periode pascapartum dini (1 jam - 5 hari) yang meliputi tindakan berikut :

(a) Pemeriksaan kandung kemih

Dalam memeriksa kandung kemih mencari secara spesifik distensi kandung kemih yang disebabkan oleh retensi urin akibat hipotonisitas kandung kemih karena trauma selama melahirkan. Kondisi ini dapat mempredisposisikan wanita mengalami infeksi kandung kemih.

(b) Pemeriksaan uterus

Mencatat lokasi, ukuran, dan konsistensi. Penentuan lokasi uterus dilakukan dengan mencatat 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.

Diastasis rekti diukur dengan cara-cara sebagai berikut:

- (1) Atur posisi wanita terbaring terlentang datar tanpa bantal dibawah kepalanya.
- (2) Tempatkan ujung-ujung jari salah satu tangan anda pada garis tengah abdomen dengan ujung jari telunjuk anda tetap dibawah umbilicus dan jari-jari anda yang lain berbasis longitudinal kebawah kearah simfisis pubis. Tepi jari-jari anda harus menyentuh satu sama lain.
- (3) Meminta wanita menaikkan kepalanya dan berupaya meletakkan gadu didadanya, diarea antara payudaranya dan pastikan wanita tidak menekan tangannya di tempat tidur atau punggung tangan anda harus menghadap satu sama lain pada garis tengah abdomen.

- (4) Minta wanita untuk menurunkan kepalanya secara perlahan keposisi bersandar ketempat tidur.
- (5) Ketika wanita menurunkan kepalanya, otot rektus akan bergerak lebih jauh memisah dan kurang dapat dibedakan ketika otot relaksasi. Ujung jari-jari anda menutupi otot rektus ketika otot tersebut bergerak memisahkan kesisi lateral masing-masing pada abdomen. Perasat ini memungkinkan anda untuk tetap mengidentifikasi otot-otot tersebut ketika berada dalam keadaan relaksasi
- (6) Ukur jarak antara kedua otot rektus ketika dalam keadaan relaksasi sebagaimana anda mengukurnya pada saat kontraksi. Catat jumlah lebar jari-jari diantara tepi median kedua otot rektus.
- (7) Catat hasil pemeriksaan anda sebagai suatu pecahan yang didalamnya pembilang mewakili lebar diastasis dalam hitungan lebar jari ketika otot-otot mengalami kontraksi dan pembagi mewakili lebar diastasis dalam hitungan lebar jari ketika otot-otot relaksasi misalnya diastasis yang ukurannya dua lebar jari ketika otot-otot berkontraksi dan lima lebar jari ketika otot-otot relaksasi akan dicatat sebagai berikut:

(8) Diastasis= 2/5 jari. Rangkaian pengukuran tersebut dapat tertulis sebagai berikut : Diastasis = Dua jari ketika otot-otot berkontraksi dan lima jari ketika otot-otot relaksasi.

10) Genetalia

Pengkajian perenium terhadap memar, oedema, hematoma, penyembuhan setiap jahitan, inflamasi, pemeriksaan tipe, kuantitas, dan bau lochea. Pemeriksaan anus terhadap adanya hemoroid. (Nugroho, 2014: 152). Menurut Dewi (2014: 34) lochia adalah eksresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal.

(a) Lochea Normal : Merah hitam (lochea rubra), bau biasa, tidak ada bekuan darah atau butir-butir darah beku (ukuran jeruk kecil), jumlah perdarahan yang ringan atau sedikit (hanya perlu mengganti pembalut setiap 3-5 jam).

(b) Abnormal : Merah terang, bau busuk, mengeluarkan darah beku, perdarahan berat (memerlukan penggantian pembalut setiap 0-2 jam).

(c) Keadaan perineum: oedema, hematoma, bekas luka episiotomi/robekan, heacting.

(Ambarwati, 2010: 140-141)

11) Anus

Tidak adanya hemmoroid (Ambarwati, 2010: 140-141)

12) Ekstermitas

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, 2012:57).

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 11 g%, anemia ringan jika Hb 9-10 g%, anemia sedang jika Hb 7-8, anemia berat jika Hb \leq 7 gr (Manuaba, 2010:339).

d) Terapi yang didapat

Terapi yang diberikan pada ibu nifas yaitu :

- 1) Pil zat besi 40 tablet harus diminum untuk menambah zat gizi sedikitnya selama 40 hari pasca bersalin.
- 2) Vitamin A 200.000 U agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI (Marmi, 2011:170-173).

II. Diagnosa kebidanan

Diagnosa P...A... hari ... post partum normal dengan keadaan umum ibu baik/ tidak baik (Marmi, 2012: 183). PAPIAH, post partum hari ke ..., laktasi lancar, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, after pain, pembengkakan payudara (Varney, 2008: 974).

III. Intervensi

Diagnosa: PAPIAH, post partum hari ke..., laktasi lancar, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, after pain, pembengkakan payudara (Varney et al, 2010:974).

Tujuan :

Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi bagi ibu dan bayi.

Kriteria :

- a. Keadaan umum : kesadaran komposmetis (Manuaba, 2012: 114).
- b. Kontraksi uterus baik (bundar dan keras)
- c. Tanda-tanda vital: TD : 110/70-130/90 mmHg, N : 60-80 x/menit,
S : 36-37,5⁰C, R : 16-24 x/menit
(Sulistyawati, 2009:123)
- d. Laktasi normal

Menurut Marmi (2015:32) ASI dibedakan menjadi 3 stadium:

- 1) Kolostrum merupakan cairan yang pertama kali disekresi oleh kelenjar payudara mulai dari hari pertama sampai hari ketiga atau keempat paca persalinan. Kolostrum berwarna kekuning-kuningan, viskositas kental, dan lengket. Mengandung tinggi protein, mineral, garam, vitamin A, nitrogen, sel darah putih dan anti bodi yang tinggi.
- 2) ASI transisi atau perlihan diproduksi pada hari keempat sampai kesepuluh warna putih jernih. Kadar immunoglobulin dan protein menurun, sedangkan lemak dan laktosa meningkat.
- 3) ASI matur merupakan ASI yang disekresi pada hari kesepuluh sampai seterusnya berwarna putih. Kandungan ASI matur relative konstan tidak menggumpal bila dipanaskan.

e. Involusi uterus normal

Tabel 2.31
Involusi Uterus Normal pada Ibu Nifas

Waktu Involusi	Tinggi Fundus Uteri
Plasenta lahir	Sepusat
7 hari	Pertengahan pusat-simpisis
14 hari	Tidak teraba
42 hari	Sebesar hamil 2 minggu
56 hari	Normal

Sumber: (Manuaba, 2010: 116).

f. Lochea normal

Lochea rubra (kruenta) keluar dari hari ke 1-3, berwarna, merah dan hitam. Lochea sanguinolenta keluar dari hari ke 3-7 hari, berwarna putih bercampur merah. Lochea serosa keluar dari hari ke 7-14 hari, berwarna kekuningan. Lochea alba keluar setelah hari ke 14, berwarna putih (Manuaba, 2012: 201).

g. KU bayi baik

R : 30-60x/menit

S : 36,5-37,5^oC

N : 60-100 x/menit.

Intervensi

- 1) Lakukan pemeriksaan TTV, KU, laktasi, involusi, dan lochea.

R/ Menilai status ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menagani masalah yang terjadi (Saifuddin, 2009: 123).

- 2) Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya.

R/ Menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap substansi/zat dari makan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan (Saifuddin, 2009: 377).

- 3) Jelaskan pada ibu mengenai senam nifas.

R/ Latihan yang tepat untuk memulihkan kondisi ibu dan keadaan secara fisiologis maupun psikologis (Maritalia, 2012: 35).

- 4) Beri konseling ibu tentang KB pascaslin.

R/ Untuk menjarangkan anak (Mochtar, 2012: 89).

5) Anjurkan ibu untuk mengimunitasikan bayinya.

R/ Untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan (Marmi, 2012:395).

Kemungkinan masalah :

a) Masalah 1 : Gangguan BAB dan BAK

Tujuan : Masalah BAB dan BAK teratasi

Kriteria : Ibu dapat berkemih dengan normal.

Intervensi menurut Purwanti (2012: 88), antara lain :

1) Berikan penjelasan kepada pasien mengenai pentingnya BAB dan BAK sedini mungkin setelah melahirkan.

R/ Pasien tidak akan menahan diri untuk BAB maupun BAK jika terasa, sehingga tidak terjadi konstipasi maupun retensi urine.

2) Yakinkan pasien bahwa jongkok dan mengejan ketika BAB tidak akan menimbulkan kerusakan pada luka jahitan.

R/ Menhilangi rasa takut pada pasien untuk melakukan buang air.

3) Anjurkan pasien untuk banyak minum air putih serta makan sayur dan buah.

R/ Membantu memperlancar BAB dn BAK.

b) 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 Purwanti (2012: 89), antara lain :

1) Observasi luka jahitan perineum.

R/ Untuk mengkaji jahitan perineum dan mengetahui adanya infeksi.

2) Anjurkan ibu untuk mandi dengan menggunakan air hangat.

R/ Mengurangi sedikit rasa nyeri pada ibu.

3) Anjurkan ibu tentang perawatan perineum yang benar.

R/ Ibu bisa melakukan perawatan perineum secara benar dan mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.

4) Beri analgesik oral (paracetamol 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu.

R/ meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang.

c) Masalah 3 : Pembengkakan payudara

Tujuan :

Setelah diberi asuhan, masalah pembengkakan payudara teratasi

Kriteria :

Payudara tidak bengkak, kulit payudara tidak mengkilat dan tidak merah, payudara tidak nyeri, tidak terasa penuh dan tidak keras

Intervensi menurut Manuaba (2010:420), antara lain :

1) Anjuran ibu untuk menyusui sesering mungkin atau 2-3 jam sekali.

R/ Sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara.

- 2) Anjuran ibu menyusui di kedua payudara.

R/ Menyusui disalah satu payudara dapat membuat payudara yang lain menjadi bengkak.

- 3) Gunakan air hangat pada payudara, dengan menempelkan kain atau handuk yang hangat pada payudara.

R/ Air hangat dapat merelaksasi otot payudara supaya tidak tegang.

- 4) Gunakan bra yang kuat untuk menyangga dan tidak menekan payudara.

R/ Bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah pembengkakan dan nyeri yang dialami.

- 5) Letakkan kantong es pada payudara diantara waktu menyusui.

R/ Kantong es yang dingin dapat membuat otot-otot payudara berkontraksi sehingga rasa nyeri dapat berkurang.

- 6) Jika payudara masih terasa penuh, lakukan pengeluaran ASI secara manual.

R/ Pengosongan payudara secara manual dapat membantu mengurangi pembengkakan payudara.

- d) Masalah 4 : After pain atau kram perut

Tujuan : Masalah kram perut teratasi

Kriteria :

Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu

Intervensi menurut Suherni (2009: 123-124), antara lain :

- 1) Anjuran ibu mengosongkan kandung kemih secara rutin supaya tidak penuh

R/ Kandung kemih yang penuh menyebabkan kontraksi uterus tidak optimal dan berdampak pada nyeri after pain.

- 2) Sarankan ibu untuk tidur dengan posisi telungkup dan bantal dibawah perut.

R/ Posisi ini menjaga kontraksi tetap baik dan menghilangkan nyeri.

- 3) Jika perlu berikan analgesic (paracetamol, asam mafenamat, kodein, atau asetaminofen).

R/ Meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan pada ibu dapat berkurang.

- e) Masalah 5 : Puting susu lecet

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, retakan pada puting susu akan sembuh dalam 48 jam.

Kriteria : Rasa sakit/perih pada puting ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu.

Intervensi menurut Marmi (2010:171) antara lain :

- 1) Observasi pada puting yang lecet

R/ Untuk mengkaji luka/lecet dan mengetahui adanya infeksi.

2) Anjurkan ibu untuk membersihkan putting susu dan tidak boleh terkena sabun, krim, odol, alcohol, ataupun zat lainnya. R/ Mengurangi sedikit rasa perih pada luka putting ibu.

3) Ajarkan ibu tentang cara menyusui secara benar dan mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.

R/ Ibu bisa menyusui secara benar dan mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.

f) Masalah 6 : Bendungan ASI

Tujuan : Setelah diberi asuhan, masalah bendungan ASI teratasi

Kriteria : Payudara terasa panas dan nyeri pada saat menyusui

Intervensi menurut Manuaba (2010:420), antara lain:

10) Anjurkan untuk menyusui sesering mungkin

R/ Sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara.

11) Anjurkan ibu untuk menyusui di kedua payudara

R/ Menyusui di salah satu payudara dapat membuat payudara yang lain menjadi bengkak.

12) Anjurkan mengompres hangat payudara sebelum disusukan

R/ Air hangat dapat merelaksasi otot payudara supaya tidak tegang.

13) Ajarkan ibu cara menyusui bayinya dengan benar

R/ cara menyusui yang benar dapat mengurangi terjadinya bendungan asi karena asi yang diproduksi dihisap secara sempurna oleh bayi

14) Anjurkan menggunakan BH yang menopang payudara

R/ Bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah bendungan dan nyeri yang dialami.

IV. Implementasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan. Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative. Dilakukan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Dengan kriteria:

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psikososial-spiritual-kultural.
2. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (inform konsen).
3. Melaksanakan tindakan asuhan kebidanan berdasarkan evidence based.
4. Melibatkan klien/pasien.
5. Menjaga privacy klien/pasien.
6. Melaksanakan prinsip mencegah infeksi.

7. Mengikuti perkembangan klien secara berkesinambungan.
8. Menggunakan sumbernya, sarana dan fasilitas yang ada dan memadai.
9. Melakukan tindakan sesuai standart.
10. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

V. Evaluasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI Nomor 938/SK/VIII/2007 tentang Standart Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

Dengan kriteria :

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standart.
4. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien

VI. Dokumentasi

Menurut keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang

tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut :

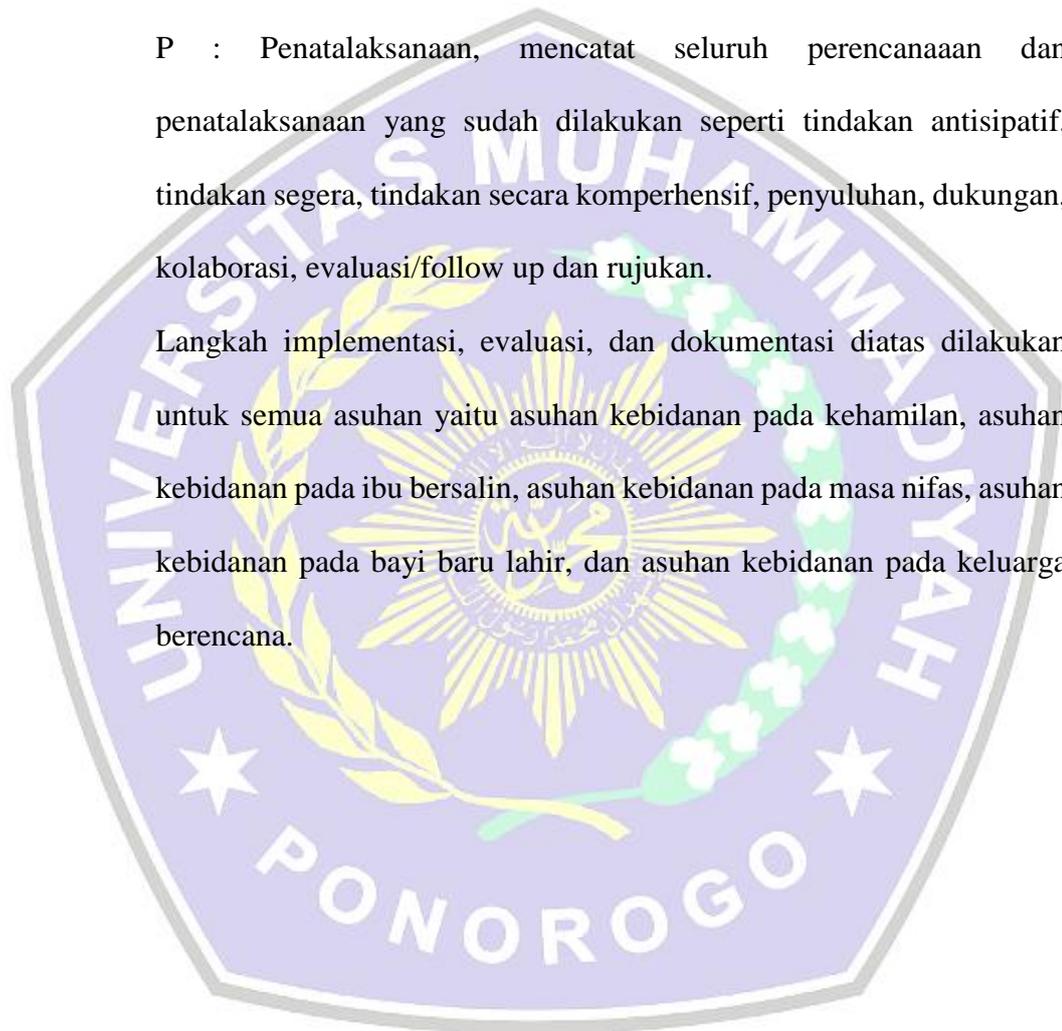
S : Data subjektif, mencatat hasil anamnesa.

O : Data objektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : Hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan.

P : Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komperhensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/ follow up dan rujukan.

Langkah implementasi, evaluasi, dan dokumentasi diatas dilakukan untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, asuhan kebidanan pada ibu bersalin, asuhan kebidanan pada masa nifas, asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, dan asuhan kebidanan pada keluarga berencana.



2.9 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir

I. Pengkajian data

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

1. Data subyektif

Menurut Nursalam (2008:88) data subyektif adalah data yang didapat dari klien sebagai pendapat terhadap situasi data kejadian

a) Identitas bayi dan orang tua

Identitas sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepas sampai penyerahan bayi (Manuaba, 2012:205).

b) Keluhan utama

Keluhan utama pada neonatus adalah bayi gelisah, tidak ada keinginan untuk menghisap ASI, bayi lapar, tidak sabar untuk menghisap puting (Manuaba, 2010:205). Terjadi seborrhoea, milliariasis, muntah dan gumoh, oral trush (moniliasis/sariawan), diaper rash (Marmi, 2012:207).

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, 2008:916).

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 factor resiko signifikan untuk atau predictor infeksi neonatal. Cairan amnion berwarna mekonium meningkatkan resiko penyakit pernafasan. 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 anomali neonatus (Walsh, 2012:368).

e) Riwayat post natal

Riwayat bayi sejak lahir harus ditinjau ulang, termasuk pola menyusui, berkemih, defekasi, tidur, dan menangis. Tanda vital, medikasi yang diberikan pada bayi baru lahir dan hasil laboratorium (Walsh, 2012:368).

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 120kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energi sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marmi, 2012:379).

Tabel 2.32
Kebutuhan dasar cairan pada neonatus

Hari kelahiran	Cairan/kg/hari	Kalori/kg/hari
Hari ke-1	60 ml	40 kal
Hari ke-2	70 ml	50 kal
Hari ke-3	80 ml	60 kal
Hari ke-4	90 ml	70 kal
Hari ke-5	100 ml	80 kal
Hari ke-6	110 ml	90 kal
Hari ke-7	120 ml	100 kal
Hari ke >10	150 ml	

Sumber: (Saifuddin, 2009: 380).

2) Eliminasi

(a) Buang Air Kecil (BAK)

BAK bayi normalnya mengalami berkemih 7 sampai 10 kali per hari. Untuk menjaga bayi 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, 2012:77)

(c) Pola tidur

Bayi baru lahir biasanya akan tidur pada sebagian besar waktu diantara waktu makan, namun akan waspada dan beraksi ketika terjaga, ini adalah hal normal dalam 2 minggu pertama. Perlahan bayi sering terjaga diantara waktu menyusui (Dewi, 2011:26).

Tabel 2.33
Perubahan Pola Tidur Bayi

Usia	Lama Tidur
1 minggu	16,5 jam
1 tahun	14 jam
2 tahun	13 jam
5 tahun	11 jam
9 tahun	10 jam

Sumber : (Dewi, 2011:29)

(d) Aktivitas

Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam perhari, tergantung pada temperamen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok basah dan stimulasi berlebihan (Walsh, 2008:368).

(e) Personal hygiene

Kulit bayi baru lahir sangat rentan mengering. Kulit kering yang berlebihan pada bayi menyebabkan ketidaknyamanan dan dermatitis popok (Walsh, 2008:368).

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, 2011:207).

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, 2009:256). Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan (Saifuddin, 20010:137).

b) Tanda-tanda vital

1) Nadi

Frekuensi jantung bayi cepat, sekitar 120-160 kali per menit (Marmi, 2014:114).

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, 2008:882).

3) Pernafasan

Bayi baru lahir selama satu 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 pernafasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi dan ekspirasi (Saifuddin, 2009:138). Frekuensi rata-rata 40 kali per menit. Rentang 30-60 kali per menit. Pernafasan merupakan pernafasan diafragma dan abdomen (Varney, 2008:717).

4) APGAR SCORE

Menurut Prawirohardjo (2010:45) nilai APGAR adalah suatu metode sederhana yang digunakan untuk menilai keadaan umum bayi sesaat setelah kelahiran. Penilaian ini perlu untuk mengetahui apakah bayi menderita asfiksia atau tidak, yang dinilai adalah frekuensi jantung (Heart rate), usaha nafas (respiratory effort), tonus otot (muscle tone), warna kulit (colour) dan reaksi terhadap rangsang (respon to stimuli) yaitu dengan memasukkan kateter ke lubang hidung setelah jalan nafas dibersihkan.

Tabel 2.34
Penilaian APGAR Score

Gejala	0	1	2
Denyut jantung	Tidak ada	≤ 100 denyut/menit	≥ 100 denyut/menit
Pernafasan	Tidak ada	Lemah, menangis lemah	Baik, menangis kuat
Otot	Lemas	Reflek lemah	Gerak aktif, refleks baik
Reaksi terhadap rangsangan	Tidak ada	Meringis	Menangis
Warna kulit	Biru/pucat	Badan merah/ekstermitas pucat	Seluruhnya merah

Sumber : Varney, 2008: 275

Nilai 1-3 : Asfiksia berat

Nilai 4-6 : Asfiksia sedang

Nilai 7-10 : Asfiksia ringan (Normal)

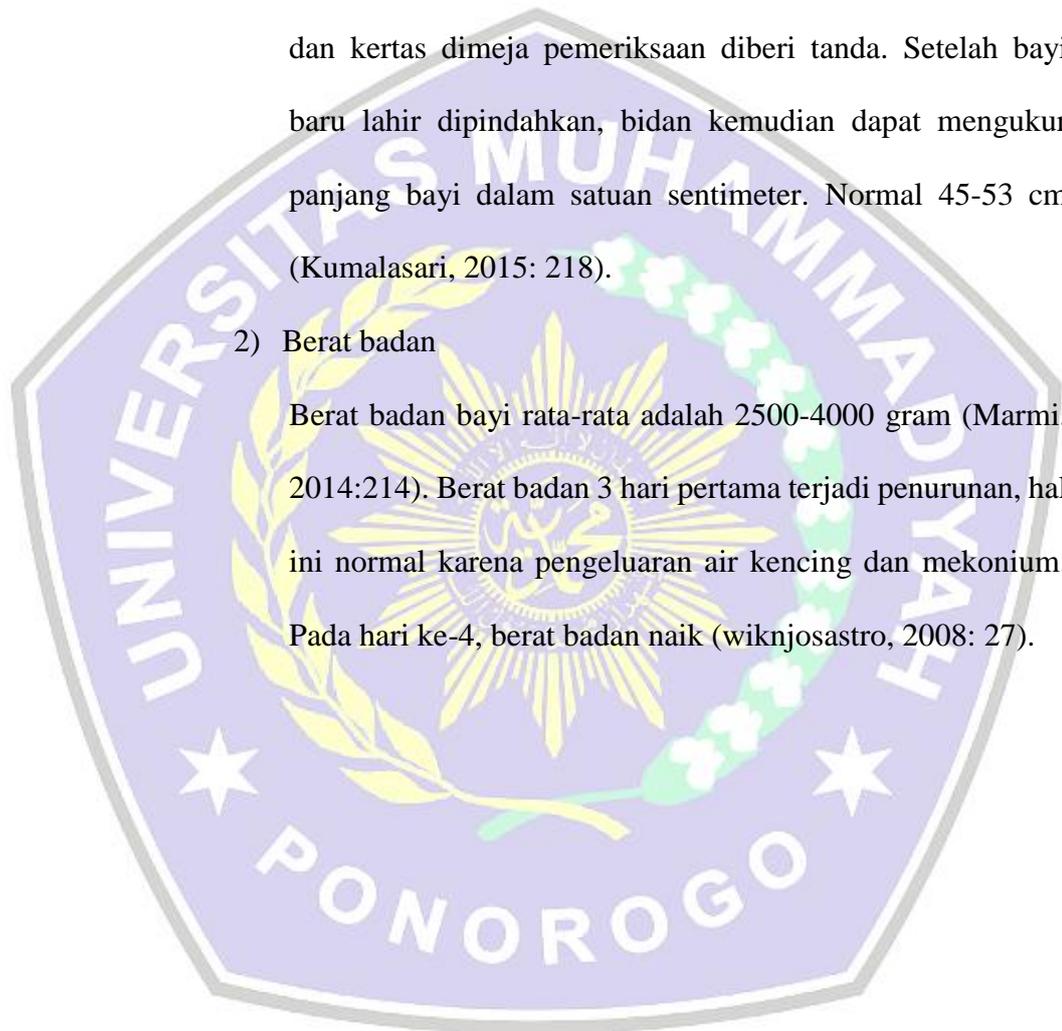
c) Antropometri

1) Panjang badan

Panjang bayi diukur dari ujung kepala sampai tumit, dengan keyakinan bahwa kaki terekstensi penuh (Walsh, 2008:368). Menurut Varney (2008:921) panjang bayi baru lahir paling akurat dikaji jika kepala bayi baru lahir terlentang rata terhadap permukaan yang keras. Kedua tungkai diluruskan dan kertas dimeja pemeriksaan diberi tanda. Setelah bayi baru lahir dipindahkan, bidan kemudian dapat mengukur panjang bayi dalam satuan sentimeter. Normal 45-53 cm (Kumalasari, 2015: 218).

2) Berat badan

Berat badan bayi rata-rata adalah 2500-4000 gram (Marmi, 2014:214). Berat badan 3 hari pertama terjadi penurunan, hal ini normal karena pengeluaran air kencing dan mekonium. Pada hari ke-4, berat badan naik (wiknjosastro, 2008: 27).



Tabel 2.35
Penurunan Berat Badan Sesuai Umur

Umur	Penurunan/kenaikan BB yang dapat diterima dalam bulan pertama
1 minggu	Turun sampai 10%
2-4 minggu	Naik setidaknya-tidaknya 160 gram/minggu
1 bulan	Naik setidaknya-tidaknya 300 gram dalam bulan pertama
Nilai penimbangan dilakukan setiap hari	
Minggu pertama	Tidak ada penurunan berat badan atau kurang dari 10%
Setelah minggu pertama	Setiap hari terjadi kenaikan pada bayi kecil setidaknya-tidaknya 20 gram

Sumber: (Wiknjosastro, 2008: 27).

3) Ukuran kepala

Ukuran kepala bayi aterm dibagi menjadi ukuran muka belakang dan ukuran melintang. Ukuran muka belakang dibagi menjadi 5 antara lain :

- (a) Diameter suboksipito-bregmatika : 9,5-10 cm
- (b) Diameter oksipito-frontalis : 11 cm
- (c) Diameter mento oksipitalis : 12 cm
- (d) Diameter mento oksipitalis : 13,5-15 cm
- (e) Diameter submento-bregmatika : 9,5-10 cm

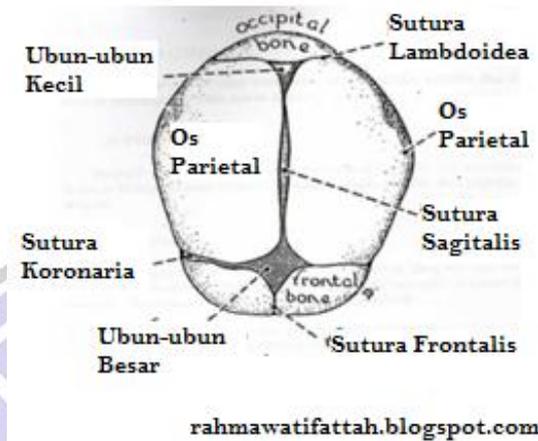
Ukuran melintang dibagi menjadi 2 antara lain :

- (a) Diameter biparietalis : 9,5-10 cm
- (b) Diameter bitemporalis : 8-10 cm
- (c) Cirkumferensial fronto oksipitalis : \pm 34 cm

(d) Cirkumferensial mento oksipitalis : ± 35 cm

(e) Cirkumferensial sub oksipito bregmatika : ± 232 cm

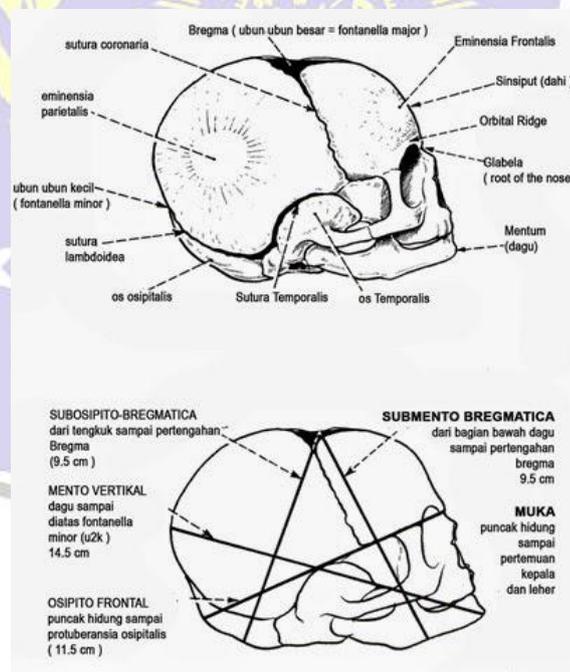
(Wiknjosastro, 2008:119)



Gambar 2.27

Ubun-ubun sutura dan diameter kepala bayi yang cukup bulan

Sumber : Manuaba: 2010:103.



Gambar 2.28

Ukuran-ukuran kepala bayi
Sumber : Manuaba, 2010: 103

- 4) Lingkar dada 30-38 cm
- 5) Lingkar lengan 11-12 cm

(Vivian, 2010:12-15).

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 suksedaneum (ciri-cirinya, pada perabaan teraba benjolan lunak, berbatas tidak tegas, tidak berfluktuasi tetapi bersifat edema tekan), sefal hematoma (ciri-cirinya, pada perabaan teraba adanya fluktuasi karena merupakan timbunan darah, biasanya tampak di daerah tulang parietal, sifatnya perlahan-lahan tumbuh benjolan biasanya baru tampak jelas setelah bayi lahir dan membesar sampai hari kedua dan ketiga), perdarahan sub aponeurotik atau fraktur tulang tengkorak. Perhatikan adanya kelainan seperti anensefali, mikrosefali, kraniotabes dan sebagainya (Marmi, 2014:221).

Tabel 2.36
Perbedaan Caput Suksedaneum dan Sefal Hematoma

Perbedaan	Caput Suksedaneum	Sefal Hematoma
Terjadi karena	Oedema	Perdarahan
Isinya	Cairan getah bening	Darah
Batas pinggir	Melampaui batas tulang tengkorak	Tidak melampaui batas tulang tengkorak
Perabaan	Lembut	Teraba keras
Hilangnya	Hilang dalam beberapa hari (2-3 hari)	Membutuhkan waktu lebih lama, hilang dalam beberapa minggu sampai beberapa bulan

Sumber : Marmi, 2014:221

2) Wajah

Wajah harus tampak simetris. Terkadang wajah bayi tampak asimetris hal ini dikarenakan posisi bayi diintrauterin.

Perhatikan kelainan wajah yang khas seperti sindrom piere robin. Perhatikan juga kelainan wajah akibat trauma lahir seperti laserasi, paresi dan fasialis (Marmi, 2014:221).

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 perdarahan konjungtiva. Periksa adanya sekret pada mata, konjungtivitis oleh kuman gonokokus dapat menjadi panoftalmia dan menyebabkan kebutaan (Marmi, 2014:221-224).

4) Hidung

Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm. Periksa adanya pernafasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernafasan (Marmi, 2014:224).

5) Mulut

Simetris, tidak ada sumbing (skizis), refleks hisap kuat, saliva berlebihan dikaitkan dengan fistula atau atresia trakeoesofagus (Walsh, 2008:370).

6) Telinga

Telinga harus menempel pada titik garis horizontal dari kantus luar mata. Kartilgo harus keras dan berkembang baik. Pendengaran harus baik, bayi harus terkejut dengan bunyi keras dan mampu memalingkan perhatian kearah suara yang dikenalnya (Walsh, 2008:302).

7) Leher

Simetris, tidak teraba massa dan pembesaran tiroid, tidak ada kremitus atau fraktur (Walsh, 2008:302). Leher bayi biasanya

pendek dan diperiksa kesimetrisannya. Pergerakan harus baik. Jika terdapat keterbatasan pergerakan kemungkinan ada kelainan tulang leher. Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhealis (Marmi, 2014:224).

8) Dada

Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernafas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks, paresis diafragma atau hernia diafragma. Pernafasan yang normal dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan. Tarikan sternum atau interkostal pada saat bernafas perlu diperhatikan. Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk baik dan tampak simetris (Marmi, 2014:224).

9) Aksila

Aksila harus dipalpasi, dan nodus kecil dapat terlihat ada beberapa neonatus sehat. Neonatus yang pernah terpajan pada HIV mengalami limfadenopati aksilaris (Walsh, 2008:335).

10) Abdomen

Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya

pembengkakan, jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika. Abdomen membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor lainnya. Dan apabila perut kembung kemungkinan adanya enterokolitis vesikalis, omfalokel atau ductus omfaloentriskus persisten. (Marmi, 2014:226).

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, 2008:339).

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, 2014:226).

(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, 2014:226).

13) Anus

Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya mekonium plug syndrom megakolon atau obstruksi saluran pencernaan (Marmi, 2014:235).

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 setiap jari. Panjang tulang pada ekstremitas bawah harus dievaluasi untuk ketepatannya. Lekukan harus dikaji untuk menjamin simetrisitas. Bayi yang lahir dengan presentasi bokong berisiko tinggi untuk mengalami kelainan panggul kongenital (Walsh, 2008:371-372).

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 yang tidak rata (Cutis Marmorata), telapak tangan, telapak kaki atau kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat atau kuning. Bercak-bercak besar biru yang sering terdapat di sekitar bokong (Mongolian Spot) akan menghilang pada umur 1-5 tahun (Saifuddin, 2009:137).

Kulit bayi baru lahir yang normal tipis, halus dan mudah sekali mengalami trauma akibat desakan, tekanan atau zat yang memiliki pH berbeda. Rambut halus disebut dengan lanugo, menutupi kulit dan banyak terdapat 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, 2009:709).

e) Pemeriksaan penunjang

1) Refleks melangkah (stepping reflex)

Bayi akan menggerak-gerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras (Marmi, 2014:246)

2) Refleks menelan (swallowing reflex)

Kumpulan ASI di dalam mulut bayi mendesak otot-otot di daerah mulut dan faring untuk mengaktifkan refleks menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung bayi (Wiknjosastro, 2008:134).

3) Refleks berkedip (glabellar reflex)

Pada saat pangkal hidung diketuk secara pelan, bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama (Marmi, 2014:246).

4) Refleks menghisap (suckling 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) Refleks mencari (rooting reflex)

Ketika pipi atau sudut mulut bayi disentuh, bayi akan menoleh ke arah stimulus dan membuka mulutnya.

6) Refleks menggenggam (grasping reflex)

Ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari), respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat (Marmi, 2014:246).

7) Refleks terkejut (morro reflex)

Ketika bayi kaget akan menunjukkan respon berupa memeluk dengan abduksi dan ekstensi dari ekstermitas atas yang cepat dan diikuti dengan aduksi yang lebih lambat dan kemudian

timbul fleksi. Refleksi ini juga berfungsi untuk menguji kondisi umum bayi serta kenormalan sistem saraf pusatnya.

8) Refleksi babinsky

Goreskan telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Ketika telapak kaki bayi tergores, bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi (Marmi, 2014:247).

9) Refleksi menoleh (tonikneck reflex)

Ekstremitas 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, 2014:247)

10) Refleksi ekstruksi

Cara mengukurnya dengan sentuh lidah dengan spatel lidah. Pada kondisi normal lidah ekstensi ke arah luar bila disentuh dengan jari atau puting (Marmi, 2012:72).

II. Diagnosa Kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/HV/EnkeS/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian,

menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnose dan masalah kebidanan yang tepat.

Kriteria perumusan diagnose atau masalah adalah :

1. Diagnosa 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, seborrhoea, bisulan, miliariasis, diare, obstipasi, infeksi, dan bayi meninggal mendadak (Marmi, 2014:211).

III. Intervensi

Diagnosa :

Diagnosa yang dapat ditegakkan adalah bayi baru lahir normal, umur, jam, bayi baru lahir tanggal, dengan normal, tangisan kuat, warna kulit merah, tonus otot baik, BB (2500-400 gram), PB (48- 52 cm).

Tujuan :

Bayi tetap dalam keadaan normal dan bayi tidak mengalami infeksi dan hipotermi.

a) Kriteria :

- 1) Bayi tampak sehat, kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis kuat, minum ASI (Wiknjastro, 2008:174).
- 2) Nadi 120-160 kali per menit.

- 3) Suhu bayi 36,5-37,5°C.
- 4) Frekuensi pernafasan rata-rata 40 kali per menit, rentang 30-60 kali per menit (Varney, 2008:745).
- 5) Berat badan 2500-4000 gram.

b) Intervensi :

- 1) Lakukan inform consent

R/ Inform consent merupakan langkah awal untuk melakukan tindakan lebih lanjut.

- 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan

R/ Cuci tangan merupakan prosedur pencegahan kontaminasi silang

- 3) Beri identitas bayi

R/ Identitas merupakan cara yang tepat untuk menghindari kekeliruan.

- 4) Bungkus bayi dengan kain kering dan lembut

R/ Membungkus bayi merupakan mencegah hipotermi.

- 5) Rawat tali pusat dan membungkus dengan kassa

R/ Tali pusat yang terbungkus merupakan cara mencegah infeksi.

- 6) Timbang berat badan setiap hari setelah dimandikan

R/ Deteksi dini pada pertumbuhan dan kelainan pada bayi.

- 7) Ukur suhu tubuh bayi denyut jantung dan respirasi setiap jam R/

Deteksi dini terhadap terjadinya komplikasi.

8) Anjurkan ibu untuk mengganti popok bayi setelah BAK/BAB
R/ Segera mengganti popok setelah basah merupakan salah satu cara untuk menghindari bayi dari kehilangan panas.

9) Anjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif
R/ ASI adalah makanan terbaik bayi untuk tumbuh kembang dan pertahanan tubuh/kebutuhan nutrisi 60 cc/kg/hari.

(Marmi, 2012: 88)

c) Potensi Masalah

a) Masalah 1 : Resiko Hipotermi

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

Kriteria :

- 1) Suhu bayi 36,5 – 37,5°C (Marmi, 2014:207).
- 2) Bayi menetek kuat, tidak lesu, akral hangat, denyut jantung bayi 120-160x/ menit, kulit tubuh bayi lembab, turgor baik (Saifuddin, 2009:97-100).

Intervensi menurut Marmi (2012:302) :

- 1) Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksila atau kulit.

R/ Penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh, yang dapat menjadi indikator awal setres dingin.

- 2) Kaji tanda-tanda hipotermi.

R/ Selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal yang berakhir dengan kematian.

- 3) Cegah kehilangan panas tubuh bayi melalui konduksi, konveksi, radiasi, dan 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 bayi sendiri karena setelah lahir, tubuh bayi tidak segera dikeringkan dan diselimuti.

b) Masalah 2 : Resiko Hipoglikemi

Tujuan : Hipoglikemi tidak terjadi

Kriteria :

- 1) Kadar glukosa dalam darah \geq mg/dl
- 2) Bayi tidak kejang, tidak latargi, pernafasan teratur, kulit kemerahan, tidak pucat, minum ASI adekuat, tangis kuat dan nomotermi.

Intervensi menurut Marmi (2012:306):

- 1) Kaji bayi baru lahir dan catat setiap faktor resiko.

R/ Bayi preterm, bayi dari ibu diabetes, bayi baru lahir dengan asfiksia, stres karena kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk beresiko mengalami hipoglikemi

2) Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan strip kimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1-2 jam setelah kelahiran.

R/ Bayi yang beresiko harus dikaji tidak lebih dari 2 jam setelah kelahiran, serta saat sebelum pemberian ASI, apabila terdapat tanda ketidaknormalan dan setiap 2-4 jam hingga stabil.

3) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemi.

R/ Tanda-tanda hipoglikemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

4) Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10% bagi bayi yang beresiko hipoglikemia.

R/ Nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglikemi.

5) Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat, dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal.

R/ Tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energi bayi.

c) Masalah 3 : Resiko ikterik

Tujuan : Ikterik tidak terjadi

Kriteria :

1) Kadar bilirium serum $\leq 12,9$ mg/dl

2) Timbul pada hari ke 2 dan ketiga setelah bayi lahir

- 3) Kulit bayi berwarna kemerahan, mukosa, seklera dan urin tidak berwarna kekuning kuningan.



Gambar 2.29
Daerah bayi kuning untuk rumus krammer
Sumber : Saifuddin, 2009:382.

Tabel 2.37
Rumus Kramer

Daerah (Lihat gambar)	Luas ikterus	Kadar bilirubin (mg%)
1	Kepala dan leher	5
2	Daerah 1 (+) Badan bagian atas	9
3	Daerah 1.2 (+) Badan bagian bawah dan tungkai	11
4	Daerah 1.2.3 (+) Lengan dan kaki dibawah dengkul	12
5	Daerah 1,2,3,4 (+) Tangan dan kaki	16

Sumber : (Saifuddin, 2009 :383).

Intervensi menurut Marmi (2012:77-79) :

- 1) Mengkaji faktor-faktor resiko.

R/ Riwayat prenatal tentang imunisasi Rh inkompatibilitas ABO, penggunaan askrim pada ibu, sulfonadima, atau obat-obatan anti mikroba dan cairan amniom berwarna kuning

(indikasi penyakit hermolitik tertentu) merupakan factor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat.

2) Mengkaji tanda dan gejala klinis ikterik.

R/ Pola penerimaan ASI yang buruk, latargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya reflex moro, merupakan tanda-tanda awal enselepati bilirubbin (kerniterus).

3) Berikan ASI sesegera mungkin, dan lanjutkan 2-4 jam.

R/ Kolostrom sebagai pembersih selaput usus BBL sehingga saluran pencernaan siap untuk menerima makanan.

4) Jemur bayi dimatahari pagi jam 7-9 selama 10 menit.

R/ Menjemur bayi dimatahari pagi jam 7-9 selama 10 menit akan mengubah senyawa bilirubbin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah diekskresikan.

d) Masalah 4 : Seborrea

Tujuan : Seborrea tidak terjadi

Kriteria :

- 1) Cuaca dingin
- 2) Jarang mencuci rambut
- 3) Pemakaian lotion yang mengandung alcohol

Intervensi menurut Marmi (2012:221-223) :

- 1) Menyelimuti bayi dan memakaikan baju.

R/ Menjaga suhu bayi tetap hangat.

2) Memberikan obat-obatan topical seperti sampo yang tidak berbusa.

R/ Mengeramasi bayi sampai 2-3 kali seminggu.

3) Memberikan krim silanium sulvida/HG presipitatus albus 2%.

R/ Memberikan salep sehari 3 kali sehabis mandi.

e) Masalah 5 : Miliariasis

Tujuan : Miliariasis dapat teratasi

Kriteria :

Tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi cairan diseluruh tubuh.

Intervensi :

1) Mandikan bayi secara teratur 2 kali sehari.

R/ mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat yang berlebihan.

2) Bila berkeringat, seka tubuhnya sesering mungkin dengan handuk, lap kering, atau washlap basah.

R/ meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat.

3) Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa memperingati terlebih dahulu.

R/ pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat memperparah miliariasis.

4) Kenakan pakaian katun untuk bayi

R/ bahan katun dapat menyerap keringat.

5) Bawa periksa ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal, luka/lecet, rewel dan sulit tidur.

R/ penatalaksanaan lebih lanjut.

(Marmi, 2012: 229)

f) Masalah 6 : Muntah dan gumoh

Tujuan :

Muntah dan gumoh dapat teratasi serta tidak terjadi kembali

Kriteria : 1) Tidak muntah dan gumoh setelah minum
2) Bayi tidak rewel

Intervensi :

1) Sendawakan bayi selesai menyusui.

R/ bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui.

2) Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel atau menangis.

R/ mengurangi masuknya udara yang berlebihan.

g) Masalah 7 : Oral trush

Tujuan : Oral trush tidak terjadi lagi

Kriteria : Mulut bayi tampak bersih

Intervensi :

1) Bersihkan mulut bayi setelah selesai menyusui menggunakan air matang.

R/ mulut yang bersih dapat meminimalkan tumbuh kembang jamur candida akbicans penyebab oral thrush.

2) Bila bayi minum menggunakan susu formula, cuci bersih botol dan dot susu, setelah itu diseduh dengan air mendidih atau direbus hingga mendidih sebelum digunakan.

R/ mematikan kuman dengan suhu tertentu.

3) Bila bayi menyusui ibunya, bersihkan puting susu sebelum menyusui.

R/ mencegah timbulnya oral thrush.

h) Masalah 8 : Diaper rash

Tujuan : Diaper rash dapat teratasi

Kriteria :

Tidak timbul bintik merah pada kelamin dan bokong bayi

Intervensi :

1) Perhatikan daya tampung dari diaper, bila telah menggantung atau menggelembung ganti dengan yang baru.

R/ menjaga kebersihan sekitar genetalia sampai anus bayi.

2) Hindari pemakaian diaper yang terlalu sering. Gunakan diaper disaat yang membutuhkan sekali.

R/ mencegah timbulnya diaper rash.

3) Bersihkan daerah 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 zat yang menyebabkan peningkatan pH kulit dan enzim dalam kotoran. Tingkat keasaman kulit yang tinggi ini membuat kulit lebih peka, sehingga memudahkan terjadinya iritasi kulit.

4) Keringkan pantat bayi lebih lama sebagai salah satu tindakan pencegahan.

R/ kulit tetap kering sehingga meminimalkan timbulnya iritasi kulit. (Marmi,2012: 215)

IV. Implementasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan. Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative.

Dilakukan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan kriteria:

1. Merawat bayi diruang hangat dengan membungkus bayi dengan selimut dan meletakkan bayi dalam incubator atau dekatkan disisi ibu.

2. Merawat bayi dengan teknik aseptik dan antiseptic, cuci tangan sebelum dan sesudah merawat bayi.
3. Melakukan dan mengajarkan kepada ibu apabila merawat tali pusat harus steril menggunakan kassa kering dan steril.
4. Mengajari ibu cara menyusui yang benar
 - a) Bayi menghisap pelan tapi kuat dan mulut membuka lebar.
 - b) Puting sampai bagian areola payudara ibu masuk ke mulut bayi.
 - c) Dada bayi menempel pada payudara atau dada ibu.
 - d) Tangan tangan telinga dalam posisi lurus.
5. Mengajarkan ibu menyusui bayinya sesering mungkin.
6. Melakukan perawatan sehari-hari
 - a) Mengganti popok bayi ketika basah karena BAB/BAK.
 - b) Memandikan bayi 2 kali sehari.
 - c) Merawat tali pusat dengan kassa steril kering tanpa alcohol.
7. Menjelaskan tanda bahaya bayi baru lahir.
 - a) Tidak dapat menyusu, hisapan lemah, mengantuk berlebih, banyak muntah.
 - b) Nafas cepat lebih dari 60x/menit.
 - c) Susah untuk dibangunkan atau lemah.
 - d) Sering merintih.
 - e) Suhu tubuh $\leq 36.5^{\circ}\text{C}$ atau $\geq 36,5^{\circ}\text{C}$.
 - f) Warna kulit kuning (terutama timbul dalam 24 jam pertama).

- g) Tali pusat memerah, bengkak, keluar cairan nanah, bau busuk.
- h) Demam
- i) Mata bayi merah (trauma saat lahir).

V. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang diberikan, sesuai dengan perkembangan kondisi klien.

Dengan kriteria :

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan direkomendasikan kepada klien dan atau keluarga.
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standard
4. Hasil evaluasi di tindak lanjuti sesuai kondisi klien atau pasien.

VI. Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan dalam memberikan asuhan kebidanan.

Dengan kriteria :

1. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.

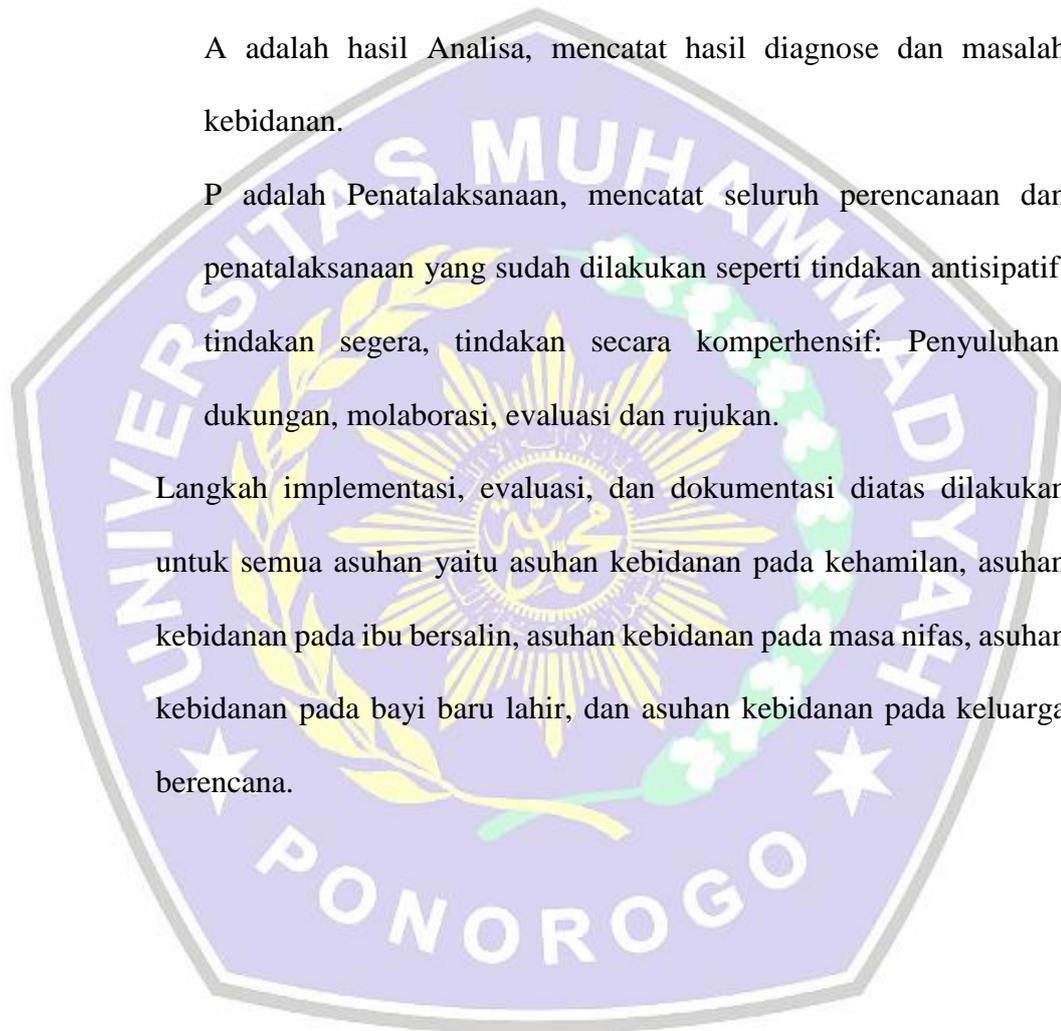
S adalah data Subjektif, mencatat hasil anamnesa.

O adalah data Objektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A adalah hasil Analisa, mencatat hasil diagnose dan masalah kebidanan.

P adalah Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komperhensif: Penyuluhan, dukungan, molaborasi, evaluasi dan rujukan.

Langkah implementasi, evaluasi, dan dokumentasi diatas dilakukan untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, asuhan kebidanan pada ibu bersalin, asuhan kebidanan pada masa nifas, asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, dan asuhan kebidanan pada keluarga berencana.



2.10 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana

I. Pengkajian

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

1. Data subyektif

Menurut Nursalam (2008:88) data subyektif adalah data yang didapat dari klien sebagai pendapat terhadap situasi data kejadian

a) Identitas

1) Nama

Untuk dapat mengenal atau mengenali nama ibu dan untuk mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama (Romauli, 2011: 313).

2) Umur

Wanita usia <20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 untuk menjarangkan kehamilan, dan usia >35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifuddin, 2010:9).

3) Agama

Informasi mengenai agama dapat digunakan untuk menuntun diskusi tentang tradisi keagamaan dalam kehamilan dan persalinan. Tradisi keagamaan dalam kehamilan dan

kelahiran, perasaan tentang jenis kelamin, dan pada beberapa kasus penggunaan produk darah (Marmi, 2011: 60-63).

4) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat semakin efektif menggunakan metode KB yang dianjurkan yaitu kontak, suntikan KB, susuk KB atau AKBK (Alat Kontrasepsi Bawah Kulit), AKDR (Alat Kontrasepsi Bawah Rahim) (Manuaba, 2012: 592).

5) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak diduga (Mochtar, 2011: 194).

b) Keluhan utama

Keluhan utama pada ibu pasca persalinan menurut Saifuddin (2012: 119) adalah :

- 1) Usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan.
- 2) Usia > 35 tahun tidak ingin hamil lagi.

c) Alasan kunjungan

Alasan wanita datang ke tempat bidan/klinik, yang diungkapkan dengan kata-katanya sendiri (Hani dkk, 2010: 49-51).

d) 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, 2012:45)

- 2) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin (Affandi, 2012:52).
- 3) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (sickle cell) (Affandi, 2012:66).

e) Riwayat kebidanan

1) Riwayat menstruasi Menurut (Marmi, 2014:283):

(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 pada tipe wanita dan biasanya 3-8 hari.

(c) Haid

Haid, Bila menyusui atau 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalinan insersi implan dapat dilakukan setiap saat. Bila menyusui penuh, klien tidak perlu memakai metode kontrasepsi lain. Bila setelah 6 minggu

melahirkan dan telah terjadi haid kembali, insersi dapat dilakukan setiap saat tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja (Saifuddin, 2013:68).

Pada metode KB MAL ketika ibu mulai haid lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan metode KB lainnya. (Saifuddin, 2010: 54).

Meskipun beberapa metode KB mengandung resiko, menggunakan kontrasepsi lebih aman, terutama apabila ibu sudah haid lagi (Saifuddin, 2010: 129). Wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efek estrogen yang rendah (Manuaba, dkk. 2010: 598)

f) Riwayat kehamilan yang lalu

Informasi esensial tentang kehamilan terdahulu mencakup bulan dan tahun kehamilan tersebut berakhir, usia gestasi saat kehamilan berakhir ataupun komplikasi-komplikasi yang menyertai kehamilan (Rukiyah, 2009:116-117).

g) Riwayat persalinan yang lalu

Persalinan yang aterm, persalinan yang premature, keguguran atau kegagalan kehamilan, persalinan dengan tindakan (forsep atau SC), riwayat perdarahan pada kehamilan (Rukiyah, 2009:118). 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, 2012:52).

h) Riwayat nifas yang lalu

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C. Bila terjadi peningkatan melebihi 38°C berturut-turut selama dua hari, kemungkinan terjadi infeksi.

Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya, akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga terdapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri disebut “nyeri ikutan” (after pain) terutama pada multipara (Manuaba, 2010:579).

i) Riwayat KB

Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada akseptor, pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implant, AKDR) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2015:71).

j) Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

KB hormonal (Implan, suntik, pil) merangsang pusat pengendali nafsu makan di hipotalamus yang menyebabkan

akseptor makan lebih banyak dari pada biasannya (Hartanto, 2015:78).

2) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot (Hartanto, 2015:78).

3) Kebersihan diri

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu selalu menjaga kebersihan tubuh terutama pada daerah genitalia. Pakaian dalam sebaiknya yang menyerap (Ambarwati, 2010:132).

4) Seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido (Saifuddin, 2009:76). Pada kontrasepsi suntik progestin diberikan pada waktu 7 hari siklus haid, tetapi jika akseptor terlambat diberikan sesudah haid 7 hari, maka akseptor perlu menggunakan metode kontrasepsi lain (kondom) selama 7 hari bila melakukan hubungan seksual (Saifuddin, 2009:77).

Pada akseptor implant sebaiknya dipasang pada saat hari ke-2 hingga hari ke-7. Lebih dari itu akseptor kb implant perlu adanya penggunaan kontrasepsi tambahan selama 7 hari bila melakukan hubungan seksual (Saifuddin, 2009:78-79).

5) Istirahat

Menggambarkan pola istirahat dan tidur pasien, berapa jam pasien tidur, kebiasaan sebelum tidur, misalnya membaca, mendengarkan musik, kebiasaan mengkonsumsi obat tidur, kebiasaan tidur siang (Ambarwati, 2010:157).

6) Aktivitas

Menggambarkan pola aktivitas pasien sehari-hari. Pada pola ini perlu dikaji pengaruh aktivitas terhadap kesehatannya (Ambarwati 2010:157).

k) Keadaan psikologis

1) Beberapa klien malu untuk membeli kondom ditempat umum (Saifuddin, 2012:153).

2) Sifat khas kontrasepsi hormonal dengan kontrasepsi estrogen menyebabkan pemakainya mudah tersinggung dan tegang (Manuaba, 2010:375).

l) Latar belakang sosial budaya

Mengkaji apakah suami mendukung ibu untuk menggunakan KB dan sama sekali tidak ada larangan untuk pemakaian KB dalam mengambil keputusan diambil secara bersama. Tidak ada budaya setempat yang menghambat ibu dalam pemakaian alat kontrasepsi (Manuaba, 2010:375).

2. Data Obyektif

a) Pemeriksaan umum

1) Tanda-tanda vital

Suntikan progestin dan implant dapat digunakan oleh wanita yang memiliki tekanan darah 180/110 mmHg (Saifuddin, 2012:128). Denyut nadi irregular tidak dianjurkan memakai KB implant (Saifuddin, 2012:128).

b) Pemeriksaan antropometri

Berat badan merupakan salah satu keterbatasan kontrasepsi hormonal yaitu terjadi peningkatan atau penurunan berat badan (Saifuddin, 2012, 129).

c) Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah ukuran, bentuk, kontur, kesimetrisan, kesimetrisan wajah, lokasi struktur wajah, gerakan involunter, nyeri pada sinus frontal dan maksil (Varney. 2008:35) serta untuk menilai warna, ketebalan, ada ketombe atau tidak (Alimul, 2008: 30)

2) Muka

Pada wajah perlu dilakukan pemeriksaan oedema (Varney, 2008:476). Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Affandi, 2012:50).

3) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal, warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sedangkan normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu kemungkinan konjungtivitis (Romauli, 2011:168).

4) Hidung

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah napas cuping hidung, deformitas atau penyimpangan septum, kesimetrisan, ukuran, letak termasuk kesimetrisan lipatan nasolabial, rongga hidung bebas sumbatan, perforasi septum nasal. Pemeriksaan nasal dengan spekulum (ukuran, tanda-tanda infeksi, edema pada konka nasalis, polip, tonjolan, sumbatan, ulserasi, lesi, titik-titik perdarahan, rabas, warna mukosa). (Varney. 2008: 36)

5) Mulut dan tenggorokan

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan

- a) Bau napas
- b) Bibir : kesimetrisan, warna, lesi, edema, tumor, dan fisura
- c) Mulut dan mukosa : lesi, tumor, plak, keutuhan palatum, warna, terlihat pembuluh darah pada mukosa bibir
- d) Gigi : kondisi perbaikan gigi, gigi tanggal, karies

- e) Gusi : perdarhan, lesi, edema, tumor, warna, gusi turun, terdapat pus atau eksudat.
- f) Lidah : kesimetrisan, posisi, tekstur, warna, lesi, tumor, kelembapan lidah, penyimpangan lidah.
- g) Uvula : deviasi uvula, ukuran, pembesaran
- h) Orofaring : tanda infeksi pada faring posterior, fosa tonsila, dan *tonsillar pillar*, inflamasi, edema, perdarhan, eksudat, tanda bercak pus, warna, lesi, tumor, ukuran, kesimetrisan, dan pembesaran tonsil. (Varney dkk, 2008: 36).

6) Telinga

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah pembesaran atau nyeri tekan mastoid, ketajaman pendengaran secara umum, letak telinga di kepala, bentuk, tonjolan, lesi, dan rabas pada aurikula dan ostium, warna, sumbatan, lesi, edema, rabas, adanya benda asing pada saluran pendengaran eksternal, pemeriksaan membran timpani dengan alat otoskopik (warna, tonjolan atau retraksi, gambaran bayangna telinga, dengan senter kerucut membran timpani ada atau tidak, jaringan paut, perfrasi) (Varney, 2008:36)

7) Dada dan paru-paru

Pemeriksaan dada yang dilakukan meliputi konfigurasi, deformitas, kesimetrisan, ukuran, massa, lesi jaringan perut pada struktur dan dinding dada, retraksi atau penonjolan.

Interkosta atau subklavikula

Ekskursi pernapasan sama dikiri dan kanan serta kesimetrisan gerak nafas, frekuensi, kedalaman, irama dan tipe pernapasan (dada, abdomen). Pada auskultasi paru : bunyi napas normal, rales, mengi, frictio (Varney, 2008: 37).

8) Payudara

Keterbatasan pada penggunaan KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara (Affandi, 2012: 49-55).

Terdapat benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implant (Affandi, 2012:55). Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma seperti karsinoma payudara atau serviks, namun progesteron termasuk DMPA, digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2013:164).

9) Abdomen

Bekas luka operasi : untuk mengetahui apakah pernah SC atau operasi lain, konsistensi: keras atau tidak, pembesaran lien (liver): ada atau tidak, adakah adanya tanda-tanda kehamilan (Marmi, 2011:176).

10) Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenore (Hartanto, 2013:170). Ibu dengan varises di vulva dapat menggunakan AKDR (Affandi, 2012:77). Efek samping yang umum terjadi dari penggunaan AKDR diantaranya mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (spotting) antar menstruasi, dan komplikasi lain dapat terjadi perdarahan hebat pada waktu haid (Affandi, 2012:75).

11) Ektermitas

Pada pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan (Affandi, 2012:58). Ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan AKDR (Affandi, 2012:77). Untuk kontrasepsi IUD, selain dilakukan pemeriksaan fisik juga dilakukan pemeriksaan inspekulo dan bimanual untuk penapisan.

Untuk kontrasepsi IUD, selain dilakukan pemeriksaan fisik juga dilakukan pemeriksaan inspekulo dan bimanual untuk penapisan sebagaimana diuraikan oleh Siswihanto (2008:127) sebagai berikut:

6) Pemeriksaan inspekulo

Dilakukan untuk mengetahui adanya lesi atau keputihan pada Dvagina. Selain itu juga untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda-tanda kehamilan

7) Pemeriksaan bimanual

Pemeriksaan bimanual dilakukan untuk:

- a. Memastikan gerakan serviks bebas
- b. Menentukan besar dan posisi uterus
- c. Memastikan tidak ada tanda kehamilan
- d. Memastikan tidak ada tanda infeksi atau tumor pada adneksa

II. 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 :

- a) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- b) Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien
- c) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik,

dengan kemungkinan masalah mual, sakit kepala, amenorhea, perdarahan/bercak, nyeri perut bagian bawah, perdarahan pervaginam.

Prognosa baik.

III. Intervensi

Diagnosa :

PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik.

Prognosa baik.

Tujuan :

- a) Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif.
- b) Pengetahuan ibu tentang macam-macam, cara kerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah.
- c) Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya.

Kriteria :

- a) Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas.
- b) Ibu memilih salah satu KB yang sesuai.
- c) Ibu terlihat tenang.

Intervensi menurut Saifuddin (2012:148) :

- 1) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.

R/ Meyakinkan klien membangun rasa percaya diri.

- 2) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).

R/ Dengan mengetahui informasi tentang diri klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien.

- 3) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontraindikasi.

R/ Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang dia inginkan.

- 4) Bantulah klien menentukan pilihannya.
 5) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien
 6) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.
 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 kontrasepsi.

Kemungkinan Masalah :

- a) Masalah 1 : Amenorhea

Tujuan :

Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut.

Kriteria :

Ibu bisa beradaptasi dengan keadaannya.

Intervensi menurut Saifuddin (2010:47) :

1) Kaji pengetahuan pasien tentang amenorrhea

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 keadaan kondisinya.

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 pengguna KB.

b) Masalah 2 : Perdarahan bercak/spotting

Tujuan :

Setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya

Kriteria :

Keluhan ibu terhadap masalah bercak/spotting berkurang

Intervensi menurut Affandi (2012:MK-49) adalah :

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.

R/ Klien bebas memilih kontrasepsi yang sesuai dan tanpa kontraindikasi

c) Masalah 3 : 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:MK-79) :

- 1) Pastikan dan tegaskan adanya infeksi pelvik dan kehamilan ektopik

R/ Tanda dari kehamilan ektopik dan infeksi pelvik adalah berupa perdarahan yang banyak.

- 2) Berikan terapi ibuprofen (800mg, 3 kali sehari selama 1 minggu) untuk mengurangi perdarahan dan berikan tablet besi (1 tablet setiap hari selama 1-3 bulan)

R/ Terapi ibuprofen dapat membantu mengurangi nyeri dan karena perdarahan yang banyak maka diperlukan tablet tambah darah.

3) Lepaskan AKDR jika klien menghendaki

R/ Perdarahan yang banyak merupakan komplikasi dari penggunaan AKDR.

d) Masalah 4 : Pusing

Tujuan :

Setelah diberikan asuhan, pusing dapat teratasi dan ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya.

Kriteria :

Tidak merasa pusing dan mengerti efek samping dari KB hormonal.

Intervensi Menurut Saifuddin (2010:33) :

1) Kaji keluhan pusing pasien.

R/ Membantu menegaskan diagnose dan menentukan langkah selanjutnya untuk pengobatan.

2) Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara.

R/ Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal.

3) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi.

R/ Teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri.

e) Masalah 5 : Kenaikan berat badan

Tujuan : Berat badan normal

Kriteria : Berat badan sesuai indeks masa tubuh

Intervensi menurut Dyah, dkk, 2012:149 :

1) Jelaskan pada bu bahwa kenaikan berat badan dalam penggunaan

R/ Ibu dapat mengerti penyebab kenaikan berat badannya

2) Anjurkan ibu untuk mengurangi porsi makan

R/ Mencegah penumpukan lemak dalam tubuh

3) Anjurkan ibu untuk melakukan olahraga

R/ dengan melakukan olahragalemak dalam tubuh akan terbakar menjadi energi

4) Anjurkan ibu untuk mengganti kontrasepsi lain jika ibu merasa tidak nyaman dengan efek yang ditimbulkan KB

Hormonal

R/ Memberikan kenyamanan pada akseptor KB

IV. Implementasi

1. Menjelaskan pada ibu mengenai pengertian kontrasepsi
2. Menjelaskan pada ibu macam-macam kontrasepsi
 - a) Cara kerja kontrasepsi
 - b) Efektifitas kontrasepsi
 - c) Keuntungan kontrasepsi

- d) Kerugian kontrasepsi
 - e) Efek samping kontrasepsi
 - f) Jadwal kontrasepsi
3. Memberikan inform consent untuk di tanda tangani ibu.
- (Affandi, 2012:MK-79)

V. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

Dengan kriteria :

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga.
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standart.
4. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

VI. Dokumentasi

Menurut Keputusan Mentri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas

mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

Dengan kriteria:

1. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia.
2. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.

S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.

O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A adalah hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan.

P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komperhensif: Penyuluhan, dukungan. Kolaborasi, evaluasi dan rujukan.

Langkah implementasi, evaluasi, dan dokumentasi diatas dilakukan untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, asuhan kebidanan pada bersalin, asuhan kebidanan pada masa nifas, asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, dan asuhan kebidanan pada keluarga berencana.